



N° 1441

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 février 2009.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET  
SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI (n° 1210) *portant réforme de l'hôpital et  
relatif aux patients, à la santé et aux territoires*

TOME III

PAR M. JEAN-MARIE ROLLAND,

Député.

---



**SOMMAIRE**

---

	Pages
<b>TABLEAU COMPARATIF .....</b>	<b>5</b>
<b>AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION .....</b>	<b>231</b>



## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Code de la santé publique</b>	<b>Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires</b>	<b>Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires</b>
	TITRE 1 <sup>ER</sup>	TITRE 1 <sup>ER</sup>
	<b>MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>	<b>MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>
	CHAPITRE 1 <sup>ER</sup>	CHAPITRE 1 <sup>ER</sup>
	<b>Missions des établissements de santé</b>	<b>Missions des établissements de santé</b>
	Article 1 <sup>er</sup>	Article 1 <sup>er</sup>
<p><i>Art. L. 6111-1.</i> – Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.</p>	<p>I. – L'article L. 6111-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>
<p>Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.</p>	<p>« <i>Art. L. 6111-1.</i> – Les établissements de santé, publics et privés, assurent, dans les conditions prévues par le présent code, les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.</p>	<p>« <i>Art. L. 6111-1.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>Ils participent à la mise en oeuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L. 5311-1, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire.</p>	<p>« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.</p>	<p>« Ils... ...domicile et garantissent aux patients et à leurs familles, en liaison avec les acteurs de santé exerçant en ambulatoire et dans les secteurs médico-social et social, la continuité du parcours de soins.</p>
	<p>« Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé.</p>	<p><b>Amendement n° 261</b> <i>Le domicile est entendu comme le lieu de vie de la personne, celui-ci pouvant être un établissement régi par le code de l'action sociale et des familles.</i></p>
		<p><b>Amendement n° 262</b> Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.</p>	<p>« Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.</p>	Alinéa sans modification
<p>Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.</p>	<p>« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »</p>	Alinéa sans modification
<p><i>Art. L. 6111-2.</i> – Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :</p>	<p><u>II. – L'article L. 6111-2 du même code est abrogé.</u></p>	<b><i>Aliéna supprimé</i></b> <b>Amendement n°263</b>
<p>1° Avec ou sans hébergement :</p> <p>a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;</p> <p>b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;</p> <p>2° Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.</p>	<p>III. – L'intitulé du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par l'intitulé suivant : « Chapitre II – Missions de service public des établissements de santé ».</p>	III. – Non modifié
<p>SIXIÈME PARTIE ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ LIVRE I<sup>ER</sup> Établissements de santé TITRE I<sup>ER</sup> Organisation des activités des établissements de santé Chapitre II Service public hospitalier</p>	<p>IV. – Les articles L. 6112-1, L. 6112-2 et L. 6112-3 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :</p>	IV. – Alinéa sans modification
<p><i>Art. L. 6112-1.</i> – Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 6111-1 et, de plus, concourt :</p>	<p>« <i>Art. L. 6112-1.</i> – Les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou à participer à une ou plusieurs des missions de service public suivantes :</p>	<p>« <i>Art. L. 6112-1.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>1° À l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;</p>	<p>« 1° La permanence des soins ;</p>	<p>« 1° Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
2° À la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;	« 2° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;	« 2° Non modifié
3° À la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;	« 3° La formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers ;	« 3° Non modifié
4° À la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;	« 4° La formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;	« 4° Non modifié
5° Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;	« 5° La recherche en santé ;	« 5° Non modifié
6° Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;	« 6° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;	« 6° Non modifié
7° A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.	« 7° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;	« 7° Non modifié
Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ainsi qu'aux personnes retenues en application de l'article 35 bis de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France et aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.	« 8° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion ;	« 8° La...
	« 9° Les actions de santé publique ;	...l'insertion et de lutte contre l'exclusion ;
	« 10° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;	<b>Amendement n° 264</b>
	« 11° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par décret ;	« 9° Non modifié
	« 12° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;	« 10° Non modifié
	« 13° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.	« 11° Non modifié
		« 12° Non modifié
		« 13° Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6112-2.</i> – Le service public hospitalier est assuré :</p>	<p>« <i>Art. L. 6112-2.</i> – Les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 peuvent être assurées, en tout ou partie :</p>	<p>« <i>Art. L. 6112-2.</i> – Les...</p>
<p>1° Par les établissements publics de santé ;</p>	<p>« 1° Par les établissements de santé ;</p>	<p>...partie, en fonction des besoins de la population appréciés dans le schéma régional d'organisation des soins :</p>
<p>2° Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 6161-6 et L. 6161-9 ;</p>	<p>« 2° Par les groupements de coopération sanitaire ;</p>	<p><b>Amendement n° 265</b> « 1° Non modifié</p>
<p>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 ;</p>	<p>« 3° Par l'Institution nationale des Invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;</p>	<p>« 1° bis Par les communautés hospitalières de territoires ;</p>
<p>4° Par les centres de lutte contre le cancer.</p>	<p>« 4° Par le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil des ministres ;</p>	<p><b>Amendement n° 266</b> « 3° Non modifié</p>
<p>Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.</p>	<p>« 5° Par les autres titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ;</p>	<p>« 4° Non modifié</p>
<p>Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation.</p>	<p>« 6° Par les praticiens exerçant dans les établissements ou structures énumérés aux 1° à 5°.</p>	<p>« 5° Non modifié</p>
<p>Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.</p>	<p>« Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 6° qui en sont chargées.</p>	<p>« 6° Non modifié</p>
	<p>« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique prévoit les obligations auxquelles est assujéti l'établissement de santé ou la personne chargée de la mission de</p>	



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6112-3.</i> – Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.</p>	<p>service public et les modalités selon lesquelles est calculée, le cas échéant, la compensation financière de ces obligations.</p>	<p>« <i>Art. L. 6112-3.</i> – L'établissement ...</p>
	<p>« <i>Art. L. 6112-3.</i> – L'établissement de santé ou la personne chargée de l'une des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 assure à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir dans le cadre de ces missions les garanties suivantes :</p>	<p>... missions, y compris en hospitalisation à domicile, les garanties suivantes :</p>
	<p>« 1° L'égal accès à des soins de qualité ;</p>	<p><b>Amendement n°267</b></p>
	<p>« 2° L'accueil et la prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;</p>	<p>« 1° Non modifié</p>
	<p>« 3° La possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« 2° Non modifié</p>
	<p>« Les garanties mentionnées au 1° et au 3° sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors que celui-ci a été admis ou accueilli et pris en charge au titre de l'urgence ou de l'une des missions énumérées au 1° et 6° à 13° de l'article L. 6112-1.</p>	<p>« 3° Non modifié</p>
	<p>« Les obligations qui incombent à l'établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2, en application des dispositions du présent article, s'imposent aux praticiens qui y exercent. »</p>	
	<p>V. – Après ces articles, est inséré un article L. 6112-3-1 ainsi rédigé :</p>	<p>V – Non modifié</p>
	<p>« <i>Art. L. 6112-3-1.</i> – Les obligations à l'égard des patients prévues au 1° et au 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements publics de santé pour l'ensemble de leurs missions.</p>	
	<p>« Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des dispositions des articles L. 6146-2 et L. 6154-1 du présent code. »</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art L. 6122-7</i> – L’autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l’intérêt de la santé publique.</p> <p>Pour les établissements de santé privés, l’autorisation peut être subordonnée à l’engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l’exécution du service public hospitalier ou un accord d’association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles L. 6161-9 et L. 6161-10.</p> <p>L’autorisation peut être subordonnée à l’engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins. L’autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au I de l’article L. 6122-13 si la condition ainsi mise à son octroi n’est pas réalisée.</p>	<p>VI. – Les deuxième et troisième alinéas de l’article L. 6122-7 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« La délivrance ou le renouvellement de l’autorisation peut-être subordonnée à la participation à une ou plusieurs des missions de service public prévues à l’article L. 6112-1 ou à l’engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins.</p> <p>« L’autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues <u>au I de</u> l’article L. 6122-13 si <u>la condition</u> ainsi mise à son octroi n’est pas réalisée. »</p>	<p>VI. – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« L’autorisation ...</p> <p>... prévues à l’article L. 6122-13 <i>si l’une des conditions</i> ainsi ...</p> <p>... réalisée. »</p> <p><b>Amendements n° 268 et n° 269</b></p>
<p><i>Art. L. 6161-4.</i> – Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l’exécution du service public hospitalier, mentionnés au c de l’article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ayant opté pour le financement par dotation globale sont, pour ce qui concerne les activités définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 et les modalités de tarification applicables, soumis aux dispositions fixées à l’article L. 6161-7.</p> <p>Ces établissements sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l’accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l’aide sociale.</p> <p>Ils doivent satisfaire aux conditions fixées par le premier alinéa de l’article L. 6161-8 et relèvent des dispositions de l’article L. 6114-1.</p>	<p><u>VII. – L’article L. 6161-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</u></p> <p>« <i>Art. L. 6161-4.</i> – Les contrats conclus pour l’exercice d’une profession médicale, mentionnés au premier et deuxième alinéa de l’article L. 4113-9, entre un établissement de santé ou une personne qui assure une ou plusieurs des missions prévues à l’article L. 6112-1 et les praticiens qui y exercent prévoient, en tant que de besoin, leur participation médicale à ces missions et l’octroi aux patients accueillis dans leur cadre des garanties fixées à l’article L. 6112-3.</p> <p>« Le cas échéant, les contrats mentionnés à l’article L. 4113-9 sont révisés dans un délai de six mois à compter de la signature <u>du contrat mentionné</u> au dernier alinéa de l’article L. 6112-2 qui assujettit l’établissement de santé ou l’une des personnes mentionnées au même article à des obligations de service public. Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture. »</p>	<p>« VII. – Les articles L. 6161-4 et L. 6161-5 du même code sont ainsi rédigés »</p> <p><b>Amendement n° 271</b></p> <p>« <i>Art. L. 6161-4.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>« Le cas échéant, ...</p> <p>... signature <i>d’un des contrats mentionnés</i> au dernier...</p> <p>rupture. »</p> <p><b>Amendement n° 270</b></p> <p>« <i>Art. L. 6161-5.</i> – <i>Sont qualifiés d’établissements de santé privés d’intérêt collectif :</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art L. 6162-1.</i> – Les centres de lutte contre le cancer assurent les missions des établissements de santé et celles du service public hospitalier, dans le domaine de la cancérologie.</p> <p>.....</p>	<p>VIII. – Le premier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :            « Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie. »</p>	<p>« 1° Les centres de lutte contre le cancer ;            « 2° Jusqu'à la signature de leur prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration à l'agence régionale de santé.            « Les obligations à l'égard des patients prévues au 1° et au 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions.            « Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des dispositions des articles L. 6146-2 et L. 6154-1 du présent code. »</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>IX. – L'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :            « <i>Art. L. 162-20.</i> – Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente. »</p>	<p>IX – Non modifié</p>
<p><b>Code de la santé publique</b></p>	<p>X. – L'article L. 6311-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :            « <i>Art. L. 6311-2.</i> – Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément aux dispositions du chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>X – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art L. 6112-5.</i> – Seuls les établissements de santé, publics ou privés, mentionnés à l'article L. 6112-2 dont la mission principale est de dispenser les soins définis au a du 1° de l'article L. 6111-2 peuvent être autorisés, conformément aux dispositions du chapitre II du titre II du présent livre, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>« 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.</p> <p>« Le fonctionnement de ces unités et centre peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral.</p> <p>« Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours. »</p>	XI – Non modifié
<p>Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels.</p>	<p>XI. – L'article L. 6112-5 du même code est abrogé.</p>	
<p>Leur fonctionnement peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans des conditions fixées par décret.</p>		
<p>Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.</p>		
<p><i>Art L. 6323-1</i> – Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils peuvent pratiquer des interruptions volon-</p>	<p>XII. – L'article L. 6323-1 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	XII – Non modifié

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p>taires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.</p>		
<p>Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, <u>à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre</u>, soit par des collectivités territoriales.</p>	<p>« Les centres de santé élaborent un projet de santé. » ; 2° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre » sont remplacés par les mots : « soit par des établissements de santé » ;</p>	
<p>Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>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. »</p>	
<p><i>Art L. 6323-2.</i> – Afin de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place, il est créé une instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'Etat, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé.</p>	<p>XIII. – L'article L. 6323-2 du même code est abrogé.</p>	<p>XIII. – Non modifié</p>
<p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions de fonctionnement ainsi que la liste des membres admis à participer aux travaux de cette instance nationale.</p>		
<p><i>Art L. 6111-3</i> – Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>XIV. – L'article L. 6111-3 du même code est complété par un troisième alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>XIV. – Non modifié</p>

**Dispositions en vigueur**

Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par le code susmentionné.

*Art L. 6161-3-1.* – Dans les établissements de santé privés mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 6145-1 font apparaître un déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements prévus au chapitre VI du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du présent code, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

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

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

**Texte du projet de loi**

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

XV. – Les articles L. 6161-3-1, L. 6161-5, L. 6161-6, L. 6161-7, L. 6161-8, L. 6161-9 et L. 6161-10 du même code sont abrogés.

**Propositions de la Commission**

XV. – Les articles L. 6161-3-1, L. 6161-6, ...

... abrogés.

**Amendement n° 272**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

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

*Art L. 6161-5* – Les établissements de santé privés peuvent être admis à assurer l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues par le présent chapitre, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service public imposées aux établissements publics de santé par les dispositions des articles L. 6111-1 à L. 6112-2. Les établissements de santé privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

*Art L. 6161-6* – Les établissements de santé privés à but non lucratif sont admis à participer à l'exécution du service public hospitalier lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par décret et qu'ils établissent un projet d'établissement tel que défini à l'article L. 6143-2 compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

La décision d'admission à participer au service public hospitalier est prise par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Le refus d'admission doit être motivé.

*Art L. 6161-7* – Le dernier alinéa de l'article L. 6143-4 et l'article L. 6145-1 sont applicables aux établissements mentionnés à l'article L. 6161-6 pour ce qui concerne leurs activités de participation au service public.

**Dispositions en vigueur**

---

Les établissements bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements publics de santé.

Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers dans les conditions prévues par les statuts de ces praticiens.

Ils peuvent, par dérogation aux dispositions des articles L. 122-1, L. 122-1-1 et L. 122-1-2 du code du travail, recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans.

*Art L. 6161-8* – Les dispositions des articles L. 6143-2 et L. 6143-2-1 sont applicables aux établissements mentionnés à l'article L. 6161-6. Le projet d'établissement est approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans un délai de six mois.

Tout établissement de santé privé participant au service public hospitalier doit comporter une commission médicale élue par les praticiens qui y exercent, dont il fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement et qui est consultée notamment sur le projet de contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 sur le projet d'établissement et sur le projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses.

*Art L. 6161-9* – Les établissements de santé privés, autres que ceux mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6 peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

Ces contrats comportent :

1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre, dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement ou service d'hospitalisation de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ;

2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article L. 6161-5. L'établissement concessionnaire conserve son individualité et son statut propre pour tout ce qui concerne sa gestion.

Ces contrats sont approuvés selon les modalités prévues à l'article L. 6122-10.

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.</p>	<p>XVI. – Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues à leur contrat pluriannuel d'<u>objectif</u> et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.</p>	<p>XVI. – Les établissements...</p>
<p><i>Art L. 6161-10</i> – Les établissements de santé privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>Jusqu'à la date <u>choisie</u> en application du premier alinéa du XVI, les dispositions des articles L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et des articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.</p>	<p>... prévues par leur contrat pluriannuel d'<i>objectifs</i> et de moyens... ... ce contrat s'ils le souhaitent ou, au plus tard, ...</p>
<p>Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du lieu de leur implantation. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article L. 6132-5.</p>	<p><i>Art L. 6112-6.</i> – Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de néces-</p>	<p>... 2004. Ils deviennent des établissements de santé privés d'intérêt collectif.</p> <p><b>Amendements n° 273, 274 et 275</b> Jusqu'à la date retenue en application ...</p>
<p><i>Art L. 6112-6.</i> – Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de néces-</p>	<p>Jusqu'à la date <u>choisie</u> en application du premier alinéa du XVI, les dispositions des articles L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et des articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.</p>	<p>... santé. <b>Amendement n° 276</b></p>

**Dispositions en vigueur**

---

sité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

*Art L. 6112-7.* – Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier organisent la délivrance de soins palliatifs, en leur sein ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l’hospitalisation. Le projet d’établissement arrête une organisation compatible avec les objectifs fixés dans les conditions des articles L. 6121-3 et L. 6121-4.

Lorsqu’un de ces établissements dispose d’une structure de soins alternative à l’hospitalisation pratiquant les soins palliatifs en hospitalisation à domicile, celle-ci peut faire appel à des professionnels de santé exerçant à titre libéral avec lesquels l’établissement conclut un contrat qui précise notamment les conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l’acte.

*Art L. 6143-2.* – Le projet d’établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l’établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d’information de l’établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu’un projet social. Le projet d’établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d’organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l’établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l’article L. 6321-1 et d’actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d’hospitalisation, de personnel et d’équipement de toute nature dont l’établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d’investissement et le plan global de financement pluriannuel.

Le projet d’établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*Art L. 6143-2-1.* – Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement au sens de l'article L. 6144-4.

Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme.

*Art L. 6143-4.* – 1° Les délibérations autres que celles prévues aux 1° et 3° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation défère au tribunal administratif les délibérations 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. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée.

2° Les délibérations portant sur les matières mentionnées au 1° de l'article L. 6143-1, à l'exclusion du contrat pluriannuel, et au 3° du même article, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, sont réputées approuvées si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par voie réglementaire.

*Art L. 6145-1.* – L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'ar-

**Dispositions en vigueur**

---

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la  
Commission**

---

ticle L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du même code, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-2. Il est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier.

Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de l'établissement présente au conseil d'administration un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Si un nouvel état n'est pas adopté ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-3.

Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions.

Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont présentés périodiquement au conseil d'administration et transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation.

*Art L. 6155-1* – Les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
service public hospitalier, sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions fixées aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1.	<p>Jusqu'à la date <u>choisie</u> en application du premier alinéa du XVI, les dispositions de l'article L. 6161-3-1 et du dernier alinéa de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, leur restent applicables.</p> <p>XVII – Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'<u>objectif</u> et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 précitée.</p> <p>Jusqu'à la date <u>choisie</u> en application du premier alinéa du XVII, les dispositions des articles L. 6143-2 et L. 6143-2-1, des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.</p> <p>Jusqu'à la date <u>choisie</u> en application du premier alinéa du XVII, les dispositions de l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur restent applicables.</p> <p>XVIII. – Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à leur contrat pluriannuel...</p>	<p>Jusqu'à la date <i>retenue</i> en application...</p> <p>... applicables. <b>Amendement n° 277</b></p> <p>XVII – Les établissements ...</p> <p>... pluriannuel d'<i>objectifs</i> et de moyens...</p> <p>... précitée. <b>Amendement n° 278</b> Jusqu'à la date <i>retenue</i> en application...</p> <p>... santé. <b>Amendement n° 279</b> Jusqu'à la date <i>retenue</i> en application ...</p> <p>... applicables <b>Amendement n° 280</b></p> <p>XVIII. – Les centres de lutte...</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nuel d'objectif et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 précitée.

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

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

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

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

... pluriannuel d'objectifs et de moyens...

... précitée.

**Amendement n° 282**

Jusqu'à la date retenue en application...

... santé.

**Amendement n° 273**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

XIX. – Non modifié

*Article additionnel*

« Le neuvième alinéa de l'article L. 5126-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Dans les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire visés à l'article L.5126-1 et qui sont autorisés à délivrer des soins au domicile des patients tels que le prévoit l'article L.6111-1 du présent code, la pharmacie à usage intérieur est autorisée à s'approvisionner, dans des conditions fixées par voie réglementaire, auprès d'une pharmacie

Art. L. 5126-5. – .....

Dans les établissements de santé, une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement. La commission élit son président et son vice-président parmi ses membres médecins et phar-

**Dispositions en vigueur**

maciens. La composition de cette commission, son organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

.....

*Art. L. 6122-1.* – Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds.

.....

**Code de la santé publique**

*Art. L. 6111-2.* – Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

**Texte du projet de loi**

Article 2

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

« *Art. L. 6111-2.* – Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration

**Propositions de la Commission**

*d'office.* »

**Amendement n° 283**

*Article additionnel*

« *Au premier alinéa de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, les mots : « alternatives à l'hospitalisation », sont remplacés par les mots : « hospitalisation à domicile ».*

**Amendement n° 284**

*Article additionnel*

« *Il est inséré un article L. 6125-2 du code de la santé publique ainsi rédigé :*

« *Art. L. 6125-2 – Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins au domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement HAD.* »

« *Les autres structures, entreprises et groupements constitués avant la publication de la présente loi qui utilisent dans leur dénomination ou pour leur usage les termes d'HAD, doivent se conformer aux dispositions d'autorisation mentionnées à l'alinéa précédent dans le délai d'un an.* »

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

**Amendement n° 285**

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

**Amendement n° 286**

« *Art. L. 6111-2.* – Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
1° Avec ou sans hébergement :	continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. « Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables et les infections associés aux soins, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »	II. – Alinéa sans modification
a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;	II. – L'article L. 6144-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :	<b>Alinéa supprimé</b> <b>Amendement n°287</b>
b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;	« Art. L. 6144-1. – Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement.	<i>Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale...</i>
2° Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.	« 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.	...des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers notamment pour les urgences ; elle propose...
<i>Art. L. 6144-1. – I. - Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement dotée de compétences consultatives et appelée à préparer, avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.</i>	1° Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 ;	... suivi. <b>Amendements n° 287 et 288</b>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>2° La lutte contre les infections nosocomiales mentionnée à l'article L. 6111-1 ;</p>	<p>« Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par décret. »</p>	Alinéa sans modification
<p>3° La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5126-5 ;</p>	<p>III. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 5126-5 du même code sont supprimés.</p>	<p>« L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>
<p>4° La prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4.</p>		<p>« Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »</p>
<p>Cette sous-commission ou ces sous-commissions spécialisées comportent, outre des membres désignés par la commission médicale d'établissement, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ces missions.</p>		<p><b>Amendement n° 289</b> III. – Non modifié</p>
<p><i>Art. L. 5126-5</i> – ..... Dans les établissements de santé, une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement. La commission élit son président et son vice-président parmi ses membres médecins et pharmaciens. La composition de cette commission, son organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.</p>		
<p>Toutefois, dans les établissements publics de santé, cette commission est constituée par la sous-commission créée en vue d'examiner les questions mentionnées au 3° du II de l'article L. 6144-1. Sa composition, son</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement.</p>	<p>IV. – L'article L. 6161-2 du même code est ainsi modifié :</p>	<p>IV. – Alinéa sans modification</p>
<p><i>Art L. 6161-2</i> – Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé <u>ne participant pas au service public hospitalier</u> forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.</p>	<p>1° Au premier alinéa, les mots : « ne participant pas au service public hospitalier » sont supprimés ;</p>	<p>1° Non modifié</p>
<p>Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de l'hospitalisation selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3.</p>	<p>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 propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. »</p>	<p>2° Alinéa sans modification : « La conférence ...</p>
		<p>... suivi. <i>Ce programme prend en compte les informations médicales contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.</i> »</p>
		<p><b>Amendement n° 290</b> « Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale de l'établissement est consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément aux dispositions de l'article L. 6112-2. »</p>
		<p><b>Amendement n° 291</b> « L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé. « Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate le</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission							
<p><i>Art L. 6113-8</i> – Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l’hospitalisation mentionnées à l’article L. 6115-2, ainsi qu’à l’Etat et aux organismes d’assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l’élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d’organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources, à l’évaluation de la qualité des soins ainsi qu’au contrôle de leur activité et de leurs facturations.</p> <p>.....</p> <p><i>Art L. 1151-1</i> – La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux susceptibles de présenter, en l’état des connaissances médicales, des risques sérieux pour les patients peuvent être soumises à des règles relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- à la formation et la qualification des professionnels pouvant les prescrire ou les mettre en oeuvre conformément au code de déontologie médicale ;</li><li>- aux conditions techniques de leur réalisation.</li></ul> <p>Elles peuvent également être soumises à des règles de bonne pratique.</p> <p>La liste de ces actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions et les règles qui leur sont applicables sont fixées par des décrets pris après avis de la Haute Autorité de santé et, lorsque est</p>	<p>V. – Le premier alinéa de l’article L. 6113-8 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Les établissements de santé transmettent aux agences régionales de santé, à l’État ou à la personne publique qu’il désigne et aux organismes d’assurance maladie les informations, relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales, qui sont nécessaires à l’élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l’évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaire, ainsi qu’au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation. »</p> <p>VI. – Le dernier alinéa de l’article L. 1151-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute autorité de santé.</p> <p>« L’utilisation de ces dispositifs</p>	<p><i>non-respect des dispositions prévues à l’alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l’article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »</i></p>	<p><b>Amendement n° 292</b></p>	<p><i>« Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par décret. »</i></p>	<p><b>Amendement n°293</b></p>	<p>V. – Non modifié</p>	<p>VI. – Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« L’utilisation ...</p>

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p>en cause l'utilisation de dispositifs médicaux, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Ces décrets peuvent prévoir la réalisation d'évaluations périodiques auxquelles les professionnels qui y sont assujettis sont tenus de coopérer.</p>	<p>médicaux et la pratique de ces actes peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la Haute autorité de santé, la liste de ces établissements ou précisent les critères au vu desquels les agences régionales de santé fixent cette liste.</p> <p>« Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches biomédicales définies au titre II du livre I<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> de la sixième partie du présent code. »</p>	<p>... pratique de ces actes, <i>procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique</i>, peuvent ...</p> <p>... cette liste.</p> <p><b>Amendement n°294</b> Alinéa sans modification</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p><i>Art L. 165-1</i> – Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixés par décret en Conseil d'État.</p> <p>La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finali-</p>	<p>VII. – Le dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.</p>	<p>VII. – Non modifié</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

té et leur mode d'utilisation.

Lorsque l'utilisation de produits ou prestations fait appel à des soins pratiqués par des établissements de santé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider de subordonner l'inscription sur la liste des conditions relatives à l'évaluation de ces produits ou prestations aux modalités de délivrance des soins ou à la qualification ou à la compétence des praticiens des établissements de santé utilisant ces produits ou pratiquant ces prestations. La liste précise, le cas échéant, les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation établit la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ces produits ou prestations, au vu notamment des capacités hospitalières nécessaires pour répondre aux besoins de la population, ainsi que de l'implantation et de l'expérience pour les soins concernés des établissements de santé.

*Art. L. 162-22-10.* – I. – Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

.....

*Article additionnel*

*« Après le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Les tarifs mentionnés au 1° prennent en compte les frais occasionnés par la prise en charge des personnes obèses. »*

**Amendement n° 295**

**Code de la santé publique**

Article 3

Article 3

SIXIÈME PARTIE  
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ  
LIVRE I<sup>ER</sup>  
Établissements de santé  
TITRE I<sup>ER</sup>  
Organisation des activités des établissements de santé  
Chapitre IV  
Contrats pluriannuels conclus par les agences régionales de l'hospitalisation

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

Alinéa sans modification

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

I. – Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6114-1</i> – Les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire 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.</p> <p>.....</p> <p>La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.</p> <p>Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave du titulaire de l'autorisation aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles.</p> <p>Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave du titulaire de l'autorisation aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles.</p> <p>Les contrats fixent les éléments nécessaires à leur mise en oeuvre, le calendrier d'exécution et mentionnent les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à leur évaluation périodique. Le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final.</p> <p>Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de</p>	<p>II. – L'article L. 6114-1 est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comprend des obligations relatives à une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans. » ;</p> <p>2° Les cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;</p> <p>3° Le septième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Le contrat peut être résilié avant son terme par l'agence régionale de santé en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles. » ;</p> <p>4° Le huitième alinéa est supprimé ;</p> <p>5° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne</p>	<p>II. – Non modifié</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« L'agence...</p> <p>...cinq ans. <i>Le contrat entre l'agence régionale de santé et chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L.6122-1 doit être signé avant le 31 décembre 2012</i> » ;</p> <p><b>Amendement n° 296</b> 2° Non modifié</p> <p>3° Non modifié</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>«5° Le dernier alinéa...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>l'autorisation au titre des articles L. 6114-2 et L. 6114-3 en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.</p>	<p>peuvent excéder, au cours d'une même année, 1 % des produits reçus par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. » ;</p>	<p>...année, 5 % des ...</p>
<p><i>Art. 6114-2</i> – Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire.</p>	<p>III. – L'article L. 6114-2 est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional de l'organisation des soins défini aux articles L. 1434-6 à L. 1434-7 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-8. » ;</p>	<p>...clos. <i>En outre, l'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues dans le contrat peut se traduire par la suspension ou le retrait d'autorisation d'équipement pour l'établissement qui en est titulaire.</i> »</p> <p><b>Amendements n° 297 et n° 298</b></p>
<p>Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.</p>	<p>2° Le deuxième alinéa est supprimé ;</p>	<p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>
<p>Ils précisent la ou les missions d'intérêt général mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.</p>	<p>3° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;</p>	<p><b>Alinéa supprimé</b> <b>Amendement n°299</b></p> <p>3 ° Alinéa sans modification</p>
<p>Ils décrivent les transformations qu'ils s'engagent à opérer dans leurs activités et dans leurs actions de coopération.</p>		<p>3°bis <i>Au quatrième alinéa, après les mots : « actions de coopération » sont insérés les mots : « avec, d'une part, les établissements de santé exer-</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Ils fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1.</p>	<p>4° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.</p> <p>« Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. À défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de santé fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière. » ;</p>	<p><i>çant des activités de soins au domicile et les établissements médico-sociaux et, d'autre part, avec les professionnels de santé conventionnés, les centres de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, les maisons de santé et les réseaux de santé.</i></p>
<p>Lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L. 6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L. 6121-2 ou à l'article L. 6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les <u>trois mois</u> suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation.</p>	<p>5° Au septième alinéa, les mots : « trois mois » sont remplacés par les mots : « six mois » ;</p>	<p><b>Amendement n° 300</b> 4° Alinéa sans modification</p> <p>« Les contrats...</p> <p>... également, <i>en tenant compte des besoins de santé de la population,</i> les objectifs ...</p>
<p><i>Art. L. 6114-3.</i> – Les contrats définissent les objectifs en matière de qua-</p>	<p>IV. – L'article L. 6114-3 est remplacé par les dispositions suivantes : « <i>Art. L. 6114-3.</i> – Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 définis-</p>	<p>...œuvre. <b>Amendement n° 301</b> Alinéa sans modification</p> <p>5° Non modifié</p> <p>IV. – Non modifié</p>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>lité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre du plan régional de santé publique.</p>	<p>sent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3.</p>	
<p>Ils intègrent les objectifs médicalisés d'évolution des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12.</p>	<p>« Ils intègrent des objectifs d'efficacité et d'évolution des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12.</p>	
<p>Ils comportent le calendrier de la procédure d'accréditation mentionnée à l'article L. 6113-3 ainsi que les engagements nécessaires pour faire suite à cette procédure.</p>	<p>« Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social. »</p>	
<p>Pour les établissements publics de santé, ces contrats précisent également les transformations relatives à leur organisation et leur gestion. Ils comportent un volet social. Dans les centres hospitaliers universitaires, le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation est préparé avec les universités associées et, dans les conditions définies à l'article L. 6114-1, les organismes de recherche.</p>	<p>V. – L'article L. 6114-4 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>V. – Non modifié</p>
<p><i>Art. L. 6114-4.</i> – Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 du même code. Les litiges relatifs à l'application des dispositions financières de ces contrats sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale.</p>	<p>« <i>Art. L. 6114-4.</i> – Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 du même code. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles relatives aux compétences des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale, les litiges relatifs à l'application de ces stipulations sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. »</p>	<p>CHAPITRE II <b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b></p>
<p>Pour les établissements publics de santé, ils fixent les éléments financiers ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en oeuvre.</p>	<p>CHAPITRE II <b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b>  Article 4</p>	<p>Article 4</p>
<p><b>Code de la santé publique</b></p>	<p>I. – L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6141-1.</i> – Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.</p>	<p>« <i>Art. L. 6141-1.</i> – Le ressort des établissements publics de santé est communal intercommunal, départemental, interdépartemental, régional, interrégional ou national. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'État dans les conditions fixées au présent titre. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional ou par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas.</p>	<p>« <i>Art. L. 6141-1.</i> – Non modifié</p>
<p>Les établissements publics de santé sont créés, après avis du Comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale, par décret ou par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.</p>	<p>« Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur nommé :</p>	<p>« 1° Non modifié</p>
<p>Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé, après avis du président du conseil d'administration :</p>	<p>« 1° Pour les centres hospitaliers universitaires, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé ;</p>	<p>« 2° Pour ...</p>
<p>- par décret du Premier ministre, pour les établissements figurant sur une liste fixée par décret ;</p>	<p>« 2° Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi <u>du 9 janvier 1986</u>, 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 ;</p>	<p>... loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par arrêté...</p>
<p>- par arrêté du ministre chargé de la santé, pour les autres établissements.</p>	<p>« 3° Par dérogation au 2°, pour les établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire autres que l'établissement siège, par arrêté du directeur général du centre national de gestion, <u>sur proposition du président du directoire de l'établissement siège après avis du président du conseil de surveillance de l'établissement membre.</u></p>	<p>...surveillance ; <b>Amendement n°302</b> « 3° Par dérogation ...</p>
<p>Les établissements publics de santé sont soumis au contrôle de l'Etat, dans les conditions prévues au présent titre.</p>	<p>« Le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation <u>sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis.</u> »</p>	<p>... gestion, parmi les candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance. L'ensemble des candidatures est transmis par le Centre national de gestion au directeur général de l'Agence régionale de santé et au Président du conseil de surveillance. Le Centre national de gestion ne peut en écarter aucune.</p>
		<p><b>Amendements n° 303 et 304</b> « Le directeur ...</p>
		<p>... d'affectation, après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. 6141-2</i> – Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.</p>	<p>II. – L'article L. 6141-2 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire de droit public exerçant des activités de soin soumises à autorisation en application des articles L. 6122-1 ou L. 6122-21. » ;</p>	<p><i>l'article L.6143-3-1.</i> »</p> <p><b>Amendement n° 305</b></p> <p>II. – Non modifié</p>
<p>.....</p> <p>Les hôpitaux locaux ne peuvent assurer les soins définis au a du 1° de l'article L. 6111-2 qu'en médecine et à condition de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou établissements de santé privés qui, dispensant ces soins, répondent aux conditions fixées aux articles L. 6161-6 ou L. 6161-9, ou ont conclu un accord dans les conditions prévues à l'article L. 6161-10.</p>	<p>2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.</p>	<p>III. – Alinéa sans modification</p>
<p>Les modalités particulières du fonctionnement médical des hôpitaux locaux sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>III. – Il est inséré, après l'article L. 6141-2 du même code, un article L. 6141-2-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 6141-2-1.</i> – L'établissement public de santé dispose des ressources suivantes :</p> <p>« 1° Produits de l'activité hospitalière et de la tarification sanitaire et sociale ;</p> <p>« 2° Dotations ou subventions de l'État, d'autres personnes publiques et des régimes obligatoires de sécurité sociale ;</p> <p>« 3° Produits des ventes de biens ou services et produits des brevets qu'il détient ;</p> <p>« 4° Revenu des participations et produits financiers et divers ;</p> <p>« 5° Dons, legs, subventions et apports ;</p> <p>« 6° Produits des cessions d'actifs et produits exceptionnels ;</p> <p>« 7° Emprunts et avances. »</p>	<p>modification</p> <p>« <i>Art. L. 6141-2-1.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« 5° Non modifié</p> <p>« 6° Non modifié</p> <p>« 7° Non modifié</p> <p>8° <i>Autres produits ou ressources.</i></p>
	<p>IV. – Après l'article L. 6141-7-2</p>	<p><b>Amendement n°306</b></p> <p>IV. – Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">SIXIÈME PARTIE <b>ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ</b> LIVRE I<sup>ER</sup> <b>Établissements de santé</b> Titre IV <b>Etablissements publics de santé</b> Chapitre III <b>Conseil d'administration, directeur et conseil exécutif.</b></p> <p><i>Art. L. 6143-1</i> – Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale</p>	<p>du même code, il est inséré un article L. 6141-7-3 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 6141-7-3.</i> – Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche mentionnées à l'article L. 6112-1.</p> <p>« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.</p> <p>« Les dispositions relatives à la reconnaissance d'utilité publique de ces fondations, prévues par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des dispositions du premier alinéa du présent article relatives à la personnalité morale.</p> <p>« Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont fixées par ses statuts qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.</p> <p>« Les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières sont déterminées par décret en Conseil d'État. »</p> <p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>I. – L'intitulé du chapitre III du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Conseil de surveillance et directoire ».</p> <p>II. – L'article L. 6143-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 6143-1.</i> – Le conseil de surveillance exerce le contrôle de l'établissement. Il délibère sur :</p>	<p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>I. – L'intitulé ...</p> <p>...surveillance, <i>directeur</i> et directoire ».</p> <p><b>Amendement n° 307</b></p> <p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6143-1.</i> – Le conseil de surveillance <i>se prononce sur la stratégie et exerce...</i></p> <p style="text-align: right;">... sur :</p> <p><b>Amendement n° 308</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :		
1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;	« 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;	« 1° Non modifié
2° 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 ;	« 2° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;	« 2° La ...  ... L. 6142-5, et notamment sur l'adhésion, le retrait, la modification tant du périmètre que des compétences déléguées dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire ; <b>Amendement n°309</b>
3° 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 les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;	« 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;	« 3° Non modifié
4° Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;	« 4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le président du directoire ;	« 4° Non modifié
5° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;	« 5° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;	« 5° Non modifié
6° L'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 ;	« 6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement. »	« 6° Non modifié
7° Les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;		
8° La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;		
9° La mise en oeuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;		
10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;		
11° 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°		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;</p> <p>12° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;</p> <p>13° La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le code général des collectivités territoriales ;</p> <p>14° Le règlement intérieur.</p>	<p>III. – Les articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 6143-5.</i> – Le conseil de surveillance est composé comme suit :</p> <p>« 1° <u>Au plus quatre</u> représentants des collectivités territoriales <u>et</u> de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;</p> <p>« 2° Au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;</p> <p>« 3° <u>Au plus quatre</u> personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont au plus deux représentants des usagers.</p>	<p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6143-5.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>« 1° <i>Cinq</i> représentants des collectivités territoriales <i>ou</i> de leurs groupements, désignés <i>en leur sein</i> par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements, dont au moins un représentant du Conseil général lorsque des personnes âgées dépendantes sont résidentes de l'établissement public de santé ;</p> <p><b>Amendements n° 310, 311, 312 et n° 39</b></p> <p>« <i>Au plus cinq</i> représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, deux désignés par la commission médicale d'établissement, trois désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement. »</p> <p><b>Amendement n° 313</b></p> <p>« 3° <i>Cinq</i> personnalités ...</p> <p><b>Amendement n° 314.</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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 d'administration.</p>	<p>« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°.</p>	Alinéa sans modification
<p>Les catégories mentionnées au 1° et au 2° comptent un nombre égal de membres. Les représentants mentionnés au 1° sont désignés en leur sein par les assemblées des collectivités territoriales. Les personnalités qualifiées mentionnées au 3° comportent au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.</p>	<p>« Le directeur général de l'agence régionale de santé assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.</p>	Alinéa sans modification
<p>Le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 2°.</p>	<p>« 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.</p>	Alinéa sans modification
<p>Dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est membre de droit du conseil d'administration.</p>	<p>« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.</p>	Alinéa sans modification
<p>La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.</p>	<p>« 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.</p>	Alinéa sans modification
<p>Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, son remplaçant est élu par et parmi les membres mentionnés au 1° et au 3° ci-dessus.</p>	<p>« 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.</p>	Alinéa sans modification
<p>Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°, celui qui le supplée en cas d'empêchement.</p>	<p>« Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de</p>	« Dans les établissements ...

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, le président du conseil d'administration est élu par et parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°.</p>	<p>l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies <u>peut assister</u>, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.</p>	<p>... accueillies <i>assiste</i>, avec....</p>
<p><i>Art. L. 6143-6.</i> – Nul ne peut être membre d'un conseil d'administration :</p>	<p>« Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, leurs modalités de nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixées par décret.</p>	<p>...surveillance. <b>Amendement n° 315</b> « Le nombre ... ... et les modalités de leur nomination ...</p>
<p>1° À plus d'un titre ; 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;</p>	<p>« <i>Art. L. 6143-6.</i> – Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :</p> <p>« 1° À plus d'un titre ; « 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ; « 3° S'il est membre du directoire ;</p>	<p>...décret <i>en Conseil d'Etat</i> <b>Amendements n°316 et 317</b> « <i>Art. L. 6143-6.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>3° 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 aux articles L. 6161-6 et L. 6161-9 ;</p>	<p>« 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;</p>	<p>« 1° Non modifié « 2° Non modifié  « 3° Non modifié  « 4° Non modifié</p>
<p>4° 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 au 2° et au huitième alinéa de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5, L. 6145-16, L. 6146-10, L. 6152-4 et L. 6154-4 ;</p>	<p>« 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2, L. 6152-1 et <u>L. 6152-4</u> ;</p>	<p>« 5° S'il est ...</p>
<p>5° S'il est agent salarié de l'établissement ;</p>	<p>« 6° S'il est agent salarié de l'établissement ;</p>	<p>... L. 6146-2 et L. 6152-1. <b>Amendement n° 318</b> « 6° S'il est agent salarié de l'établissement. <i>Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière.</i> » <b>Amendement n° 319</b></p>
<p>6° S'il est membre du conseil exécutif à l'exception du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale intéressée ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, du président du comité de coord</p>		



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>dination de l'enseignement médical ;</p> <p>7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>	<p>« 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.</p>	<p>« 7° Alinéa sans modification</p>
<p>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, au représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical.</p>	<p>« Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière. »</p>	<p><b>Alinéa supprimé</b> <b>Amendement n° 319</b></p>
<p>Au cas où il est fait application des incompatibilités prévues ci-dessus au président du conseil général ou au maire, la présidence est dévolue à un représentant élu, désigné en son sein, respectivement par le conseil général ou le conseil municipal.</p>		
<p>Au cas où il est fait application de ces incompatibilités au président de la commission médicale d'établissement, au directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement, le conseil de l'unité ou le comité de coordination élit en son sein un remplaçant.</p>		
<p><i>Art. L. 6143-6-1</i> – Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :</p>	<p>IV. – L'article L. 6143-6-1 du même code est abrogé.</p>	<p>IV. – Non modifié</p>
<p>1° Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;</p>		
<p>2° Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical.</p>		
<p>En outre, dans les centres hospita-</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>liens universitaires, le président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique prévu à l'article L. 6142-13 assiste avec voix consultative aux séances du conseil exécutif.</p>		
<p>Lorsque le président de la commission médicale d'établissement est en même temps directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement désigne un de ses membres pour le remplacer.</p>		
<p>Le conseil exécutif :</p>		
<p>1° Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution ;</p>		
<p>2° Prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 6144-1 ;</p>		
<p>3° Contribue à l'élaboration et à la mise en oeuvre du plan de sauvegarde ou de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;</p>		
<p>4° Donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ;</p>		
<p>5° Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.</p>		
<p>En cas de partage égal des voix, le directeur a voix prépondérante.</p>		
<p>Le nombre de membres du conseil exécutif est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement dans des limites fixées par décret.</p>		
	Article 6	Article 6
<p><i>Art. L. 6143-7</i> – Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.</p>	<p>I. – L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>
	<p>« <i>Art. L. 6143-7</i>. – Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les</p>	<p>« <i>Art. L. 6143-7</i>. – Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en oeuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 6143-1. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il 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.</p> <p>Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.</p> <p>« Le président du directoire est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° ci-après et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il prépare les travaux du conseil de surveillance et y assiste. Il exécute ses délibérations.</p> <p>« 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.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Le président ...</p> <p>... l'établissement. <i>Après proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après proposition du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques, et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il joint à sa proposition celles du président de la CME et du chef de pôle.</i></p> <p><b>Amendements n° 320 et 321</b></p> <p><i>« Le directeur après avis favorable du directeur de l'Agence régionale de santé peut demander le placement en recherche d'affectation des fonctionnaires relevant du statut des personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions</i></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.

« Le président du directoire est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par décret.

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

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

« 2° Arrête le projet médical de l'établissement et décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

*statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. Le directeur motive sa demande.*

*« L'établissement public mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 doit faire droit à cette demande dans un délai maximal de trois mois.*

*« Toutefois, par dérogation aux deux alinéas précédents, ce délai est réduit de moitié lorsqu'un établissement public de santé présente et met en œuvre un plan de redressement tel que défini par l'article L. 6143-3 du code de la santé publique. L'avis du Directeur de l'Agence régionale de santé n'est plus requis dans ce cadre.*

*« Dans l'attente de la décision de placement en recherche d'affectation de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le salaire, les primes et les avantages en nature sont maintenus. Les personnels concernés sont cependant dispensés d'exercer leurs fonctions. »*

**Amendement n° 322**

« Le président ...

*... 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.*

**Amendement n° 323**

« Le président ...

... dans les conditions ...

**Amendement 324**

Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Arrête ...

*...établissement, après avis de la commission médicale d'établissement ;*

**Amendement n° 325**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

« 4° Détermine le programme d'investissement ;

« 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs 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° Arrête l'organisation interne de l'établissement et conclut les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

« 7° Propose au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution ou la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I<sup>er</sup> de la présente partie ou aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

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

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

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

« 11° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption

et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

« 12° Arrête le règlement intérieur ;

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

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

« 5° Non modifié

« 6° Non modifié

« 7° Propose, après avis du conseil de surveillance, au directeur...

...L. 6321-1 ;

**Amendement n° 326**

« 8° Non modifié

« 9° Non modifié

« 10° Non modifié

« 11° Non modifié

12° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

**Amendement n° 327**

« 13° Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

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

« Art. L. 6143-7-2. – Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il prépare, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, le projet médical de l'établissement.

« Art. L. 6143-7-3. – Le directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

« Art. L. 6143-7-4. – Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires, dont son président et son vice-président. Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le président du directoire, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

« 14° Non modifié

II. – Alinéa sans modification

« Art. L. 6143-7-2. – Le président ...

... pluriannuel d'objectifs et de moyens,....

...l'établissement. *Il coordonne la politique médicale de l'établissement, sous l'autorité du directeur.*

**Amendement n°329**

« Art. L. 6143-7-3. – Non modifié

« Art. L. 6143-7-4. – Le directoire...

...de *sept* membres, ou *neuf* membres...

...président. *Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est membre du directoire. Les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire.* Les autres...

...et odontologique. *Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical fait partie du directoire.*

**Amendements n° 331, 332, 333 et 334**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p><i>Art L. 6143-2</i> – Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. <u>Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel.</u></p>	<p>« Un décret détermine la durée du mandat des membres du directoire. »</p>	Alinéa sans modification
<p>Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.</p>	<p>III. – À l'article L. 6143-2 du même code, les mots : « Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. » sont supprimés.</p>	III. – Non modifié
<p><i>Art. L. 6143-3-2.</i> – Le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie peut demander au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'engager les procédures prévues par les dispositions des articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et L. 6161-3-1.</p>	<p>IV. – L'article L. 6143-3-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 6143-3-2.</i> – Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.</p>	IV. – Non modifié
<p>Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit, en cas de refus, présenter un avis motivé à la commission exécutive de l'agence.</p>	<p>« Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée.</p> <p>« À peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus. »</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Art. L. 6143-3.* – I. – Lorsqu'un établissement public de santé présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande au conseil d'administration de présenter un plan de redressement. Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1.

A défaut d'adoption par le conseil d'administration d'un plan de redressement adapté à la situation ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les mesures appropriées en application de l'article L. 6145-1 et des II et III de l'article L. 6145-4.

II.-Si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit la chambre régionale des comptes. Dans le délai de deux mois suivant sa saisine, celle-ci évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation met en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées.

*Art. L. 6143-3-1.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, place l'établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2 lorsque la mise en demeure prévue au II de l'article L. 6143-3 est restée sans effet pendant plus de deux mois ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière de l'établissement. Il peut également prendre une telle mesure lorsque, après mise en demeure demeurée sans effet depuis plus de deux mois, le conseil d'administration s'abstient de

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 6143-3-1.* – Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur général de l'agence régionale de santé place l'établissement public de santé sous administration provisoire, soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toutes autres



**Dispositions en vigueur**

délibérer sur les matières prévues aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 6143-1.

Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil d'administration et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut en outre décider la suspension du conseil exécutif. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en oeuvre les mesures prévues à l'article L. 6122-15. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*personnalités qualifiées, désignés par le ministre chargé de la santé, lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.*

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

*« Le directeur général de l'agence peut également placer sous administration provisoire un établissement public de santé lorsqu'il constate que le directeur n'est pas en mesure de remédier à une situation pouvant porter gravement atteinte à la qualité et à la sécurité des soins. Les dispositions du présent alinéa s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux autorisations définies au chapitre II du titre II du présent livre.*

*« Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du président du directoire, ou les attributions de ce conseil ou du président du directoire, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du président du directoire. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 sus mentionnée, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins. Le directeur général de l'agence peut en outre décider la suspension du directoire. Les administra-*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6143-4.</i> – 1° Les délibérations autres que celles prévues aux 1° et 3° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>	<p>« <i>Art. L. 6143-4.</i> – 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 <u>dans les conditions fixées au présent article</u> :</p>	<p><i>teurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent.</i></p>
<p>Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation défère au tribunal administratif les délibérations 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. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée.</p>	<p>« 1° Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 6° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent, soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas. Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;</p>	<p>« <i>Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. À défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.</i> »</p>
<p>2° Les délibérations portant sur les matières mentionnées au 1° de l'article L. 6143-1, à l'exclusion du contrat pluriannuel, et au 3° du même article, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, sont réputées approuvées si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par voie réglementaire.</p>	<p>« 2° Les décisions du président du directoire mentionnées aux 1° à 9° et 11° à 14° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article.</p>	<p><b>Amendement n° 335</b> « <i>Art. L. 6143-4.</i> – Les délibérations ...</p>
	<p>« 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 rap-</p>	<p>... exécutoires <i>sous réserve des conditions suivantes</i> :</p> <p><b>Amendement n° 336</b> « 1° Non modifié</p>
		<p>« 2° Alinéa sans modification</p>
		<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>« L'état ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</b></p>	<p>port préliminaire et des annexes, ainsi que le plan global de financement pluri-annuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés décret.</p>	<p>... déterminés <i>par</i> décret <b>Amendement n° 337</b> Alinéa sans modification</p>
	<p>« Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application de l'alinéa précédent. Il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l'agence régionale de santé prises en application des articles L. 6145-1, L. 6145-2, L. 6145-3, L. 6145-4 et L. 6145-5.</p>	<p>« Le directeur ...</p>
	<p>« Le directeur général de l'agence régionale de santé défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article L. 6143-7, qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les <b>illégalités</b> invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. »</p>	<p>... précision sur les <i>motifs d'illégalité</i> invoqués.</p>
	<p>Article 7</p>	<p>Article 7</p>
	<p>I. – La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée :</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>
	<p>1° À l'article 3, les trois premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>1° À l'article 3 <i>de la présente loi</i>, les trois...</p>
<p><i>Art. 3.</i> – Ne sont pas soumis à la règle énoncée à l'article 3 du titre Ier du statut général les emplois supérieurs suivants</p>	<p>« Des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées, par dérogation à la règle énoncée à l'article 3 du titre I<sup>er</sup> du statut général, sur les emplois de directeur des</p>	<p><b>Amendement n° 339</b> Alinéa sans modification</p>
<p>1° Directeur général et secrétaire</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
général de l'administration générale de l'assistance publique à Paris ;	établissements mentionnés à l'article 2. » ;	
2° Directeur général de l'assistance publique de Marseille, directeur général des hospices civils de Lyon et directeur général des centres hospitaliers régionaux de Toulouse, Bordeaux, Nancy, Montpellier, Lille, Strasbourg.		
<i>Art. 4.</i> –	2° Au sixième alinéa de l'article 4, après les mots : « les corps et emplois des personnels de direction » sont insérés les mots : « et des directeurs des soins » et il est ajouté à la fin de l'alinéa une phrase ainsi rédigée : « Le directeur général du Centre national de gestion est l'autorité investie du pouvoir de nomination des agents nommés dans ces corps et emplois sous réserve des dispositions de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique. » ;	2° Non modifié
Toutefois, <u>les corps et emplois des personnels de direction</u> sont recrutés et gérés au niveau national. Leur gestion peut être déconcentrée		
	3° Après l'article 9-1, il est ajouté un article 9-2 ainsi rédigé :	3° Non modifié
	« <i>Art. 9-2.</i> – Sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé intéressé, les fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2, à l'exception de ceux placés sous administration provisoire dans les conditions fixées à l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, peuvent être détachés sur un contrat de droit public pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;	
<i>Art. 50-1.</i> – Les personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers pour une durée maximale de deux ans. Ils sont alors rémunérés par cet établissement qui exerce à leur égard toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination.	4° À l'article 50-1, après les mots : « les personnels de direction » sont insérés les mots : « et les directeurs des soins » ;	4° Non modifié
	5° Après l'article 65-1, il est inséré un article 65-2 ainsi rédigé :	5° Alinéa sans modification
	« <i>Art. 65-2.</i> – Par dérogation aux dispositions de l'article 65, l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° à 3° et 7° de	« Art. 65-2. – Par dérogation ...

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. 89.</i> – Les personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 ci-dessus peuvent, sur leur demande, bénéficier d'un congé spécial d'une durée maximale de cinq ans.</p>	<p>l'article 2 et la détermination de la part variable de leur rémunération <u>est assurée</u> :</p>	<p>... rémunération <i>sont assurées</i> :</p>
<p>Pendant ce congé, la rémunération des intéressés <u>demeure à la charge de l'établissement concerné</u>.</p>	<p>« – par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements ;</p>	<p><b>Amendement 340</b></p>
<p>A l'expiration de ce congé, le fonctionnaire est admis d'office à la retraite.</p>	<p>« – par le directeur d'établissement pour les directeurs adjoints ;</p>	<p>« – par le directeur ...</p>
<p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>« – par le directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire pour les directeurs des autres établissements de santé membres. » ;</p>	<p>... d'établissements <i>après avis du président du conseil de surveillance</i></p>
<p><i>Art. 116.</i> – Tout établissement mentionné à l'article 2 verse à l'établissement public national chargé de la gestion <u>des personnels de direction</u> de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers une contribution. L'assiette de la contribution de chaque établissement est constituée de la masse salariale des personnels employés par l'établissement <u>au 31 décembre de l'année précédente</u>. Le taux de la contribution est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %. En vue de la fixation du montant de la contribution, chaque établissement fait parvenir à l'administration une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels. La contribution est recouvrée par l'établissement public national.</p>	<p>6° À l'article 89, les mots : « demeure à la charge de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « est assurée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, par le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 » ;</p>	<p><b>Amendement 341</b> ; Alinéa sans modification</p>
	<p>7° L'article 116 est ainsi modifié :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>a) Au premier alinéa :</p>	<p>6° Non modifié</p>
	<p>- après les mots : « des personnels de direction » sont insérés les mots : » et des directeurs des soins » ;</p>	<p>7° Alinéa sans modification</p>
	<p>- les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « à la date de clôture du pénultième exercice » ;</p>	<p>a) Non modifié</p>
	<p>b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>b) Alinéa sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

Les ressources de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers comprennent également des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'Etat ainsi qu'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

**Code de l'action sociale et des familles**

*Art. L. 315-17* – Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il nomme le personnel, à l'exception des personnels titulaires des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles, et exerce son autorité sur l'ensemble de celui-ci.

**Code de la santé publique**

*Art. L.6152-1.* – Le personnel des établissements publics de santé comprend, outre les agents relevant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation :

1° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consa-

**Texte du projet de loi**

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

II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « Il nomme le personnel », sont ajoutés les mots : « notamment dans les emplois de directeurs adjoints et, le cas échéant, de directeurs des soins ».

**Propositions de la Commission**

Alinéa sans modification

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

**Amendement n° 342**

*Article additionnel*

**Dispositions en vigueur**

crent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire ;

2° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

3° Des praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie.

**Code de la santé publique**

*Art. L. 6154-5* – Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Une commission nationale de l'activité libérale siège auprès du ministre chargé de la santé.

Les attributions, la composition et les conditions de fonctionnement de ces commissions sont fixées par voie réglementaire.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« I. – L'article L.6152-1 du code de la santé publique est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :*

*« Les émoluments des praticiens à temps partiel sont calculés au prorata du temps passé à l'hôpital*

*« La prime d'exercice exclusif sera acquise aux praticiens à temps partiel au prorata de leur activité*

*« Le calcul de la retraite complémentaire des praticiens à temps partiel est calculé sur la totalité de leurs émoluments.*

*« La formation continue des praticiens à temps partiel est de neuf jours. »*

*II. – La dépense pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575A du code général des impôts.*

**Amendement n° 343**

*Article additionnel*

*« L'alinéa 3 de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*« Après les mots : « les conditions de fonctionnement », sont insérés les mots : « et la composition de ces commissions au sein desquelles doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. »*

**Amendement n° 344**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	Article 8	Article 8
<b>Code de la santé publique</b>	I. – L'article L. 6146-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :	I. – Alinéa sans modification
<i>Art. L. 6146-1.</i> – Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.our l'accomplissement de leurs	« <i>Art. L. 6146-1.</i> – Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.	« <i>Art. L. 6146-1.</i> – Alinéa sans modification
Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.	« 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.	Alinéa sans modification
Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.	« Les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, après avis <u>du président de la commission médicale d'établissement</u> pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une durée fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.	« Les chefs... ... après avis <i>conforme de la commission médicale d'établissement transmis au directeur par son président</i> pour ...  ... conditions. <b>Amendement n°120</b>
Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité.	« Dans les centres hospitaliers ayant passé convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôle sont nommés après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.	« Dans les centres ...
Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche.	« Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2°et 3° de l'article L. 6152-1. « Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle.	...formation <i>médicale</i> et de recherche... <b>Amendement n°345</b>
		Alinéa sans modification  Alinéa sans modification  <i>Les pôles d'activité, lorsqu'ils</i>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6146-2</i> – Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont les attributions et la composition sont fixées par voie réglementaire. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce conseil sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement.</p>	<p>« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle. <u>Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au chef d'établissement.</u> »</p> <p>II. – L'article L. 6146-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 6146-2.</i> – Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le président du directoire d'un établissement public de santé peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de cet établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé <u>sont à la charge de l'établissement public de santé.</u> Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.</p>	<p><i>sont nécessaires, sont constitués par une association de services, dirigés par des chefs de services</i></p> <p><b>Amendement n°123</b></p>
		<p><i>Dans l'exercice de ses fonctions, il est assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur et, dès lors que le pôle dont il a la responsabilité comporte une unité obstétricale, par une sage-femme occupant des fonctions d'encadrement</i></p> <p><b>Amendement n° 346</b></p>
		<p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6146-2.</i> – Dans ...</p>
		<p>... de santé, <i>qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte pour les professionnels libéraux intervenant en hospitalisation à domicile.</i> Par exception ...</p>
		<p>... d'une redevance.</p> <p><b>Amendement n°347</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6146-3</i> – Peuvent exercer les fonctions de responsable d’un pôle d’activité clinique ou médico-technique les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d’habilitation à diriger un pôle.</p>	<p>« Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l’établissement dans le cadre d’un contrat conclu avec l’établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l’article L. 6112-3. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l’agence régionale de santé. »</p>	Alinéa sans modification
<p>Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d’établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est prise conjointement avec le directeur de l’unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l’enseignement médical. En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d’administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.</p>	<p>III. – Les articles L. 6146-3 à L. 6146-7 et L. 6146-10 du même code sont abrogés. Le second alinéa de l’article L. 6112-7 du même code est supprimé.</p>	III. – Non modifié
<p>Le conseil d’administration définit la durée du mandat des responsables de pôle clinique et médico-technique et des responsables de leurs structures internes, ainsi que les conditions de renouvellement de leur mandat, dans des limites et selon des modalités fixées par décret.</p>		
<p>Les conditions d’inscription sur la liste nationale d’habilitation à diriger un pôle sont fixées par voie réglementaire.</p>		
<p>Les responsables des autres pôles d’activité, choisis parmi les cadres de l’établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur.</p>		
<p><i>Art. L. 6146-4</i> – Peuvent exercer la fonction de chef de service les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d’habilitation à diriger les services mentionnés au troisième alinéa de l’article L. 6146-1. Les conditions de nomination sur la liste nationale d’habilitation à diriger un service sont fixées par voie ré-</p>		

**Dispositions en vigueur**

---

glementaire. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du conseil restreint de gestion de l'unité de formation et de recherche.

Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

*Art. L. 6146-5* – Les praticiens titulaires responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services sont nommés par les responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

*Art. L. 6146-5-1* – Les praticiens mentionnés aux articles L. 6146-4 et L. 6146-5 assurent la mise en oeuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

*Art. L. 6146-6* – Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en oeuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif.

Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en oeuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

---

et au président de la commission médicale d'établissement, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins. Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle.

*Art. L. 6146-7* – Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent, dans les conditions prévues à l'article L. 6146-6, à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique.

*Art. L. 6146-10* – Dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier édictées au chapitre II du titre Ier du présent livre, et dans les conditions et sous les garanties fixées par voie réglementaire, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 6122-1, la création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. L'autorisation est accordée pour une durée déterminée. Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect par l'établissement de la réglementation applicable à ces structures.

Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dis-

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>pose pour ladite discipline ou spécialité.</p> <p><i>Art. L. 6112-7</i> – Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier organisent la délivrance de soins palliatifs, en leur sein ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l’hospitalisation. Le projet d’établissement arrête une organisation compatible avec les objectifs fixés dans les conditions des articles L. 6121-3 et L. 6121-4.</p> <p>Lorsqu’un de ces établissements dispose d’une structure de soins alternative à l’hospitalisation pratiquant les soins palliatifs en hospitalisation à domicile, celle-ci peut faire appel à des professionnels de santé exerçant à titre libéral avec lesquels l’établissement conclut un contrat qui précise notamment les conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l’acte.</p> <p><i>Art. L. 6113-7</i> – Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l’analyse de leur activité.</p> <p>Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en oeuvre des systèmes d’information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d’améliorer la connaissance et l’évaluation de l’activité et des coûts et de favoriser l’optimisation de l’offre de soins.</p> <p>Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l’analyse de l’activité au médecin responsable de l’information médicale pour l’établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l’ordre des médecins.</p> <p>Le praticien responsable de l’information médicale est un médecin désigné par le conseil d’administration ou l’organe délibérant de l’établissement,</p>	<p>IV. – L’article L. 6113-7 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Au troisième alinéa après les mots : « à l’analyse de l’activité » sont insérés les mots : « et à la facturation de celle-ci, » ;</p> <p>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. » ;</p> <p>3° Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>IV. – Non modifié</p>

**Dispositions en vigueur**

s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret.

*Art. L. 4321-3.* – Le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme sont fixés par décret.

Des modalités particulières sont prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des conditions équivalentes à celles des voyants. Des modalités particulières pour la délivrance du diplôme - comportant notamment la faculté de se présenter aux épreuves un nombre de fois plus élevé que les autres candidats - sont également instituées au profit des grands infirmes titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale.

**Texte du projet de loi**

« Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi n° 61-825 du 25 juillet 1961 de finances rectificative pour 1961. »

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel*

*V. – Il est rétabli un article L. 6161-5 du code de la santé publique ainsi rédigé :*

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

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

**Amendement n° 348**

*Article additionnel*

*L'article L. 4321-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les étudiants en masso-kinésithérapie peuvent percevoir une allocation d'études en contrepartie d'un engagement de servir de trois ans dans le service public hospitalier de la région dans laquelle ils sont formés. Les moda-*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Art. L. 6154-5* – Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Une commission nationale de l'activité libérale siège auprès du ministre chargé de la santé.

Les attributions, la composition et les conditions de fonctionnement de ces commissions sont fixées par voie réglementaire.

.....

*Art. L. 6145-16.* – Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'éta-

*lités de mise en œuvre de ces dispositions sont fixées par voie réglementaire. »*

**Amendement n° 349**

*Article additionnel*

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

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

**Amendement n° 350**

*Article additionnel*

*Le troisième alinéa de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

*« Les attributions, la composition et les conditions de fonctionnement de ces commissions, au sein desquelles doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du présent code, sont fixées par voie réglementaire. »*

**Amendement n° 351**

Article 9

Article 9

I. – L'article L. 6145-16 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

I – Non modifié

**Dispositions en vigueur**

blissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

*Art. L. 6113-10* – La modernisation du système d'information est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé, ainsi qu'à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions des articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche. La convention constitutive du

**Texte du projet de loi**

II. – Les dispositions de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique issues de la présente loi s'appliquent au plus tard, pour la première fois, aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

**Propositions de la Commission**

II. – Les dispositions ...

... tard, aux comptes ...

... loi.

**Amendement n° 352.**

*Article additionnel*

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

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

*« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderni-*



## Dispositions en vigueur

groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce groupement est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre les établissements de santé publics et privés.

Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration.

Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds qui contribuent à la couverture des charges du groupement. Les prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, d'aucun droit de timbre ou d'enregistrement.

Le financement du groupement peut être également assuré par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*ser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux.*

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

*« 1° Le directeur général du groupement est nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;*

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

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

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

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

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

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

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

*II. – « Les droits et obligations*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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

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

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

**Amendement n° 353**

Article 10

Article 10

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

I – Non modifié

*Art. L. 6152-1* – Le personnel des établissements publics de santé comprend, outre les agents relevant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation :

1° Des médecins, des odontolo-

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>gistes et des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire ;</p>	1° Le 3° devient le 4° ;	<i>Alinéa supprimé</i>
<p>2° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire.</p>	<p>2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé : « 3° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ; ».</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
<p>3° Des praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie.</p>	<p>II. – Il est rétabli un article L. 6152-3 au même code ainsi rédigé :</p>	<i>Alinéa supprimé</i> <b>Amendement n° 125</b>
	<p>« Art. L. 6152-3. – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3°.</p>	Alinéa sans modification
	<p>« La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.</p>	Alinéa sans modification
	<p>« Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 est fixé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.</p>	
	<p>« Le centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière assure une mission de conseil et le suivi de la gestion de ces personnels. »</p>	
	<p>III. – L'article L. 6152-4 du même code est remplacé par les disposi-</p>	III. – Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6152-4.</i> – Les dispositions des 1° et 2° de l'article L. 6152-1 ne sont pas applicables aux praticiens des hôpitaux locaux, mentionnés à l'article L. 6141-2, qui assurent les soins définis au a du 1° de l'article L. 6111-2 ; les conditions dans lesquelles ces dispositions peuvent être applicables aux praticiens des hôpitaux locaux assurant les soins définis au b du 1° et au 2° de l'article L. 6111-2 sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>tions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 6152-4.</i> – Sont applicables aux personnels mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 :</p>	<p>« <i>Art. L. 6152-4.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>Toutefois, lorsque les médecins libéraux sont en nombre insuffisant pour assurer les soins définis au a du 1° de l'article L. 6111-2, l'hôpital local peut recruter des praticiens mentionnés aux 1° ou 2° de l'article L. 6152-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire.</p>	<p>« 1° Les dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;</p>	<p>« 1° Non modifié</p>
	<p>« 2° Les dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article 46-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;</p>	<p>« 2° Non modifié</p>
	<p>« 3° Les dispositions de l'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;</p>	<p>« 3° Non modifié</p>
	<p>« 4° Les dispositions des articles L. 413-1 à <u>L. 413-15</u> du code de la recherche. »</p>	<p>« 4° Les dispositions ... ...L. 413-1 à <i>L. 413-16</i> du code de la recherche <b>Amendement n°354</b></p>
<p><b>Code de la recherche</b></p>		
<p><i>Art. L. 112-2.</i> – La recherche publique est organisée dans les services publics, notamment les établissements publics d'enseignement supérieur <u>et les établissements publics de recherche</u>, et dans les entreprises publiques.</p>	<p>IV. – À l'article L. 112-2 du code de la recherche, les mots : « et les établissements publics de recherche » sont remplacés par les mots : « , les établissements publics de recherche et les établissements de santé ».</p>	<p>IV – Non modifié</p>
<p><b>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</b></p>		
<p><i>Art. 2.</i> – Les dispositions du présent titre s'appliquent aux personnes qui, régies par les dispositions du titre</p>	<p>V. – Le dernier alinéa de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires re-</p>	<p>V – Non modifié</p>

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p>premier du statut général, ont été nommées dans un emploi permanent à temps complet ou à temps non complet dont la quotité de travail est au moins égale au mi-temps, et titularisées dans un grade de la hiérarchie des établissements ci-après énumérés :</p>	<p>latives à la fonction publique hospitalière est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>..... Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes mentionnés aux 2° et 3° ainsi qu'à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 714-27 du code de la santé publique.</p>	<p>« Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. »</p>	
<p><b>Code de l'éducation</b></p>		
<p><i>Art. L. 952-23</i> – Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les modalités d'application de la présente section, et notamment le statut et les conditions de rémunération du personnel médical et scientifique enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires.</p>	<p>VI. – À l'article L. 952-23 du code de l'éducation, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Le régime indemnitaire applicable à ces personnels est fixé par décret. »</p>	<p>VI – Non modifié</p>
<p><b>Code de la santé publique</b></p>		
<p><i>Art L. 4111-2</i> – I. - Le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.</p>	<p>VII. – Le I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>VII. – Alinéa sans modification</p>
<p>Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves pour chaque profession et pour chaque discipline ou spécialité est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé en tenant compte, notamment, de l'évolution des nombres d'étudiants détermi-</p>	<p>1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :</p> <p>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 justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Ces personnes ...</p> <p>...française, <i>considérant que les personnes ayant obtenu un Diplôme Inter-universitaire de Spécialisation, totalisant 3 ans de fonction au delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait à ces épreuves.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>nés conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation.</p>	<p>b) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française. » ;</p>	<p><b>Amendement n° 355</b> b) Non modifié</p>
<p>Nul ne peut être candidat plus de <u>deux</u> fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice.</p>	<p>2° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;</p>	<p>2° Non modifié</p>
	<p>3° Il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>3° Non modifié</p>
	<p>« 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.</p>	
	<p>« Les lauréats, candidats à la profession de sage-femme, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé participant au service public. Les sages-femmes sont recrutées conformément aux dispositions du 4° de l'article L. 6152-1 du présent code dans des conditions fixées par voie réglementaire. »</p>	
	<p>VIII. – L'article L. 4221-12 du même code est ainsi modifié :</p>	<p>VIII. – Non modifié</p>
	<p>1° Au deuxième alinéa, la première phrase est remplacée par les dispositions suivantes :</p>	
<p><i>Art. L. 4221-12</i> – Le ministre chargé de la santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de pharmacien dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.</p>	<p>« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. » et la deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française. » ;</p>	
<p>Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Nul ne peut être candidat plus de <u>deux</u> fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice.</p>	<p>2° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».</p>	
<p><i>Art. L. 6145-6.</i> – Les baux conclus en application de l'article L. 6148-2, les marchés et les contrats de partenariat des établissements publics de santé sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat. Celui-ci défère au tribunal administratif, dans les deux mois suivant cette réception, les décisions qu'il estime illégales. Il informe sans délai le président du conseil d'administration et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de suspension. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît en l'état de l'instruction, propre à créer un doute sérieux quant à la légalité de l'acte attaqué.</p> <p>Toutefois, les marchés passés selon la procédure adaptée sont dispensés de l'obligation de transmission au représentant de l'Etat prévue au premier alinéa. Ces marchés sont exécutoires dès leur conclusion.</p>	<p>Article 11</p> <p>I. – L'article L. 6145-6 du code de la santé publique est abrogé.</p> <p>II. – L'article L. 6148-6 du code de la santé publique est ainsi rétabli :</p> <p>« <i>Art. L. 6148-6.</i> – 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. »</p>	<p>Article 11</p> <p>Sans modification</p> <p><i>Article additionnel</i></p>
<p><i>Art. L. 6141-7.</i> – Les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier, défini par le présent titre et précisé par voie réglementaire.</p> <p>Les dispositions du code des marchés publics relatives à la passation des marchés sont adaptées, par voie réglementaire, aux conditions particulières de leur gestion.</p>		<p><i>L'article L. 6141-7 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Pour leurs passations de marchés, les centres hospitaliers universitaires, les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopération sanitaire de droit public sont soumis aux dispositions relatives aux pouvoirs adjudicateurs instituées par</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>SIXIÈME PARTIE <b>Établissements et services de santé</b> LIVRE I<sup>er</sup> <b>Établissements de santé</b> TITRE III <b>Coopération</b> CHAPITRE II <b>Syndicats interhospitaliers.</b></p> <p><i>Art. L. 6132-1.</i> – Un syndicat interhospitalier peut exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d’entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :</p>	<p>Article 12</p> <p>I. – Au titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique, le chapitre II est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« CHAPITRE II <b>« Communautés hospitalières de territoire</b></p> <p>« <i>Art. L. 6132-1.</i> – Des établissements publics de santé peuvent constituer une communauté hospitalière de territoire. Cette communauté hospitalière a pour objectifs de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements membres. Un établissement public de santé ne peut adhérer à plus d’une communauté hospitalière de territoire.</p>	<p><i>l’ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics. »</i></p> <p><b>Amendement n° 356</b></p> <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Il est inséré un article L. 6145-18 au code de la santé publique ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. 6145-18. – Lorsque l’établissement financé à l’activité dégage un excédent au compte de résultat de l’activité principale, le directeur peut répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l’établissement, après avis du Directoire, du Comité technique d’établissement et de la commission médicale d’établissement. Le montant global des primes d’intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant annuel brut du salaire de chaque agent.</i></p> <p><b>Amendement n° 357</b></p> <p>Article 12</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6132-1.</i> – Des établissements ...</p> <p>...territoire. <i>Un établissement public de santé ne peut adhérer à plus</i></p>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>1° La création et la gestion de services communs ;</p> <p>2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;</p> <p>3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;</p> <p>4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement des travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;</p> <p>5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par ces établissements ;</p> <p>6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.</p> <p>Les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie.</p> <p>Les conseils d'administration d'établissements publics de santé membres d'un syndicat interhospitalier peuvent décider de lui transférer, en même temps que les activités entrant dans ses missions, les emplois occupés par des agents régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires et afférents à ces activités. Dans ce cas, le syndicat devient employeur des agents susmentionnés qui assuraient jusque-là les activités considérées dans lesdits établissements.</p> <p><i>Art. L. 6132-2. – Le syndicat interhospitalier est un établissement public. Il peut être autorisé, lors de sa création ou par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à exercer les missions d'un établissement de santé définies par le chapitre 1er du</i></p>	<p>« Cette communauté comprend un établissement public de santé qui en est le siège.</p> <p>« <i>Art. L. 6132-2. – Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes, après avis des représentants de l'État dans les régions concernées, approuvent, soit à l'initiative des établissements publics de santé, soit dans les conditions prévues</i></p>	<p><i>d'une communauté hospitalière de territoire, sauf dérogation accordée par le directeur de l'agence régionale de santé.</i></p> <p><b>Amendement n° 358</b> <i>En tant que de besoin, un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics peuvent adhérer à une communauté hospitalière de territoire.</i></p> <p><b>Amendement n° 359</b> Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6132-2. – Non modifié</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
titre 1er du présent livre.	aux articles L. 6131-1 à L. 6131-3, la convention constitutive mentionnée à l'article L. 6132-3. Cette approbation entraîne constitution de la communauté hospitalière de territoire et désignation de l'établissement siège.	
<p>Sa création est autorisée par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du siège du syndicat, à la demande de deux ou plusieurs établissements publics de santé ou privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier et dont un au moins doit être un établissement public de santé. D'autres organismes concourant aux soins ainsi que les institutions sociales énumérées aux articles L. 312-1, L. 312-10 et L. 312-14 du code de l'action sociale et des familles et les maisons d'accueil spécialisé mentionnées aux articles L. 344-1 et L. 344-7 du code de l'action sociale et des familles, peuvent faire partie d'un syndicat interhospitalier à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>		
<p><i>Art. L. 6132-3.</i> – Sous réserve des dispositions des articles L. 6132-1, L. 6132-2 et L. 6132-7, sont applicables au syndicat interhospitalier les chapitres III, IV, V et VIII du titre IV du présent livre.</p>	<p>« <i>Art. L. 6132-3.</i> – La convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire fixe la répartition des droits et obligations des établissements membres. Elle est conclue par les directeurs des établissements membres après avis de leurs conseils de surveillance. Elle désigne l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire et précise <u>notamment</u> :</p>	<p>« <i>Art. L. 6132-3.</i> – La convention... .... et précise :</p>
<p>Les dispositions du chapitre IV du titre V du présent livre sont applicables aux syndicats interhospitaliers autorisés à exercer les missions d'un établissement de santé.</p>	<p>« 1° Le projet médical commun et les compétences ou activités, déléguées ou transférées entre les établissements membres de la communauté ;</p>	<p><b>Amendement n°360</b> « 1° Non modifié</p>
<p>Pour l'application du 5° de l'article L. 6143-1 et de l'article L. 6145-16, les syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé organisent leurs activités en structures permettant la conclusion de contrats internes.</p>	<p>« 2° La composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements membres ; cette composition est fixée selon des modalités déterminées à l'article L. 6132-4 ;</p>	<p>« 2° Non modifié</p>
<p>Un décret fixe les conditions de l'application de l'article L. 6144-2 au syndicat.</p>	<p>« 3° Les modalités de mise en œuvre des dispositions relatives à la cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen, des projets médicaux, des projets d'établissement, des</p>	<p>« 3° Les modalités ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6132-4.</i> – Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat.</p>	<p>plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement prévues aux articles L. 6132-5 à L. 6132-8 ;</p>	<p>...L. 6132-5 à L. 6132-7 ; <b>Amendement n° 361</b> « 4° Non modifié</p>
<p>Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.</p>	<p>« 4° Les modalités de coopération entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion ainsi que les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;</p>	<p>« 5° Non modifié</p>
<p>Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.</p>	<p>« 5° Les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire au bénéfice des autres établissements en contrepartie des missions assurées par ceux-ci pour leur compte. À défaut d'accord entre les établissements, le montant de ces frais est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé compétente à l'égard de l'établissement siège.</p>	<p>« <i>Art. L. 6132-4.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.</p>	<p>« <i>Art. L. 6132-4.</i> – Par exception à l'article L. 6143-5, le conseil de surveillance de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des conseils de surveillance des établissements membres. Le nombre de membres de chaque catégorie est au maximum égal au nombre mentionné à l'article L. 6143-5.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.</p>	<p>« Par exception à l'article L. 6143-7-4, le directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire est composé de membres des directoires des établissements membres.</p>	<p>« Par exception ...</p>
<p>Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.</p>	<p>« Par exception aux dispositions de l'article L. 6144-1, la commission médicale d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des <u>communautés</u> médicales d'établissement des établissements membres.</p>	<p>... des <i>commissions</i> médicales...</p>
<p>Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.</p>	<p>« Les établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire peuvent créer des instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.</p>	<p>...membres. <b>Amendement n°362.</b> Alinéa sans modification</p>
<p>Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.</p>	<p>« <i>Art. L. 6132-5.</i> – Nonobstant les dispositions des articles L. 6143-1 et</p>	<p>« <i>Art. L. 6132-5.</i> – Nonobstant...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>portent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un syndicat inter-hospitalier.</p>	<p>L. 6143-2, les projets d'établissement des établissements membres sont rendus compatibles avec le projet d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dans un délai de six mois.</p>	<p>... mois, à compter de la publication de l'arrêté créant la communauté hospitalière de territoire.</p> <p><b>Amendement n°363</b></p>
<p>Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.</p>	<p>« Art. L. 6132-6. – <u>Nonobstant les dispositions de l'article L. 6143-8,</u> les projets médicaux des établissements membres déclinent, chacun pour ce qui le concerne, le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire mentionné à l'article L. 6132-3.</p>	<p>« Art. L. 6132-6. – Les projets ...</p>
<p>L'autorisation est accordée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, sur avis conforme du conseil d'administration du syndicat intéressé.</p>	<p>« Art. L. 6132-7. – Nonobstant les dispositions de l'article L. 6143-7, après avis du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, le président du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire définit les orientations du programme d'investissement et de financement commun.</p>	<p>...L. 6132-3.</p> <p><b>Amendement n°364</b></p>
<p>Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>	<p>« Les programmes d'investissement des établissements membres et leurs plans globaux de financement pluriannuels mentionnés au 4° et au 5° de l'article L. 6143-7 sont rendus compatibles avec les orientations mentionnées au premier alinéa du présent article dans un délai de six mois.</p>	<p>« Art. L. 6132-7. – Alinéa sans modification</p> <p>« Les programmes ...</p>
<p>Le conseil d'administration du syndicat est composé de représentant de chacun des établissements qui font partie de ce syndicat, compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges. Il élit son président parmi ces représentants. Le président de la commission médicale d'établissement de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat sont membres de droit du conseil d'administration. Le</p>		<p>...mois, à compter de la publication de l'arrêté créant la communauté hospitalière de territoire.</p> <p><b>Amendement n°365</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.</p>		
<p>La représentation des personnels médicaux et des personnels non médicaux employés par le syndicat est assurée au sein de son conseil d'administration. Cette représentation ne peut être, en pourcentage, supérieure à celle dont ces personnels bénéficient dans l'établissement adhérant au syndicat où ils sont le mieux représentés.</p>	<p>« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire contient des orientations relatives aux complémentarités d'offre de soin des établissements membres et à leurs évolutions. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements membres sont rendus compatibles avec celui de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dans un délai de six mois.</p>	<p>« Le contrat...</p>
<p>Le conseil d'administration peut déléguer à un bureau élu en son sein certaines de ses attributions. Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1° à 3°, 5° à 8°, 10° et 12° de l'article L. 6143-1 ni sur les attributions mentionnées à l'article L. 6143-3. Lors de chaque réunion du conseil d'administration, le bureau et le président rendent compte de leurs activités.</p>	<p>« Le président du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire présente dans des conditions et selon des modalités déterminées par voie réglementaire, les comptes agrégés de l'établissement siège de la communauté et de ses établissements membres et les transmet au directeur général de l'agence régionale de santé compétent pour l'établissement siège.</p>	<p>... mois, à compter de la publication de l'arrêté créant la communauté hospitalière de territoire. <b>Amendement n°366</b> « Le président...</p>
<p>La composition du bureau et le mode de désignation de ses membres sont fixés par décret.</p>	<p>« Art. L. 6132-8. – La communauté hospitalière de territoire peut constituer une seule commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge pour l'ensemble des établissements membres.</p>	<p>...et de ses autres établissements ...</p>
<p>Art. L. 6132-8. – Sauf dispositions contraires, des mesures réglementaires prises par décret en Conseil d'Etat, déterminent en tant que de besoin les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.</p>	<p>« Art. L. 6132-9. – Après avis des conseils de surveillance des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire, le directeur de l'établissement siège peut décider des transferts ou, le cas échéant, la suppression, de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipement matériel lourd entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire. Les transferts d'autorisation font l'objet de la confirmation d'autorisation prévue à l'article L. 6122-3. La confirmation est, dans ce cas, délivrée par <u>le directeur général de l'agence régionale de santé</u> selon une procédure simplifiée fixée par</p>	<p>...siège. <b>Amendement n°367</b></p> <p><b>Alinéa supprimé</b> <b>Amendement n°368</b></p> <p>« Art. L. 6132-9. – Après avis...</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

voie réglementaire.

« Lorsque de tels transferts ont lieu, l'établissement initialement titulaire de la compétence ou de l'autorisation transfère, après information de son comité technique d'établissement, les emplois afférents. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusque-là les activités considérées et assure la responsabilité afférente aux autorisations.

« Le directeur d'un établissement membre de la communauté peut, après avis de son directoire, décider du transfert de la propriété de biens meubles et immeubles au profit d'autres établissements membres de la communauté ou au profit de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire.

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

« 1° Un établissement public de santé membre d'une communauté hospitalière de territoire, qui transfère une activité de soins à un autre établissement membre de la même communauté, peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, conformément à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 2° Il peut être procédé à un échange de biens et immeubles relevant du domaine public entre deux établissements publics de santé membres d'une même communauté hospitalière de territoire. Cet échange correspond à un transfert réciproque d'activités de soins conformément à l'article L. 3112-2 du même code.

« La cession ou l'échange mentionnés aux deux alinéas précédents, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraire. Le directeur général de l'agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de leur publication au bureau des hypothèques par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

... réglementaire.

**Amendement n°369**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Art. L. 6132-10.* – Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Il peut ...  
...biens *meubles* et immeubles...

...code.

**Amendement n°370**

« La cession ...

...honoraires. *Le ou les directeurs généraux des agences régionales concernées authentifient les transferts ...*

...modalités.

**Amendement n°371**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

« Art. L. 6132-11. – La constitution d'une communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaire à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé membres d'une même communauté hospitalière de territoire.

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

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

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

« Art. L. 6132-12. – Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.

« Art. L. 6132-13. – La dissolution d'une communauté hospitalière de territoire est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis des conseils de surveillance des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire et du représentant de l'État dans la région, soit sur proposition du président du directoire de l'établissement siège de la communauté, soit à l'initiative du directeur général de l'agence régionale de santé.

« En cas de dissolution de la communauté hospitalière de territoire, la

« Art. L. 6132-11. – Non modifié

« Art. L. 6132-12. – Non modifié

« Art. L. 6132-13. – Alinéa sans modification

« En cas ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

décision du directeur de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer lesdites activités et les agents les occupant, ainsi que des biens meubles et immeubles de leur domaine public et privé.

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

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

« La représentation des personnels mise en place au lieu du siège de chaque établissement public de santé ayant signé la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire s'effectue dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

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

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

**Amendement n°372**

« Art. L. 6132-14. – La convention ...

... membres de la communauté ...

... intégrée.

**Amendement n°373**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Art. L. 6132-15. – Non modifié

II. – 1° Au titre troisième de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Art. L. 6130-1. – La coopération entre établissements de santé constitue une priorité de la politique nationale d'organisation des soins. A cette fin, jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité so-



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la Sécurité sociale**

*Art. L. 162-22-23* – Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

**Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001**

*Art. 40* – I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établisse-

*mentaux sont prioritairement affectés à l'appui aux établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment sous forme de communautés hospitalières de territoire ou de groupement de coopération sanitaire. L'agence régionale de santé vérifie que les projets correspondant aux communautés hospitalières de territoire ont bénéficié d'un financement majoré de 15 %.* »

2° *L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*Au premier alinéa, après les mots : « politique sanitaire », sont insérés les mots : « , notamment la création de communautés hospitalières de territoire »*

3° *L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 est ainsi modifié :*

**Dispositions en vigueur**

ments de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

II.-Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

A ce titre, il participe au financement :

3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de repositionnement et de modernisation.

III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soins.

**Code de la santé publique**

*Art L. 6141-7* – Les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier, défini par le présent titre et précisé par voie réglementaire.

**Texte du projet de loi**

Article 13

I. – Le chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique relatif aux groupements de coopération sanitaires est remplacé par les dispositions suivantes :

**Propositions de la Commission**

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

b) *Au III, les mots : « ou de réorganisation de l'offre de soins » sont remplacés par les mots : «, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnés à l'article L. 6132-1 du même code ».*

**Amendement n°3 74**

*II. – À l'article L. 6141-7 du code de la santé publique, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé : « Un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics peuvent adhérer à une communauté hospitalière de territoire.*

**Amendement n°375**

Article 13

I. – Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III</p> <p style="text-align: center;"><b>Groupement de coopération sanitaire</b></p> <p><i>Art. L. 6133-1.</i> – Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut :</p> <p>1° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;</p> <p>2° Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 6122-1.</p> <p>Le groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux mentionnés à l'article L. 4111-1 sous réserve, pour les médecins libéraux ayant un contrat d'exercice avec un établissement de santé privé, du respect des engagements souscrits avec celui-ci. Un des membres au moins du groupement de coopération sanitaire doit être un établissement de santé.</p> <p>D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un groupement de coopération sanitaire à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p> <p>Les professionnels médicaux libéraux peuvent conclure avec un groupement de coopération sanitaire des accords définis à l'article L. 6161-10 en vue de leur association aux activités du groupement.</p> <p>Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">« CHAPITRE III</p> <p style="text-align: center;">« <b>Groupement de coopération sanitaire</b></p> <p><i>Art. L. 6133-1.</i> – Le groupement de coopération sanitaire a pour objet, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres.</p> <p>« À cet effet, il peut :</p> <p>« 1° Organiser, réaliser ou gérer, en son nom ou pour le compte de ses membres, des moyens ou des activités administratives, logistiques, <u>techniques</u>, de recherche ou d'enseignement ;</p> <p>« 2° Exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements matériels lourds au sens de l'article L. 6122-1.</p> <p>« À cet effet, l'autorisation lui est accordée dans les mêmes conditions que les établissements de santé autorisés en application des articles L. 6122-1 à L. 6122-21.</p> <p>« Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé ;</p> <p>« 3° Constituer un réseau de santé. Dans ce cas, il est composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">« CHAPITRE III</p> <p style="text-align: center;">« <b>Groupements de coopération sanitaire</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n°376</b></p> <p>« <i>Art. L. 6133-1.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Organiser...</p> <p>... logistiques, <i>médico-techniques</i>, de recherche ou d'enseignement :</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n°377</b></p> <p>« 2° Alinéa sans modification</p> <p>« À cet effet, ...</p> <p>... que <i>pour</i> les établissements ...</p> <p>...L. 6122-21.</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n°378</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 3° Non modifié</p>

**Dispositions en vigueur**

---

droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privés. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé. Il poursuit un but non lucratif.

Le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé. Toutefois il peut être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé définies par le chapitre Ier du titre Ier du présent livre. Par dérogation à l'article L. 6122-3, il peut également être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux.

Dans les deux cas, le groupement de coopération sanitaire est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé, selon des modalités particulières définies par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, lorsque l'activité exercée est une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie mentionnée au a du 1° de l'article L. 6111-2, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, les dispositions de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ne sont pas applicables au financement du groupement. Les dispositions de l'article L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux groupements de coopération sanitaire.

Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code et à toute autre disposition contraire du code du travail, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire. Cette rémunération est incluse dans le financement du groupement titulaire de l'autorisation.

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

Le groupement de coopération sanitaire peut participer au capital et aux modifications de capital des sociétés d'économie mixtes locales mentionnées à l'article L. 1522-6 du code général des collectivités territoriales.

*Art. L. 6133-2.* – Dans le cas prévu au 1° de l'article L. 6133-1, 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.

Les permanences de soins, consultations et 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 le budget de 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. L'établissement dont relève le patient 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.

**Texte du projet de loi**

*« Art. L. 6133-2.* – Le groupement de coopération sanitaire est constitué par convention constitutive passée entre ses membres, approuvée et publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il comprend au moins un établissement de santé.

« Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, ainsi que des centres de santé.

« D'autres professionnels de santé et d'autres organismes peuvent également adhérer au groupement à condition d'y être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

**Propositions de la Commission**

*« Art. L. 6133-2.* – Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6133-3.</i> – L'assemblée générale des membres du groupement est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement ; elle élit, en son sein, un administrateur qui est chargé de la mise en oeuvre de ses décisions.</p>	<p>« <i>Art. L. 6133-3.</i> – Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.</p>	<p>« <i>Art. L. 6133-3.</i> – Non modifié</p>
<p>La convention constitutive du groupement doit être approuvée et publiée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>	<p>« Un groupement de coopération sanitaire de droit public autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins est qualifié d'établissement public de santé.</p>	
<p>Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes par les participations de ses membres.</p>	<p>« Le groupement de coopération sanitaire poursuit un but non lucratif.</p>	
<p>Les conditions d'intervention des personnels sont précisées dans la convention constitutive.</p>	<p>« Le groupement de coopération sanitaire constitué sur le fondement du 1° de l'article L. 6133-1 peut, à titre subsidiaire et sans porter préjudice à la réalisation de son ou ses objets tels que définis dans la convention constitutive du groupement, être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions définies par voie réglementaire, à valoriser les activités de recherche et leurs résultats menées dans le cadre de ses attributions. Il peut déposer et exploiter des brevets ou des licences.</p>	
<p>Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.</p>		
<p><i>Art. L. 6133-4.</i> – Le groupement de coopération sanitaire peut constituer un réseau de santé. Dans ce cas, il est composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1.</p>	<p>« <i>Art. L. 6133-4.</i> – L'assemblée générale est composée des membres du groupement et élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en oeuvre de ses décisions. Elle est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement. Lorsque les membres le prévoient dans la convention constitutive, un comité de direction restreint est chargé d'exercer tout ou partie des missions de l'assemblée générale.</p>	<p>« <i>Art. L. 6133-4.</i> – L'assemblée générale du groupement de coopération sanitaire est composée ...</p>
	<p>« Par dérogation au premier alinéa, lorsque le groupement de coopéra-</p>	<p>...générale. <b>Amendement n°379</b> Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 6133-5.</i> – Pendant une durée maximale de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser des groupements de coopération sanitaire à conduire une expérimentation portant sur les modalités de rémunération des professionnels médicaux des établissements membres de ces groupements et des médecins libéraux pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements et sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation au titre des soins dis-</p>	<p>tion 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 :</p> <p>« 1° Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article L. 6143-7.</p> <p>« 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :</p> <p>« a) Au plus quatre représentants des collectivités territoriales <u>et</u> de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur lesquels les établissements membres sont implantés ;</p> <p>« b) Au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont deux désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;</p> <p>« c) Au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des établissements de santé membres du groupement de coopération sanitaire.</p> <p>« Les règles de gouvernance du groupement de coopération sanitaire ainsi que les modalités de répartition des droits et obligations des établissements membres sont définies dans la convention constitutive.</p> <p>« <i>Art. L. 6133-5.</i> – Le groupement de coopération sanitaire conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé dans les deux cas suivants :</p>	<p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Alinéa sans modification</p> <p>« a) Au plus ... ... territoriales <i>ou</i> de leurs...  ... implantés ; <b>Amendement n°380</b> « b) Alinéa sans modification</p> <p>« c) Non modifié</p> <p>« <i>Art. L. 6133-5.</i> – Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>pensés par ces groupements lorsqu'ils sont autorisés dans les conditions définies à l'article L. 6133-1.</p>	<p>« 1° Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins ;</p>	<p>1° Lorsqu'il ...</p>
<p>Les médecins libéraux exerçant leur activité au sein des groupements autorisés à participer à l'expérimentation peuvent être rémunérés par l'assurance maladie sous la forme de financements forfaitaires dont le montant est fixé par décision conjointe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Préalablement à la fixation de ce forfait, une concertation est organisée à l'échelon régional avec les syndicats représentatifs de médecins libéraux. Les professionnels médicaux des établissements de santé membres des groupements de coopération sanitaires, pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements, peuvent être rémunérés dans des conditions dérogatoires à celles découlant de leur statut ou de leur contrat de travail, selon des modalités fixées par une convention conclue entre l'établissement public de santé ou l'établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de financement membre du groupement autorisé à participer à l'expérimentation, et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</p>	<p>« 2° Lorsqu'il bénéficie d'une dotation de financement en application de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>... soins ou à installer des équipements matériels lourds ; <b>Amendement n°381</b></p>
<p>Seuls peuvent être autorisés à conduire une telle expérimentation les groupements de coopération comprenant au moins un établissement public de santé et un établissement de santé privé mentionné au b, au c et au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>« 2° Non modifié</p>
<p>Ces groupements sont constitués en vue de réaliser l'un des objectifs suivants :</p>		
<p>1° Remplir une mission de soins autorisée dans les conditions mentionnées à l'article L. 6133-1 ;</p>		
<p>2° Constituer une équipe commune de professionnels médicaux exerçant son activité au bénéfice d'une mission de soins assurée par les établissements de santé membres du groupement.</p>		
<p>Un arrêté des ministres chargés</p>		



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de cette expérimentation.</p>	<p>« Art. L. 6133-6. – Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes par les participations de ses membres.</p>	<p>« Art. L. 6133-6. – Le groupement de coopération sanitaire peut...</p>
<p>Art. L. 6133-6. – Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'Etat, déterminent en tant que de besoin les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.</p>	<p>« Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.</p>	<p>...membres. <b>Amendement n°382</b> Alinéa sans modification</p>
<p><b>Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</b></p>	<p>« 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.</p>	<p>« Art. L. 6133-7. – Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 2. – Les dispositions du présent titre s'appliquent aux personnes qui, régies par les dispositions du titre premier du statut général, ont été nommées dans un emploi permanent à temps complet ou à temps non complet dont la quotité de travail est au moins égale au mi-temps, et titularisées dans un grade de la hiérarchie des établissements ci-après énumérés :</p>	<p>« 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.</p>	<p><i>L'article 2 de la loi 86-33 est complétée d'un 8° ainsi rédigé :</i> 8° Groupements de coopération sanitaire de droit public, groupement de coopération sociale et médico-sociale de droit public, groupements d'intérêt public.</p>
<p><b>Code de la santé publique</b></p>	<p>« La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.</p>	<p><b>Amendement n° 383</b> « Art. L. 6133-8. – Les professionnels ... ... groupement et les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement peuvent ... ...soins. <b>Amendement n° 384</b> « La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux et les professionnels médicaux des centres de santé, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

*conditions définies par voie réglementaire tenant compte du mode habituel de rémunération des professionnels et des structures qui les emploient. »*

**Amendement n° 385**

Alinéa sans modification

« Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code sont supportées par l'établissement de santé concerné.

« Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.

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

Alinéa sans modification

« Les professionnels médicaux libéraux exerçant ...

... sociale.

**Amendement n° 386**

*Toutefois, lorsque le GCS est établissement de santé et que l'activité exercée est une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de courte durée, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, les dispositions de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée ne sont pas applicables au financement du groupement.*

*Lorsqu'il est composé d'une part d'établissements de santé mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé men-*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

*Art. L. 162-22-13.* – Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations

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

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

*tionnés au d du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au d du même article.*

*Par dérogation à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale et à toute autre disposition contraire du code du travail, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, le tarif de l'acte versé au médecin est réduit de la redevance due au groupement de coopération sanitaire. Cette rémunération est incluse dans le financement du groupement titulaire de l'autorisation.*

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

**Amendement n° 387**

« *Art. L. 6133-9.* – Non modifié »

II. – Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.</p>	<p>« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en oeuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2. »</p>	III. – Non modifié
<p>.....</p> <p><b>Code de la santé publique</b></p>	<p>III. – Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, soit en communauté hospitalière de territoire soit en groupement de coopération sanitaire. Jusqu'à cette transformation, ils restent régis par les dispositions des articles L. 6132-1 à L. 6132-8 dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	IV. – Non modifié
<p><i>Art. L. 6122-15.</i> – En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement</p>	<p>IV. – Les articles L. 6122-15 et L. 6122-16 du code de la santé publique sont abrogés.</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

de services, activités ou équipements hospitaliers, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé :

1° De conclure une convention de coopération ;

2° De créer un groupement de coopération sanitaire, un syndicat interhospitalier 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.

La demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être motivée. Les conseils d'administration des établissements concernés se prononcent dans un délai de trois mois sur cette création ou cette convention. Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après avoir recueilli avis du comité régional de l'organisation sanitaire, 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 syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

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. Dans ce cas, la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 6133-1 n'est pas applicable.

Les établissements de santé privés exerçant une activité de soins dans

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

le ou les territoires concernés peuvent adhérer à ce groupement.

Lorsque le groupement de coopération sanitaire comprend des établissements relevant de territoires appartenant à plusieurs régions, sa création est décidée par décision conjointe des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation territorialement compétentes.

*Art. L. 6122-16.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et la révision du contrat d'objectifs et de moyens, et réduire en conséquence le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut également demander à l'établissement de délibérer sur une modification de son état des prévisions de recettes et de dépenses pour prendre en compte la modification de ses recettes et aux établissements publics de santé susceptibles de reprendre l'activité des services supprimés ou convertis de délibérer sur la création d'emplois médicaux et non médicaux.

À défaut de l'adoption de ces mesures dans un délai fixé par voie réglementaire par les conseils d'administration des établissements, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements.

Les praticiens hospitaliers titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés.

V. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

V – Non modifié

**Dispositions en vigueur**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Conférences sanitaires**

*Art. L. 6131-1.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constitue des conférences sanitaires, formées des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers du territoire concerné. D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'une conférence à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur avis de la conférence.

*Art. L. 6131-2.* – Les conférences sanitaires sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision du schéma régional d'organisation sanitaire et sont chargées de promouvoir la coopération entre les établissements. Elles peuvent en outre faire toute proposition au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur l'élaboration, la mise en oeuvre, l'évaluation et la révision du schéma régional d'organisation sanitaire.

**Texte du projet de loi**

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

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

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

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

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

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

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

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

« 1° De conclure une convention de coopération ;

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

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

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures

**Propositions de la  
Commission**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

*Art. L. 6131-3.* – Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.

appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de santé, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'État. Lorsque les compétences transférées sont relatives à l'exercice d'une activité de soins mentionnée au second alinéa de l'article L. 6122-1, l'autorisation est transférée au groupement.

« *Art. L. 6131-3.* – Lorsque la demande du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnée au premier alinéa de l'article L. 6131-2 n'est pas suivie d'effet, celui-ci peut également prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés. Il peut également prendre un arrêté prononçant la création d'une communauté hospitalière de territoire et fixant le contenu de sa convention constitutive.

« *Art. L. 6131-4.* – Le directeur de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

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



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</b></p>	<p>« À défaut de modification de l'état des prévisions de recettes et de dépenses dans un délai fixé par décret, le directeur de l'agence régionale de santé modifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et demande au directeur général du centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration. Il arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.</p> <p>« <i>Art. L. 6131-5.</i> – Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »</p>	VI. – Non modifié
<p><i>Art. 48.</i> – La mise à disposition est la situation du fonctionnaire qui demeure dans son corps d'origine, est réputé occuper son emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante, mais qui exerce ses fonctions hors du service où il a vocation à servir.</p> <p>Elle ne peut avoir lieu qu'avec l'accord du fonctionnaire et doit être prévue par une convention conclue entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil.</p> <p>Le fonctionnaire peut être mis à disposition auprès d'un ou de plusieurs organismes pour y effectuer tout ou partie de son service.</p>	<p>VI. – L'article 48 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, et nonobstant les dispositions prévues à l'article L. 6132-9 du code de la santé publique, en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements mentionnés à l'article 2, les fonctionnaires et agents concernés sont de plein droit mis à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités, sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil. »</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Code de la santé publique**

*Art. L. 5126-2.* – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5126-1, lorsqu'il n'y a pas d'autre source d'approvisionnement possible pour un médicament ou produit déterminé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser, pour une durée limitée, un établissement public de santé ou un établissement de santé privé participant à l'exécution du service public hospitalier à approvisionner d'autres pharmacies à usage intérieur. Cette autorisation est donnée après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

*Art. L.5126-5.* – La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment :

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel*

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

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

*II. – Après le cinquième alinéa de l'article L.5126-5 du code de la santé publique est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

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

**Amendement n° 388**

*Article additionnel*

*Il est inséré, dans le code de la sécurité sociale après l'article L. 162-26 un article L. 162-26-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 162-26-1.– Lorsqu'un établissement de santé prévu au d) de l'article L. 162-22-6 emploie des méde-*

**Dispositions en vigueur**

—

**Code de la santé publique**

*Art. L. 1411-11.* – En vue de la réalisation des objectifs nationaux, le représentant de l'Etat arrête, après avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, un plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ; il tient compte du droit pour les personnes détenues, même dans le cas où elles se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire en application des articles 723 et 723-7 du code de procédure pénale, d'accéder aux dispositifs mis en oeuvre en application de l'article L. 6112-1 du présent code.

Le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-1 prend en compte les objectifs de ce plan.

Le plan régional de santé publique ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation.

Le représentant de l'Etat dans la région, dans la collectivité territoriale de Corse et à Saint-Pierre-et-Miquelon met en oeuvre le plan régional de santé publique et dispose, à cet effet, du groupement régional de santé publique mentionné à l'article L. 1411-14. Il peut également, par voie de convention, faire appel à tout organisme compétent pour mettre en oeuvre des actions particulières

**Texte du projet de loi**

—

TITRE II

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

Article 14

I. – Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont abrogés.

**Propositions de la Commission**

—

*cins salariés pour assurer ses activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. »*

**Amendement n° 389**

TITRE II

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

Article 14

I. – Les ...

sont remplacés par les dispositions suivantes :

**Amendement n° 390**

**Dispositions en vigueur**

---

*Art. L. 1411-12.* – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une conférence régionale ou territoriale de santé a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique.

Lors de l'élaboration du plan régional de santé publique, elle est consultée par le représentant de l'Etat et formule des avis et propositions sur les programmes qui le composent.

Elle est tenue régulièrement informée de leur état d'avancement ainsi que des évaluations qui en sont faites.

Elle procède également 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 spécifique qui est transmis à la Conférence nationale de santé.

Ses avis sont rendus publics.

*Art. L. 1411-13.* – La conférence régionale de santé élit son président en son sein. Elle comprend notamment des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des malades et des usagers du système de santé, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, de l'observatoire régional de la santé, des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, des représentants des comités régionaux d'éducation pour la santé ainsi que des personnalités qualifiées.

Les membres de cette conférence sont nommés par arrêté du représentant de l'Etat.

*Art. L. 1411-14.* – Dans chaque région, dans la collectivité territoriale de Corse et à Saint-Pierre-et-Miquelon, un groupement régional ou territorial de santé publique a pour mission de mettre en oeuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique mentionné à l'article L. 1411-11 en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région.

Il peut être chargé d'assurer ou de contribuer à la mise en oeuvre des actions particulières de la région selon

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

---

des modalités fixées par convention.

Un décret peut conférer à certains groupements une compétence interrégionale.

*Art. L. 1411-15.* – Le groupement régional ou territorial de santé publique est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre :

1° L'Etat et des établissements publics de l'Etat intervenant dans le domaine de la santé publique, notamment l'Institut de veille sanitaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;

2° L'agence régionale de l'hospitalisation ;

3° La région, la collectivité territoriale de Corse, Saint-Pierre-et-Miquelon, les départements, communes ou groupements de communes, lorsqu'ils souhaitent participer aux actions du groupement ;

4° L'union régionale des caisses d'assurance maladie et la caisse régionale d'assurance maladie, ou, dans les départements d'outre-mer, la caisse générale de sécurité sociale, ou, à Saint-Pierre-et-Miquelon, la caisse de prévoyance sociale.

La convention constitutive de ce groupement doit être conforme à une convention type définie par décret.

*Art. L. 1411-16.* – Le groupement est administré par un conseil d'administration composé de représentants de ses membres constitutifs et de personnalités nommées à raison de leurs compétences. Ce conseil est présidé par le représentant de l'Etat dans la région. L'Etat dispose de la moitié des voix au conseil d'administration.

Le conseil d'administration arrête le programme d'actions permettant la mise en oeuvre du plan régional de santé publique et délibère sur l'admission et l'exclusion de membres, la modification de la convention constitutive, le budget, les comptes, le rapport annuel d'activité.

Le directeur du groupement est désigné par le représentant de l'Etat dans la région. Le groupement peut, pour remplir les missions qui lui sont

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>dévolues, employer des contractuels de droit privé.</p> <p>Il rend compte périodiquement de son activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12.</p> <p>Les délibérations portant sur le budget et le compte financier du groupement ne deviennent définitives qu'après l'approbation expresse du représentant de l'Etat dans la région.</p> <p><i>Art. L. 1411-17.</i> – Les ressources du groupement comprennent obligatoirement :</p> <p>1° Une subvention de l'Etat ;</p> <p>2° Une dotation de l'assurance maladie dont les modalités de fixation et de versement sont précisées par voie réglementaire.</p> <p><i>Art. L. 1411-18.</i> – Les programmes mis en oeuvre par l'Etat, les groupements régionaux de santé publique, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés particulières des personnes les plus démunies et des personnes les plus vulnérables.</p>	<p><u>II. – Au titre 1<sup>er</sup> du livre IV de la première partie du code de la santé publique, il est inséré après le chapitre 1<sup>er</sup> un chapitre 1<sup>er</sup> bis ainsi rédigé :</u></p> <p>« CHAPITRE 1<sup>ER</sup> bis « <b>Organisation des soins</b> « <i>Art. L. 1411-11.</i> – L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6.</p>	<p><b>Amendement n° 390</b> Division et intitulé sans modification « <i>Art. L. 1411-11.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>« <i>Art. L. 1411-11.</i> – En vue de la réalisation des objectifs nationaux, le représentant de l'Etat arrête, après avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, un plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ; il tient compte du droit pour les personnes détenues, même dans le cas où elles se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire en application des articles 723 et 723-7 du code de procédure pénale, d'accéder aux dispo-</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>sitifs mis en oeuvre en application de l'article L. 6112-1 du présent code.</p>	<p>« Ces soins comprennent :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-1 prend en compte les objectifs de ce plan.</p>	<p>« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;</p>	<p>« 1° Alinéa sans modification</p>
<p>Le plan régional de santé publique ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation.</p>	<p>« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;</p>	<p>« 2° La ... ... médicaux, <i>ainsi que le conseil pharmaceutique</i> ; <b>Amendement n° 391</b></p>
<p>Le représentant de l'État dans la région, dans la collectivité territoriale de Corse et à Saint-Pierre-et-Miquelon met en oeuvre le plan régional de santé publique et dispose, à cet effet, du groupement régional de santé publique mentionné à l'article L. 1411-14. Il peut également, par voie de convention, faire appel à tout organisme compétent pour mettre en oeuvre des actions particulières.</p>	<p>« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;</p>	<p>« 3° Alinéa sans modification</p>
	<p>« 4° L'éducation pour la santé.</p>	<p>« 4° Alinéa sans modification</p>
	<p>« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.</p>	<p>« Les ... ... sociale, <i>ainsi que les centres de santé</i>, concourent ...</p>
<p><i>Art. L. 1411-12.</i> – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une conférence régionale ou territoriale de santé a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique.</p>	<p>« <i>Art. L. 1411-12.</i> – Les soins spécialisés de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »</p>	<p>... sociaux. <b>Amendement n° 392</b> « <i>Art. L. 1411-12.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>Lors de l'élaboration du plan régional de santé publique, elle est consultée par le représentant de l'État et formule des avis et propositions sur les programmes qui le composent.</p>		
<p>Elle est tenue régulièrement informée de leur état d'avancement ainsi que des évaluations qui en sont faites.</p>		
<p>Elle procède également 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 spécifique qui est transmis à la Conférence nationale de santé.</p>		
<p>Ses avis sont rendus publics.</p>		

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*Art. L. 1411-13.* – La conférence régionale de santé élit son président en son sein. Elle comprend notamment des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des malades et des usagers du système de santé, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, de l'observatoire régional de la santé, des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, des représentants des comités régionaux d'éducation pour la santé ainsi que des personnalités qualifiées.

Les membres de cette conférence sont nommés par arrêté du représentant de l'État.

*Art. L. 1411-14.* – Dans chaque région, dans la collectivité territoriale de Corse et à Saint-Pierre-et-Miquelon, un groupement régional ou territorial de santé publique a pour mission de mettre en oeuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique mentionné à l'article L. 1411-11 en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région.

Il peut être chargé d'assurer ou de contribuer à la mise en oeuvre des actions particulières de la région selon des modalités fixées par convention.

Un décret peut conférer à certains groupements une compétence interrégionale.

*Art. L. 1411-15.* – Le groupement régional ou territorial de santé publique est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre :

1° L'Etat et des établissements publics de l'Etat intervenant dans le domaine de la santé publique, notamment l'Institut de veille sanitaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;

2° L'agence régionale de l'hospitalisation ;

3° La région, la collectivité territoriale de Corse, Saint-Pierre-et-Miquelon, les départements, communes ou groupements de communes, lorsqu'ils souhaitent participer aux actions du groupement ;



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

4° L'union régionale des caisses d'assurance maladie et la caisse régionale d'assurance maladie, ou, dans les départements d'outre-mer, la caisse générale de sécurité sociale, ou, à Saint-Pierre-et-Miquelon, la caisse de prévoyance sociale.

La convention constitutive de ce groupement doit être conforme à une convention type définie par décret.

*Art. L. 1411-16.* – Le groupement est administré par un conseil d'administration composé de représentants de ses membres constitutifs et de personnalités nommées à raison de leurs compétences. Ce conseil est présidé par le représentant de l'État dans la région. L'État dispose de la moitié des voix au conseil d'administration.

Le conseil d'administration arrête le programme d'actions permettant la mise en oeuvre du plan régional de santé publique et délibère sur l'admission et l'exclusion de membres, la modification de la convention constitutive, le budget, les comptes, le rapport annuel d'activité.

Le directeur du groupement est désigné par le représentant de l'État dans la région. Le groupement peut, pour remplir les missions qui lui sont dévolues, employer des contractuels de droit privé.

Il rend compte périodiquement de son activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12.

Les délibérations portant sur le budget et le compte financier du groupement ne deviennent définitives qu'après l'approbation expresse du représentant de l'Etat dans la région.

*Art. L. 1411-17.* – Les ressources du groupement comprennent obligatoirement :

1° Une subvention de l'État ;

2° Une dotation de l'assurance maladie dont les modalités de fixation et de versement sont précisées par voie réglementaire.

*Art. L. 1411-18.* – Les programmes mis en oeuvre par l'Etat, les groupements régionaux de santé publique, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés particulières des

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>personnes les plus démunies et des personnes les plus vulnérables. <i>Art. L. 1411-19.</i> – Les modalités d’application <u>du présent chapitre</u> sont fixées par décret en Conseil d’Etat.</p>	<p>III. – À l’article L. 1411-19 du même code, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « des chapitres I<sup>er</sup> et I<sup>er bis</sup> ».</p>	III. – Non modifié
<p>QUATRIÈME PARTIE <b>Professions de santé</b> LIVRE I<sup>er</sup> <b>Professions médicales</b> TITRE III <b>Profession de médecin</b></p>	<p>IV. – Il est inséré au début du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique un chapitre préliminaire ainsi rédigé :</p>	IV. – Alinéa sans modification
	<p>« CHAPITRE PRÉLIMINAIRE</p>	Division sans modification
	<p><b>« Médecin généraliste de premier recours</b></p>	<p><b>« Médecin traitant de premier recours</b> <b>Amendement n° 393</b></p>
	<p>« <i>Art. L. 4130-1.</i> – Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :</p>	<p>« <i>Art. L. 4130-1.</i> – Non modifié</p>
	<p>« 1° Contribuer à l’offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l’éducation pour la santé. Cette mission peut s’exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;</p>	
	<p>« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;</p>	
	<p>« 3° S’assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;</p>	
	<p>« 4° Veiller à l’application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;</p>	
	<p>« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;</p>	
	<p>« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;</p>	
	<p>« 7° Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l’article L. 6314-1. »</p>	
<p><b>Code de la santé publique</b></p>		<p><i>Article additionnel</i></p>
		<p>« <i>Le chapitre V du titre II du livre premier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</i></p>

**Dispositions en vigueur**

**CINQUIEME PARTIE**

**Produits de santé**

**Livre I<sup>er</sup>**

**Produits pharmaceutiques**

**Titre II**

**Médicaments à usage humain**

**Chapitre V**

**Distribution au détail**

*Art. L. 5125-1-1.* – L'exécution de préparations de médicaments radio-pharmaceutiques tels que définis au 7° de l'article L. 5121-1 est interdite.

L'exécution de préparations stériles ou de préparations dangereuses mentionnées à l'article L. 5132-2 est subordonnée à, outre l'octroi de la licence prévue à l'article L. 5125-4, une autorisation délivrée par le représentant de l'Etat dans le département après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Cette autorisation précise notamment les formes pharmaceutiques autorisées.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« I. L'intitulé de ce chapitre est ainsi rédigé : « Chapitre V : Pharmacie d'officine ».*

*« II. L'article L. 5125-1-1 devient l'article L. 5125-1-2 ;*

*« Il est rétabli un article L. 5125-1-1 ainsi rédigé :*

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

*« a) contribuent aux soins de premier recours ;*

*« b) participent à la coopération entre professionnels de santé ;*

*« c) participent au service public de la permanence des soins ;*

*« d) concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*

*« e) peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;*

*« f) peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes dépourvu de pharmacie à usage intérieur.*

*« g) peuvent assurer auprès de certains patients le rôle de pharmacien traitant.*

*Les pharmaciens d'officine peuvent proposer des prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, notamment en contribuant à l'éducation pour la santé, en réalisant ou en participant à des actions de prévention ou de dépistage.*

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la  
Commission

—

—

—

CINQUIEME PARTIE  
Etablissements et services de santé  
Livre III  
Aide médicale urgente, permanence  
des soins, transports sanitaires et  
autres services de santé  
Titre II  
Autres services de santé  
Chapitre IIIbis  
Maisons de santé

**Amendement n° 395**

*Article additionnel*

« Après le chapitre III bis du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III ter ainsi rédigé :

« Chapitre III ter

« Pôles de santé

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

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

**Amendement n°**

Code de la sécurité sociale

*Article additionnel*

« Après l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, insérer un article L. 162-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-13-1 – La négociation des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 et de l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1 est conduite dans le respect du principe d'égalité de traitement des professionnels de santé exerçant à titre libéral et des centres de santé. »

**Amendement n° 397**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Code de l'éducation</b>	Article 15	Article 15
<p><i>Art. L. 631-1.</i> – Le nombre des étudiants admis ainsi que les modalités de leur admission, à la fin de la première année du premier cycle, à poursuivre des études médicales, <u>odontologiques</u>, de sage-femme ou pharmaceutiques sont fixés, chaque année, compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés, par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'enseignement supérieur.</p>	<p>I. – L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :</p>	<p>I – Alinéa sans modification</p>
<p>Chaque année, un comité de la démographie médicale, qui associe des représentants de l'Etat, des régimes d'assurance maladie, de l'Union nationale des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des unions régionales des médecins libéraux, ainsi que des personnalités qualifiées désignées par les ministres concernés, dont notamment des doyens des facultés de médecine, donne un avis aux ministres sur la décision mentionnée à l'alinéa précédent. Un décret fixe la composition et les modalités de fonctionnement de ce comité.</p>	<p>1° Au premier alinéa, après le mot : « supérieur » sont insérés les mots : « dans les conditions définies par décret » ;</p> <p>2° Le deuxième alinéa est supprimé.</p>	<p>1°) Dans la troisième partie, Livre VI, Titre III, dans le titre du Chapitre IV, le mot « odontologiques » est remplacé par « en chirurgie dentaire » ;</p> <p>2°) L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :</p>
<p>Des étudiants qui n'ont pas effectué le premier cycle des études médicales, <u>odontologiques</u> ou pharmaceutiques</p>		<p>« 1° Au premier, troisième et quatrième alinéas, remplacer le mot « odontologique » par les mots « chirurgie dentaire » ;</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>peuvent être admis dans le deuxième cycle. Leur nombre ainsi que les modalités de leur admission sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.</p> <p><u>Des étudiants admis à poursuivre des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques à la suite des épreuves de classement de fin de première année du premier cycle peuvent être admis à suivre la formation de sage-femme. Leur nombre ainsi que les conditions de leur admission sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.</u></p> <p>Le ministre chargé de la santé est associé à toutes les décisions concernant les enseignements médicaux, pharmaceutiques et <u>odontologiques</u>.</p> <p><i>Art. L. 632-2. – Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.</i></p> <p>Pour l'accomplissement de ce cycle d'études, le choix des disciplines et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat. Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent ce choix au sein d'une liste fixée par arrêté interministériel.</p> <p>Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les modalités des épreuves, l'organisation du troisième cycle des études médicales, la durée des formations nécessaires durant ce cycle et ultérieurement pour obtenir, selon les disciplines, une qualification et les modalités selon lesquelles les internes, quelle que soit la discipline choisie, peuvent, dans les limites compatibles avec l'évolution des techniques et de la démographie médicales, changer d'orientation et acquérir une formation par la recherche.</p>	<p>II. – L'article L. 632-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 632-2. – Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.</i></p> <p>« 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.</p> <p>« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.</p>	<p>gie dentaire ». Au cinquième alinéa remplacer « odontologiques » par « de chirurgie dentaire ».</p> <p>« 2° Au premier alinéa, « après le mot : « supérieur » sont insérés les mots : « dans les conditions définies par décret. Pour les études de chirurgie dentaire, ce nombre sera déterminé et fixé régionalement. » ;</p> <p>« 3° Le deuxième alinéa est supprimé. »</p> <p><b>Amendement n° 399</b></p> <p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 632-2. – Alinéa sans modification</i></p> <p>« Un ...</p> <p>... détermine <i>après avis des Observatoires régionaux de santé et des conférences régionales de santé pour ...</i> à former par <i>discipline ou spécialité</i> ...</p> <p>... spécialisée.</p> <p><b>Amendements n°s 400 et 401</b></p> <p>Alinéa sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Alinéa sans modification

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

« Des ...

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

... ce cycle. »

**Amendement n° 402**  
III. – Non modifié

*Art. L. 631-3.* – La formation initiale et continue de tous les professionnels de santé ainsi que des professionnels du secteur médico-social comprend un enseignement spécifique dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus. Cet enseignement doit avoir pour objectif de favoriser la prévention par l'information ainsi que le diagnostic et l'orientation des femmes concernées et des enfants atteints vers les services médicaux et médico-sociaux spécialisés.

*Art. L. 632-1-1.* – Ainsi qu'il est prévu à l'article L. 231-1 du code du sport, le deuxième cycle des études médicales contient une formation initiale nécessaire à la pratique des examens médico-sportifs.

*Art. L. 632-3.* – Le troisième cycle des études médicales comprend une formation spécialisée en médecine du sport.

*Art. L. 632-9.* – Des enseignements dans le domaine de la santé publique sont dispensés à tous les étudiants en médecine et ouverts aux divers professionnels impliqués dans ce domaine.

*Art. L. 632-10.* – Les ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent chaque année le nombre de postes d'internes en médecine de telle façon

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.

**Dispositions en vigueur**

que tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales puissent entreprendre un troisième cycle, et en fixent la répartition selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État.

La liste des services et des départements formateurs et la répartition des postes d'internes dans les services et départements sont arrêtés par le représentant de l'Etat dans la région. 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.

*Art. L. 632-5. - .....*

Les internes de médecine générale exercent leurs fonctions durant un semestre dans un centre hospitalier universitaire et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés. Les internes autres que ceux de médecine générale exercent leurs fonctions durant au moins deux semestres dans les hôpitaux autres qu'un centre hospitalier universitaire, sauf si le nombre de services dûment accrédités comme services formateurs ne le permet pas. Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par un décret tenant notamment compte des exigences de formation de chaque spécialité.

Les internes de l'option de psychiatrie exercent leurs fonctions en psychiatrie pendant au moins un semestre dans un centre hospitalier universitaire.

**Code de l'éducation**

**Texte du projet de loi**

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

**Propositions de la Commission**

*« III bis - A la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 632-5 du même code, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « , de centres de santé ou de structures de soins alternatives à l'hospitalisation ».*

**Amendement n° 406**

IV. - Non modifié

*« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'obtention d'une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste initialement reconnue. L'obtention de la qualification de spécialiste relève de l'ordre national des médecins. »*

**Amendement n° 404**

*Article additionnel*

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



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Art. L. 634-1.* - Le troisième cycle long des études odontologiques, dénommé internat en odontologie, a une durée de trois ans et est accessible par concours national aux étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle des études odontologiques. Après validation de ce troisième cycle et soutenance d'une thèse, les internes obtiennent en plus du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire une attestation d'études approfondies en chirurgie dentaire.

Le titre d'ancien interne ne peut être utilisé que par les docteurs en chirurgie dentaire qui ont obtenu l'attestation mentionnée à l'alinéa précédent.

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

**Amendement n° 438**

*Article additionnel*

*« V. – L'article L. 634-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :*

*« 1° Les deux premiers alinéas sont remplacés par les quatre alinéas suivants :*

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

*« Les étudiants nommés à l'issue du concours en qualité d'interne en odontologie peuvent accéder à des formations qualifiantes de troisième cycle dont la liste est fixée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat.*

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

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

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

**Amendement n° 439**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Code de la santé publique</b></p>	<p>Article 16</p>	<p>Article 16</p>
<p><i>Art. L. 6314-1.</i> – Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent à la mission de service public de permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>I. – L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 6314-1.</i> – La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5.</p> <p>« Le directeur général de l'agence régionale de santé communautaire au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.</p> <p>« La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Ce numéro d'appel peut associer, pour les appels relevant de la permanence des soins, les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national. »</p> <p>II. – Il est créé, après l'article L. 6314-1, les articles L. 6314-2 et L. 6314-3 ainsi rédigés :</p> <p>« <i>Art. L. 6314-2.</i> – L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé, entre dans le champ couvert par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral exerce cette activité de régulateur depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention, contraire aux principes énoncés dans le présent alinéa, est nulle.</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6314-1.</i> – La ...</p> <p>... sociale ainsi que par les médecins collaborateurs salariés, dans ... ...L. 1435-5.</p> <p><b>Amendement n° 407</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6314-2.</i> – L'activité ...</p> <p>... santé ainsi que celle du médecin libéral qui effectue des consultations et des visites au titre de la permanence des soins, entrent dans ...</p> <p>...libéral assure la régulation des appels depuis...</p> <p>...nulle.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 4163-7.</i> – Est puni de 3750 € d’amende le fait :</p>	<p>« <i>Art. L. 6314-3.</i> – Les modalités d’application de l’article L. 6314-1 sont fixées par décret en Conseil d’État. »</p>	<p><b>Amendements n<sup>os</sup> 408 et 577</b> « <i>Art. L. 6314-3.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>..... 2° Pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l’autorité publique.</p>	<p>III. – Le 2° de l’article L. 4163-7 du même code est abrogé.</p>	<p>III. – <i>Supprimé</i></p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>IV. – Le chapitre III du titre VI du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du même code est complété par un article L. 4163-11 ainsi rédigé : « <i>Art. L. 4163-11.</i> – Est puni de 7 500 € d’amende le fait pour un médecin de ne pas déférer aux réquisitions de l’autorité publique. »</p>	<p>IV. – <i>Supprimé</i></p>
<p><i>Art. L. 162-31-1.</i> – Dans le respect des dispositifs départementaux de l’aide médicale d’urgence, des services de garde et des transports sanitaires dont les modalités sont définies par voie réglementaire, l’association de professionnels de santé libéraux à des actions permettant d’améliorer la permanence des soins peut faire l’objet de financement dans le cadre d’actions expérimentales jusqu’au 31 décembre 2004. Les établissements de santé peuvent participer à ces actions expérimentales.</p>	<p>VI. – L’article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.</p>	<p><b>Amendement n<sup>o</sup> 409</b></p>
<p>Dans le cadre de ces expérimentations, il peut être fait application des dérogations mentionnées à l’article L. 162-45 et, le cas échéant, des dispositions prévues à la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup>.</p>	<p>VII. – Les dispositions du I entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.</p>	<p>VI. – Sans modification</p>
<p>Les modalités de mise en oeuvre du présent article et, en particulier, d’évaluation de ces actions sont précisées par un décret en Conseil d’Etat.</p>	<p>VII. – Les dispositions du I entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.</p>	<p>VII. – Sans modification</p>
		<p><i>Article additionnel</i> « I. - Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-3-2 ainsi rédigé :</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la  
Commission

Article 17

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

« LIVRE PRÉLIMINAIRE  
« DISPOSITIONS COMMUNES  
« TITRE I<sup>ER</sup>  
« COOPÉRATION ENTRE  
PROFESSIONNELS DE SANTÉ  
« CHAPITRE UNIQUE  
« Art. L. 4011-1. – Par dérogation aux articles L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, les

« Art. L. 161-36-3-2. – Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 et avant le 31 décembre 2010, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expérimental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 161-36-4-3 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation. Avant le 15 septembre de chaque année, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-1 et l'article L. 161-36-3-1 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, garantissant notamment la confidentialité des données contenues par les dossiers médicaux personnels. »

« II. - Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 du même code est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

**Amendement n° 410**

Article 17

**Non modifié**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

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

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute autorité de santé.

« *Art. L. 4011-3.* – Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

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

**Loi n° 2004-806 du 9 août 2004  
relative à la politique de santé  
publique**

*Art. 131.* – Des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues par dérogation aux articles L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4311-1,

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

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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. 4371-1 du code de la santé publique, par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de son évaluation.</p>	Article 18	Article 18
<b>Code de la santé publique</b>	I. – L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :	I. – Alinéa sans modification
<p><i>Art. L. 1110-3.</i> – Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.</p>	<p>« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	« Un ...
	<p>« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou à la juridiction ordinaire compétente, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.</p>	<p>... déterminée, pour tout autre motif visé au premier alinéa de l'article L. 225-1 du code pénal ou au ...</p>
		... familles.
		<b>Amendement n° 411</b>
		« Toute ...
		<p>.. ou au conseil départemental de l'ordre concerné, les faits...</p>
		<p>... l'existence. Lorsqu'il est saisi de ces éléments, le président du conseil départemental de l'ordre ou le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en accusent réception à l'auteur, en informent le professionnel de santé mis en cause et les convoquent dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation.</p>
		<p>« La conciliation est menée par une commission mixte de conciliation composée à parité de représentants du conseil départemental de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

*Art. L. 162-1-14.* – L'observation des règles du présent code et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique par les professionnels de santé, les fournisseurs ou les autres prestataires de services, les établissements de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les employeurs ou les assurés, ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge induit, ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure, ainsi que le refus par les professionnels de santé de reporter

« 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<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> 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 ;

*« En cas d'échec de la conciliation, le conseil départemental transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.*

*« En cas de carence du conseil départemental, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.*

*« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. »*

**Amendement n° 412**

*« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. S'il se dégage de sa mission, le professionnel de santé doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».*

**Amendement n° 413**

II. – Alinéa sans modification

1<sup>o</sup> Alinéa supprimé

**Amendement n° 414**

**Dispositions en vigueur**

dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, l'obstacle volontaire à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 162-1-15 ainsi que l'absence de déclaration par les assurés d'un changement dans la situation justifiant le service de ces prestations peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil de cet organisme. Lorsque la pénalité envisagée concerne un professionnel de santé, un fournisseur ou autre prestataire de services, des représentants de la même profession participent à la commission. Lorsqu'elle concerne un établissement de santé ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des représentants au niveau régional des organisations nationales représentatives des établissements participent à la commission. Celle-ci apprécie la responsabilité de l'assuré, de l'employeur, du professionnel de santé du fournisseur ou autre prestataire de services, de l'établissement de santé ou de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans l'inobservation des règles du présent code. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive. L'organisme d'assurance maladie notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne ou l'établissement en cause, afin qu'il puisse présenter leurs observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, l'organisme d'assurance maladie prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé ou à l'établissement en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.

.....

**Texte du projet de loi**

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. – Peut faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :  
« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux

**Propositions de la Commission**

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 162-1-14-1. – Alinéa sans modification

« 1° Alinéa sans modification



Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

« 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° Exposent les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ou au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

« 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, 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.

« 2° Alinéa sans modification

« 3° Exposé ...  
... dépassements d'honoraires non ...

... L. 165-6 ;

**Amendement n° 415**

« 4° Alinéa sans modification

« La ...

... prévus à ...

... en :

**Amendement n° 416**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« - en ...

...caisses au financement des cotisations  
... L. 162-14-1.

**Amendement n° 417**

Alinéa sans modification

« L'organisme local d'assurance maladie informe l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la sanction prononcée en vertu du présent article, ainsi que des motifs de cette sanction. »

**Amendement n° 418**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la santé publique**

*Art. L. 1111-3.* - .....

Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé, mise en oeuvre selon la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

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

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

Alinéa sans modification

« Les ...

... et de publication, ainsi que le barème ... .. réglementaire.

**Amendement n° 419**

III. - Non modifié

*Article additionnel*

« I.- Après l'article L. 162-1-17, il est inséré un article L. 162-1-18 au code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« Art. 162-1-18. - Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

« L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées. »

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 4133-1.</i> – La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique.</p>	<p>Article 19</p> <p>I. – Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :</p>	<p>« II.- À l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, après l'alinéa 7, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Dans le cas de non-respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires ou dans le cas de méconnaissance des dispositions de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, l'amende dont le montant de peut excéder 10 000 euros. »</p>
<p>La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-1.</p>	<p>« <i>Art. L. 4133-1.</i> – La formation médicale continue a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle constitue une obligation pour les médecins.</p>	<p><b>Amendement n° 420</b></p>
<p>Les professionnels de santé visés au deuxième alinéa du présent article sont tenus de transmettre au conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 4133-4 les éléments justifiant de leur participation à des actions de formations agréées, à des dispositifs d'évaluation, notamment ceux mentionnés à l'article L. 4133-1-1, ou attestant qu'ils satisfont, à raison de la nature de leur activité, au respect de cette obligation.</p>		<p>Article 19</p>
<p>Le respect de cette obligation fait l'objet d'une validation.</p>		<p>I. – Alinéa sans modification</p>
<p>Peut obtenir un agrément toute personne morale de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2.</p>		<p>« <i>Art. L. 4133-1.</i> – Alinéa sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

*Art. L. 4133-1-1.* – L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés.

Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 4134-5 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret.

Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Préalablement au dépôt de la requête, le médecin est informé des faits qui lui sont reprochés. A compter de cette notification, le médecin dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et pour s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans un délai de six mois. Les poursuites sont suspendues et, le cas échéant, abandonnées s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

*Art. L. 4133-2.* – Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

1° De fixer les orientations nationales de la formation médicale continue ;

2° D'agréer les organismes formateurs, notamment sur la base des programmes proposés ;

3° Paragraphe supprimé

4° De fixer les règles que suivent les conseils régionaux pour valider le respect de l'obligation de formation médicale continue. Ces règles sont homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé ;

5° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue.

**Texte du projet de loi**

*« Art. L. 4133-2.* – Les modalités selon lesquelles les médecins satisfont à leur obligation de formation médicale continue ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d'État.

**Propositions de la Commission**

*« Art. L. 4133-2.* – Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Chaque conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation médicale continue dans son domaine de compétence. Ces rapports sont rendus publics.</p>	<p>« Art. L. 4133-3. – Les instances ordinaires s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de formation médicale continue.</p>	<p>« Art. L. 4133-3. – Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 4133-3. – Les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2 comprennent notamment des représentants de l'ordre des médecins, du service de santé des armées, des unités de formation et de recherche médicale, des syndicats représentatifs des catégories de médecins concernés, des organismes de formation, des personnalités qualifiées ainsi qu'un représentant du ministre chargé de la santé qui siège avec voix consultative.</p>		
<p>Les membres de ces conseils sont nommés par le ministre chargé de la santé, sur proposition des organismes qui les constituent.</p>		
<p>La durée du mandat des membres des conseils nationaux est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le ministre chargé de la santé, parmi les membres de ces conseils.</p>		
<p>Le comité de coordination de la formation médicale continue est chargée d'assurer la cohérence des missions des conseils nationaux prévus aux articles L. 4133-2 et L. 6155-2. Il est composé à parts égales de représentants désignés par ces conseils. Il comporte en outre des représentants du ministre chargé de la santé et des représentants du ministre chargé de l'enseignement supérieur.</p>		
<p>Art. L. 4133-4. – Le conseil régional de la formation médicale continue des médecins libéraux, des médecins salariés non hospitaliers et des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 a pour mission :</p>	<p>« Art. L. 4133-4. – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code.</p>	<p>« Art. L. 4133-4. – Les ... ... de respecter leur ... ... code.</p>
<p>1° De déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national ;</p>		
<p>2° De valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L. 4133-1 ;</p>		
<p>3° De formuler des observations et des recommandations en cas de non-respect de cette obligation.</p>		
<p>Pour les missions mentionnées aux 2° et 3°, le conseil régional peut dé-</p>		

**Amendement n° 421**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

léguer ses pouvoirs à des sections constituées en son sein et qui se prononcent en son nom.

Le conseil régional adresse chaque année un rapport sur ses activités aux conseils nationaux des médecins libéraux, des médecins salariés non hospitaliers et des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1. Ce rapport est rendu public.

*Art. L. 4133-5.* – 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 des conseils de la formation médicale continue ainsi que du comité de coordination de la formation médicale continue est assuré, à l'échelon national, par le conseil national et, à l'échelon régional, par les conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins.

*Art. L. 4133-6.* – Les employeurs publics et privés de médecins salariés mentionnés à l'article L. 4133-2 sont tenus de prendre les dispositions permettant à ces médecins d'assumer leur obligation de formation dans les conditions fixées par le présent code.

Pour les employeurs visés à l'article L. 950-1 du code du travail, les actions de formation sont financées dans le cadre des dispositions prévues aux articles L. 951-1 et L. 952-2 du même code.

Pour les agents sous contrat de droit public ou titulaires des fonctions publiques d'Etat et territoriale, les actions sont financées dans le cadre de la formation professionnelle selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

*Art. L. 4133-7.* – Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition des conseils nationaux et du conseil régional de la formation médicale continue, ainsi que le conseil régional compétent pour Saint-Pierre-et-Miquelon et le conseil régional compétent pour Mayotte, les principes généraux que devront appliquer les conseils nationaux pour fixer les critères d'agrément des organismes formateurs, les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-5. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance mala-

II. – Après le titre I<sup>er</sup> du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un titre II ainsi rédigé :

« TITRE II

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

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4021-1. – La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle continue, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, est assurée, pour chaque profession, par l'organisme gestionnaire de la formation continue. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.

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

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

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

III. – A. – Au 14<sup>o</sup> de l'article L. 162-5, au 3<sup>o</sup> des articles L. 162-14 et L. 162-16-1 et au 2<sup>o</sup> 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 :

II. – Alinéa sans modification

Divisions et intitulé sans modification

« Art. L. 4021-1. – La ...

... pour l'ensemble des professions de santé, par l'organisme gestionnaire de la formation professionnelle continue...

... gestion.

**Amendements n<sup>os</sup> 422, 423 et 424**

*L'organisme gestionnaire de la formation professionnelle continue assure ... de formation professionnelle continue ...*

... continue.

**Amendements n<sup>os</sup> 425 et 426**

« L'organisme ...

... formation professionnelle continue ... profession.

**Amendement n<sup>o</sup> 427**

« Les modalités ...

... formation professionnelle continue ...

... réglementaire.

**Amendement n<sup>o</sup> 428**

III. – Non modifié

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

die et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

.....  
14° Les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle, le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant son financement, les conditions d'indemnisation des médecins participant à des actions de formation professionnelle conventionnelle agréées ainsi que la dotation allouée à ce titre par les caisses nationales d'assurance maladie signataires. La gestion des sommes affectées à ces opérations est confiée à l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12 ;

.....  
*Art. L. 162-14.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment

.....  
3° Les conditions dans lesquelles est organisée la formation continue des

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



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

directeurs de laboratoires ;

.....  
*Art. L. 162-16-1.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.

La convention détermine notamment :

.....  
3° Les thèmes de formation correspondant aux objectifs de l'assurance maladie susceptibles d'être retenus et les modalités de financement ;

.....  
*Art. L. 162-12-2.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

2° Les conditions d'organisation de la formation continue conventionnelle des infirmiers ainsi que le financement de cette formation ;

.....  
*Art. L. 162-12-9.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurs-kinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Ces conventions déterminent :

.....  
2° Les conditions d'organisation de la formation continue conventionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que le financement de cette formation ;

.....

**Dispositions en vigueur**

*Art. L. 162-9.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

7° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

*Art. L. 162-5-12.* – La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L. 162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

Lorsque les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, l'organisme gestionnaire conventionnel comporte deux sections. Il peut également comporter des sections spécifiques à chaque profession dont les relations avec les organismes d'assurance maladie sont régies par une convention mentionnée aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 pour

**Texte du projet de loi**

B. – À l'article L. 162-9 du même code, après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie à la formation professionnelle continue. »

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

**Propositions de la Commission**

IV. – Non modifié

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>la gestion des sommes affectées à leurs dispositifs de formation continue conventionnelle. Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des représentants des syndicats signataires de la convention nationale de la profession concernée.</p>		
<p>Pour les professions dont il gère le dispositif de formation continue conventionnelle, l'organisme gestionnaire conventionnel est chargé notamment :</p>		
<ul style="list-style-type: none"><li>- de la gestion des appels d'offres sur les actions de formation ;</li><li>- de l'enregistrement de projets soumis par les organismes de formation ;</li><li>- de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention concernée ;</li><li>- de l'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle ;</li><li>- de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de formation conventionnelle.</li></ul>		
<p>Les modalités d'application du présent article, notamment les statuts de l'organisme gestionnaire conventionnel et les règles d'affectation des ressources aux sections, sont fixées par décret.</p>		
<b>Code de la santé publique</b>	<p>V. – L'article L. 4143-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>V. – Alinéa sans modification</p>
<p><i>Art. L. 4143-1.</i> – La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins.</p>	<p>« <i>Art. L. 4143-1.</i> – La formation continue odontologique a pour objectifs le perfectionnement des connaissances, <u>l'évaluation des pratiques professionnelles</u>, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes.</p>	<p>« <i>Art. L. 4143-1.</i> – La ... ... objectifs <i>l'évaluation des pratiques professionnelles</i>, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration. ...</p>
<p>La formation continue est obligatoire pour tout chirurgien-dentiste en exercice.</p>	<p>« <i>Art. L. 4143-2.</i> – Les modalités selon lesquelles les chirurgiens-dentistes satisfont à leur obligation de formation continue odontologique, ainsi que les</p>	<p>... chirurgiens-dentistes. <b>Amendement n° 429</b> « <i>Art. L. 4143-2.</i> – Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles.</p>	<p>critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d'État.</p>	<p>« Art. L. 4143-3. – Alinéa sans modification</p>
<p>Le dispositif de formation continue odontologique comprend un conseil national et des conseils régionaux ou interrégionaux.</p>	<p>« Art. L. 4143-3. – Les instances ordinales s'assurent du respect par les chirurgiens-dentistes de leur obligation de formation continue.</p>	<p>« Art. L. 4143-4. – Les ...</p>
<p>Une convention passée entre l'État et le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes fixe les modalités selon lesquelles le fonctionnement administratif et financier du conseil national et des conseils régionaux ou interrégionaux de la formation continue odontologique est assuré, à l'échelon national, par le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et, à l'échelon régional, par les conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes.</p>	<p>« Art. L. 4143-4. – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux chirurgiens-dentistes salariés d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code. »</p>	<p>... salariés de respecter leur ...</p>
<p>Les conditions de mise en oeuvre de la formation continue de la profession de chirurgien-dentiste sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>... code.</p>	<p><b>Amendement n° 430</b></p>
<p>Art. L. 4236-1. – La formation continue, qui a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration du service rendu aux patients, constitue une obligation pour tout pharmacien tenu pour exercer son art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7.</p>	<p>VI. – Les articles L. 4236-1 à L. 4236-6 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :</p>	<p>VI. – Alinéa sans modification</p>
<p>Cette obligation est satisfaite, dans les conditions prévues par le présent chapitre, sauf pour les pharmaciens exerçant dans les établissements de santé visés à l'article L. 6155-1.</p>	<p>« Art. L. 4236-1. – La formation pharmaceutique continue a pour objectifs le perfectionnement des connaissances, <u>l'évaluation des pratiques professionnelles</u>, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle constitue une obligation pour les pharmaciens tenus pour exercer leur art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7.</p>	<p>« Art. L. 4236-1. – La ... ... objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration...</p>
		<p>... L. 4222-7.</p>
		<p><b>Amendement n° 431</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 4236-2.</i> – Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue a pour mission :</p>	<p>« <i>Art. L. 4236-2.</i> – Les modalités selon lesquelles les pharmaciens satisfont à leur obligation de formation pharmaceutique continue ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d’État.</p>	
<p>1° De fixer les orientations nationales de la formation pharmaceutique continue ;</p>		
<p>2° D’agrèer les organismes intervenant dans le domaine de la formation ;</p>		
<p>3° De définir les moyens de validation du respect de l’obligation définie à l’article L. 4236-1 ;</p>		
<p>4° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation pharmaceutique continue ;</p>		
<p>Des représentants du Conseil national de la formation pharmaceutique continue, à raison d’un représentant de chacun des organismes et institutions composant le conseil, et le comité de coordination mentionné à l’article L. 4133-3 se réunissent au moins trois fois par an en vue, notamment, de se concerter et d’échanger des informations sur les actions mises en oeuvre et à conduire au sein du conseil et des conseils nationaux de la formation médicale continue prévus aux articles L. 4133-2 et L. 6155-2.</p>		
<p>Le conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation pharmaceutique continue. Ce rapport est rendu public.</p>		
<p><i>Art. L. 4236-3.</i> – Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue est composé de représentants de l’ordre national des pharmaciens, des organisations syndicales représentatives d’employeurs et de salariés, des unités de formation et de recherche en pharmacie et des organismes de formation, ainsi que d’un représentant du ministre chargé de la santé et d’un représentant du ministre chargé de l’enseignement supérieur.</p>	<p>« <i>Art. L. 4236-3.</i> – Les instances ordinales s’assurent du respect par les pharmaciens de leur obligation de formation continue.</p>	<p>« <i>Art. L. 4236-3.</i> – Alinéa sans modification</p>
<p>La durée du mandat des membres du conseil national est de cinq ans. Un président et un vice-président sont élus en son sein.</p>		
<p>Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue peut s’or-</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>ganiser en sections permettant de prendre en compte la spécificité de l'exercice des pharmaciens cités à l'article L. 4236-1.</p>	<p>« Art. L. 4236-4. – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux pharmaciens salariés d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code. »</p>	<p>« Art. L. 4236-4. – Les ... ... salariés de respecter leur ...</p>
<p>Art. L. 4236-4. – Des conseils régionaux ou interrégionaux de la formation pharmaceutique continue des pharmaciens mentionnés à l'article L. 4236-1 ont pour mission :</p>		<p>... code.</p>
<p>1° De déterminer les orientations régionales ou interrégionales de la formation continue en cohérence avec celles fixées au plan national ;</p>		<p><b>Amendement n° 432</b></p>
<p>2° De valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L. 4236-1 ;</p>		
<p>3° De formuler des observations et des recommandations en cas de non-respect de cette obligation.</p>		
<p>Le conseil régional ou interrégional adresse chaque année un rapport sur ses activités au Conseil national de la formation pharmaceutique continue mentionné à l'article L. 4236-2.</p>		
<p>Art. L. 4236-5. – Le conseil régional mentionné à l'article L. 4236-4 regroupe, pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que celles composant le Conseil national.</p>		
<p>Les membres de ce conseil sont nommés, sur proposition des organismes qu'ils représentent, par le représentant de l'État dans la région. La durée du mandat des membres du conseil régional est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le représentant de l'État dans la région, parmi les membres du conseil.</p>		
<p>Lorsque le conseil est interrégional, ses membres et son président sont nommés, dans les mêmes conditions, par le ministre chargé de la santé.</p>		
<p>Art. L. 4236-6. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre, notamment les principes généraux que devra appliquer le Conseil national pour fixer les critères d'agrément des organismes formateurs, la composition du Conseil national et du conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue, les modalités de fonctionnement du Conseil national et du conseil</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>régional ou interrégional, ainsi que les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation.</p> <p><i>Art. L. 4153-1.</i> – La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins.</p> <p>La formation continue est obligatoire pour toutes les sages-femmes en exercice.</p> <p>L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles.</p> <p>Les conditions de mise en oeuvre de la formation continue de la profession de sage-femme sont fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p><i>Art. L. 6155-1.</i> – Les <u>médecins, biologistes</u>, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans</p>	<p>VII. – L'article L. 4153-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 4153-1.</i> – La formation continue en maïeutique a pour objectifs le perfectionnement des connaissances, <u>l'évaluation des pratiques professionnelles</u>, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle constitue une obligation pour les sages-femmes. »</p> <p>VIII. – Après l'article L. 4153-1, il est inséré trois articles ainsi rédigés :</p> <p>« <i>Art. L. 4153-2.</i> – Les modalités selon lesquelles les sages-femmes satisfont à leur obligation de formation continue en maïeutique, ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d'État.</p> <p>« <i>Art. L. 4153-3.</i> – Les instances ordinales s'assurent du respect par les sages-femmes de leur obligation de formation continue.</p> <p>« <i>Art. L. 4153-4.</i> – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux sages-femmes salariées d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code. »</p> <p>IX. – À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « dans les conditions fixées au premier et troisième alinéa de l'article L. 4133-1 » sont rempla-</p>	<p>VII. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 4153-1.</i> – La ... ... objectifs <i>l'évaluation des pratiques professionnelles</i>, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration...</p> <p>... sages-femmes. <b>Amendement n° 433</b></p> <p>VIII. – Non modifié</p> <p>IX. – À ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>les hôpitaux des armées, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, sont soumis à une obligation de formation continue <u>dans les conditions fixées aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1.</u></p>	<p>cés par les mots : « dans les conditions fixées aux articles L. 4133-1, L. 4143-1 et L. 4236-1 du code de la santé publique ».</p>	<p>... L. 4143-1, L. 4153-1 et L. 4236-1 du code de la santé publique ».</p>
<p><i>Art. L. 6155-4.</i> – Les établissements de santé publics consacrent à la formation continue de leurs médecins, <u>biologistes</u>, pharmaciens et odontologistes, telle qu'elle est organisée par les statuts de ces personnels, des crédits dont le montant ne peut être inférieur à un pourcentage, fixé par décret, de la masse salariale brute hors charges de ces personnels.</p>	<p>X. – Aux articles L. 6155-1 et L. 6155-4 du même code, le mot : « biologiste » est supprimé.</p>	<p><b>Amendement n° 434</b></p> <p>X. – À l'article L. 6155-1, au premier et au dernier alinéas de l'article L. 6155-4, le mot : « biologistes » est remplacé par le mot : « sages-femmes »</p>
<p>Des établissements publics de santé peuvent s'associer pour financer des actions de formation communes pour leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes.</p>	<p>XI. – Les articles L. 6155-2, L. 6155-3 et L. 6155-5 du même code sont abrogés.</p>	<p><b>Amendement n° 435</b></p> <p>XI. – Non modifié</p>
<p><i>Art. L. 6155-2.</i> – Le Conseil national de la formation continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1, dont les conditions de fonctionnement et les missions sont identiques à celles des conseils mentionnés aux articles L. 4133-2 et L. 4133-3, comprend notamment des représentants des ordres des professions médicales et de l'ordre des pharmaciens, du service de santé des armées, des unités de formation et de recherche et des syndicats représentatifs concernés, des personnalités qualifiées, ainsi que des représentants des commissions médicales d'établissement et des organismes de formation. Un représentant du ministre chargé de la santé assiste aux séances du conseil avec voix consultative.</p>		
<p>Le conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation continue dans son domaine de compétence. Ce rapport est rendu public.</p>		
<p><i>Art. L. 6155-3.</i> – La validation de l'obligation de formation des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 est effectuée par le conseil régional mentionné à l'article L. 4133-4.</p>		
<p><i>Art. L. 6155-5.</i> – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, notamment la composition du</p>		



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>conseil national mentionné à l'article L. 6155-2.</p>	<p>XII. – L'article L. 4242-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	XII. – Non modifié
<p><i>Art. L. 4242-1.</i> – La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins.</p>	<p>« <i>Art. L. 4242-1.</i> – 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.</p>	
<p>La formation continue est obligatoire pour les préparateurs en pharmacie.</p>	<p>« La formation continue est une obligation pour les préparateurs en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière. Elle se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »</p>	
<p>L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles.</p>		
<p>Les conditions de mise en oeuvre de la formation continue de la profession de préparateur en pharmacie sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>		
<p><i>Art. L. 4382-1.</i> – La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins.</p>	<p>XIII. – L'article L. 4382-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	XIII. – Non modifié
	<p>« <i>Art. L. 4382-1.</i> – 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.</p>	
<p>La formation continue est obligatoire pour toutes les personnes mentionnées au présent livre.</p>	<p>« La formation continue est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Elle se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »</p>	
<p>L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles.</p>		
<p>Les conditions de mise en oeuvre de la formation continue des professions de santé visées au présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>		

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

XV. – Les dispositions des II, III, IV et XIV du présent article entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

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 relevant du domaine de la loi, réformant les conditions de création, d'organisation et de fonction-

XIV. – Les ...

... s'opère à compter de la date prévue au XV et avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, le transfert...

... L. 162-5.

**Amendement n° 436**

*Ce transfert est effectué à titre ...  
... et ne donne lieu...*

... honoraires.

**Amendement n° 437**

*Article additionnel*

*« Après l'article L. 4151-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-7-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 4151-7-1. – La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, sous réserve de l'accord du conseil régional. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université et notamment le mode d'administration et les conditions de mise en œuvre. »*

**Amendement n° 440**

XV. – Non modifié

Article 20

**Supprimé**  
**Amendement n° 441**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nement des laboratoires de biologie médicale et visant à :

1° Harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;

2° Mieux garantir la qualité des examens de biologie médicale, notamment en mettant en place une procédure d'accréditation des laboratoires ;

3° Définir les missions du biologiste, du laboratoire de biologie médicale et du personnel technique dans le cadre du parcours de soins du patient, en assurant l'efficacité des dépenses de santé ;

4° Instituer les mesures permettant d'assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité scientifique et technique du laboratoire de biologie médicale et ses investissements en matière médicale ;

6° Assouplir les règles relatives à la détention du capital ;

7° Adapter les missions et prérogatives des agents habilités à effectuer l'inspection des laboratoires de biologie médicale ;

8° Adapter le régime des sanctions administratives et pénales.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 21

I. – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la publication de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi, nécessaires pour :

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

Article 21

I. – Dans ...

... mesures nécessaires pour :

**Amendement n° 442**

1° Compléter le dispositif de reconnaissance des diplômes obtenus dans un État tiers prévu par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles ;

**Amendement n° 443**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

—

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.

Compléter ...

...médica-

les.

**Amendement n° 444**

II. – Dans ...

II. – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de dix mois à compter de la publication de la présente loi, les dispositions législatives nécessaires à la transposition de la directive 2007/47/CE du Parlement et du Conseil du 5 septembre 2007 modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition.

... dispositions nécessaires ...

... transposition.

**Amendement n° 445**

III. – Non modifié

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.

**Code de la santé publique**

*Article additionnel*

*Art. L. 1114-1. - .....*

*Après le mot : « publics », la fin du dernier alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée :*

*« , avant le 30 juin, auprès de la Haute autorité de santé, la liste des associations de patients et le montant des aides de toute nature qu'elles leur versent pour l'année en cours. »*

**Amendement n° 446**

*Article additionnel*

*« Après l'article L. 6135-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6135-2. ainsi rédigé :*

*« L. 6135-2. - Les centres hospitaliers qui comportent une structure*

Les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent rendre publics la liste des associations de patients et le montant des aides de toute nature qu'elles leur versent, selon des modalités fixées par un décret en Conseil d'Etat.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*destinée à l'accueil et l'orientation des victimes d'infractions pénales et aux constatations et examens techniques et scientifiques prévus par le code de procédure pénale peuvent se regrouper au sein de fédérations médicales inter-hospitalières de médecine légale pour l'accomplissement de ces missions. Chacune des fédérations médicales inter-hospitalières ainsi constituées peut être coordonnée par une structure faisant partie d'un centre hospitalier régional ayant passé convention avec une université au sens de l'article L. 6141-2 ou à défaut doit être liée par convention avec une fédération qui remplit cette condition ». »*

**Amendement n° 447**

*Article additionnel*

*I. – Après l'article L. 4113-14 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4113-15 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 4113-15. – La télé-médecine est une forme de pratique médicale réalisée à distance dans le strict respect du code de déontologie et du secret professionnel, en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, soit un patient et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé entre eux. Parmi les professionnels de santé figure au minimum un membre d'une profession médicale. Elle permet, à distance, d'établir un diagnostic, d'obtenir un avis spécialisé, de prendre une décision thérapeutique et de la mettre en œuvre, de mettre en place une surveillance de l'état des patients, et de réaliser, ou de prescrire, des produits, des prestations ou des actes. Les conditions de mise en œuvre de cette pratique sont fixées par voie réglementaire ».*

*II. – L'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.*

**Amendement n° 394**

**Loi n° 2004-810 du 13 août 2004  
relative à l'assurance maladie**

Art. 32. - La télé-médecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

*Art. L. 162-4-3.* - Les médecins peuvent, à l'occasion des soins qu'ils délivrent et sous les conditions prévues à l'article L. 161-31, consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Dans ce cas, ils en informent préalablement le patient. Le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L. 161-31.

.....  
Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les modalités d'application du présent article.

*Article additionnel*

« Après l'article L. 143-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 143-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 143-10. – Pour les contestations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 143-1, le praticien-conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné transmet, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à l'attention du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'entier rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail permanente. À la demande de l'employeur, ce rapport est notifié au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification.

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

**Amendement n° 448**

*Article additionnel*

« L'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les assurés sociaux ont accès à ces données, ainsi qu'à l'historique permettant d'identifier les médecins qui ont consulté leur relevé. »

**Amendement n° 449**

**Dispositions en vigueur**

**Code de la sécurité sociale**

*Art. L. 161-38.* – La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement.

**Texte du projet de loi**

**TITRE III**

**PRÉVENTION ET  
SANTÉ PUBLIQUE**

**Propositions de la  
Commission**

**TITRE III**

**PRÉVENTION ET  
SANTÉ PUBLIQUE**

*Article additionnel*

*À la fin du premier paragraphe de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, il est inséré la phrase suivante :*

*« Elle veille aussi à ce que les sites informatiques dédiés à la santé certifiés affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments.*

**Amendement n° 450**

*Article additionnel*

*« Après l'article L. 161-40 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-40-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 161-40-1. – La Haute autorité de santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, met en œuvre, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, une base de données administratives et scientifiques sur les médicaments, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette base de données répond aux critères définis dans la charte de qualité des bases de données médicamenteuses destinées aux éditeurs de logiciels d'aide à la prescription, candidats à la procédure de certification prévue à l'article L.161-38 du code de la sécurité sociale.»*

*« Un décret fixe les conditions dans lesquelles celle-ci est rendue gratuitement accessible au public.»*

**Amendement n° 451**

**Dispositions en vigueur**

*Art. L. 162-17.* – Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel*

*« L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, est complété par l'alinéa suivant :*

*« La Haute Autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »*

**Amendement n° 452**



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>PREMIÈRE PARTIE <b>Protection générale de la santé</b> LIVRE I<sup>er</sup> <b>Protection des personnes</b> <b>en matière de santé</b></p>	<p>—</p> <p>Article 22</p> <p>I. – Au livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique, il est ajouté un titre VI ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;"><b>« TITRE VI « ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT « CHAPITRE UNIQUE « Art. L. 1161-1. – L'éducation thérapeutique du patient fait partie de la prise en charge du patient et de son parcours de soins. « Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. « Art. L. 1161-2. – Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. « Art. L. 1161-3. – L'agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient afin, notamment, de préciser le financement des programmes. Ces conventions définissent, le cas échéant, le délai et les modalités de la mise en conformité de ces programmes au cahier des charges national. L'agence régionale de santé évalue les programmes mis en œuvre. « Les conditions d'application de cet article sont définies par décret. « Art. L. 1161-4. – Les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. »</b></p> <p>II. – Au chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V de la première partie du même code, il est ajouté un article L. 1521-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1521-5 – Les articles L. 1161-1 à L. 1161-4 sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :</p>	<p>—</p> <p>Article 22</p> <p>Sans modification</p>

**Dispositions en vigueur**

—

**Code de la santé publique**

*Art. L. 2122-1.* – Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnatals obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

.....

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte.

*Art. L. 4151-1.* – L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

.....

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

**Texte du projet de loi**

—

« À l'article L. 1161-3, les mots : « l'agence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « l'agence de santé ». »

**Propositions de la Commission**

—

*Article additionnel*

*I. – Le troisième alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par la phrase suivante :*

*« Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »*

*II. – Le troisième alinéa de l'article L. 4151-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :*

*« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »*

## Dispositions en vigueur

*Art. L. 5134-1. – I. – .....*

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

II. – Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. – Les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*III. – A la deuxième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du même code, après le mot : « médecin », insérer les mots : « , une sage-femme ».*

*IV. – Le II de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi modifié :*

*« 1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « d'un médecin ou d'une sage-femme ».*

*« 2° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée.*

*« 3° Au deuxième alinéa, à la première phrase, après le mot : « médecin », insérer les mots : « ou une sage-femme ».*

*« 4° Au deuxième alinéa, à la deuxième phrase, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « praticien ».*

*V. – Au III de l'article L. 5134-1 du même code, les mots « une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse » sont remplacés par « les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux ainsi que le suivi biologique nécessaire ».*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Art. L. 1411-1-1.* – L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

*Art. L. 5134-1.* – .....

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

.....

*Art. L. 2111-1.* – L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

.....

*VI. – Les dispositions du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.*

**Amendement n° 453**

*Article additionnel*

*Le deuxième alinéa de l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « y compris pour leur accès à la contraception ».*

**Amendement n° 454**

*Article additionnel*

*Après le dernier alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »*

**Amendement n° 455**

*Article additionnel*

*L'article L. 2111-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« 5° Une politique nationale de planning familial comprenant des actions d'écoute, de conseil, d'aide à la contraception et d'éducation à la sexualité est mise en œuvre par l'État. »*

**Amendement n° 456**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>TROISIÈME PARTIE</b> <b>Lutte contre les maladies</b> <b>et dépendances</b> LIVRE III <b>Lutte contre l'alcoolisme</b> TITRE IV <b>Répression de l'ivresse publique</b> <b>et protection des mineurs</b></p> <p><i>Art. L. 3342-1.</i> – Dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter.</p> <p><i>Art. L. 3342-2.</i> – Il est interdit dans les débits de boissons et autres lieux publics et à quelque jour ou heure que ce soit, de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de plus de seize ans, pour être consommées sur place, des boissons du troisième, du quatrième ou du cinquième groupe.</p> <p>« <i>Art. L. 3341-2.</i> – Une affiche rappelant les dispositions du présent titre est placée à la porte de toutes les mairies et dans la salle principale de tous cabarets, cafés et autres débits de boissons. Un exemplaire en est adressé à cet effet à tous les maires, cabaretiers, cafetiers et autres débitants de boissons.</p> <p>Le modèle de cette affiche est déterminé par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, de l'intérieur et de la santé.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>I. – Le titre IV du livre III de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 3342-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 3342-1.</i> – La vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité. » ;</p> <p>2° L'article L. 3342-2 est abrogé ;</p> <p>3° Il est inséré, après l'article L. 3342-3, un article L. 3342-4 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 3342-4.</i> – 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. » ;</p> <p>4° L'article L. 3341-2 est abrogé.</p> <p>II. – L'article L. 3353-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 3353-3.</i> – La vente, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, ou l’offre à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter est punie de 3750 € d’amende.</p>	<p>« <i>Art. L. 3353-3.</i> – 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.</p>	<p>« <i>Art. L. 3353-3.</i> – La ...</p> <p>... publics <i>sauf lorsqu’elle est effectuée par une des personnes mentionnées à l’article L. 3342-3</i>, est punie de la même peine.</p>
<p>Le fait de se rendre coupable du délit prévu 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 7500 € d’amende.</p>	<p>« 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.</p>	<p><b>Amendement n° 457</b> Alinéa sans modification</p>
<p>Les personnes coupables des infractions prévues au présent article encourrent également la peine complémentaire d’obligation d’accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l’article 131-35-1 du code pénal.</p>	<p>« Les personnes physiques coupables de l’une des infractions mentionnées au premier alinéa encourrent également la peine complémentaire d’interdiction à titre temporaire d’exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d’un an au plus, et celle de l’obligation d’accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l’article 131-35-1 du code pénal.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>« Les personnes morales coupables de l’une des infractions mentionnées au premier alinéa encourrent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l’article 131-39 du code pénal. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>III. – Les dispositions du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.</p>	<p>III. – Non modifié</p>
	<p>Article 24</p>	<p>Article 24</p>
<p><i>Art. L. 3322-9.</i> – Il est interdit de vendre au détail à crédit, soit au verre, soit en bouteilles, des boissons des troisième, quatrième et cinquième groupes à consommer sur place ou à emporter.</p>	<p>I. – L’article L. 3322-9 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>
<p>Il est interdit de vendre au détail à crédit, soit au verre, soit en bouteilles, des boissons du deuxième groupe à consommer sur place.</p>	<p>1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Il est interdit d’offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but promotionnel, ou de les</p>	<p>1° Alinéa sans modification « Il est interdit <i>lors de manifestations destinées principalement aux personnes de 25 ans et moins d’offrir gra-</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre vingt-deux heures et six heures, dans les points de vente de carburant</p>	<p>vendre au forfait. » ;</p> <p>2° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques dans les points de vente de carburant. Toutefois, le représentant de l'État dans le département peut autoriser la vente de boissons alcooliques entre huit heures et dix-huit heures dans les points de vente de carburant des communes appartenant aux zones de revitalisation rurale et dans ceux qui exercent à titre principal la fonction de commerce d'alimentation générale, dès lors qu'il n'existe aucun autre commerce d'alimentation générale sur le territoire de la commune sur lequel il est implanté. Cette dérogation ne s'applique pas à la vente de boissons alcooliques réfrigérées. »</p>	<p>tivement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial, ou de les vendre au forfait. » ;</p> <p><b>Amendement n° 458</b></p> <p>2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre vingt heures et huit heures, dans les points de vente de carburant.</p>
<p><i>Art. L. 3322-9.</i> – La distribution de boissons par le moyen d'appareils automatiques permettant la consommation immédiate est considérée comme une vente à consommer sur place.</p>	<p>II. – L'article L. 3331-4 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques réfrigérées doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L. 3332-1-1.</p>	<p>« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans les points de vente de carburant. »</p> <p><b>Amendement n° 524</b></p> <p><i>I bis.</i> – Après l'article L. 3331-3 du même code, il est inséré un article L. 3331-3-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3331-3-1. – Les débits de boisson de vente à distance, lorsqu'ils ne sont pas entrepositaires agréés au sens de l'article 302 G du code général des impôts, doivent être titulaires de la licence à emporter prévue à l'article L. 3331-3 du code de la santé publique. »</p> <p><b>Amendement n° 525</b></p> <p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Dans chaque département, une charte de bonne conduite sera signée entre, d'un côté, les épiciers ou commerçants en alimentation générale ouvrant leur magasin de jour et en nocturne et, de l'autre, le préfet du département, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2010.</p>

**Dispositions en vigueur**

TITRE V  
**Dispositions pénales**

*Art. L. 3351-6.* – La mise à disposition du public d'un appareil automatique distribuant des boissons alcooliques est punie de 3750 euros d'amende.

L'appareil ayant servi à commettre l'infraction est saisi et le tribunal en prononce la confiscation.

La récidive est punie de six mois d'emprisonnement et de 18000 euros d'amende.

**Texte du projet de loi**

« 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'État dans le département est puni de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« 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.* – L'offre à titre gratuit à volonté, dans un but promotionnel, de boissons alcooliques ainsi que leur vente au forfait sont punies de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus.

**Propositions de la Commission**

« Les modalités d'application des dispositions de l'alinéa précédent sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

**Amendement n° 526**

***Alinéa supprimé***

**Amendement n° 525**

III. – Non modifié



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 3351-8.</i> – Les agents habilités de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes veillent au respect de l'article L. 3323-2 ainsi que des règlements pris pour son application. Ils procèdent à la recherche et à la constatation des infractions ou manquements prévus par ces textes dans les conditions fixées par les I, IV, V et VI de l'article L. 141-1 du code de la consommation.</p>	<p>« 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. » ;</p>	
<p>LIVRE V <b>Lutte contre le tabagisme et lutte contre le dopage</b></p>	<p>3° À l'article L. 3351-8, les mots : « de l'article L. 3323-2 ainsi que des règlements pris pour son application » sont remplacés par les mots : « des articles L. 3322-2, L. 3323-2, L. 3332-4 et L. 3323-6 ainsi que des règlements pris pour leur application ».</p>	
<p><i>Art. L. 3512-1-1.</i> – Est puni des amendes prévues pour les contraventions de la 2e classe le fait de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac à des mineurs de moins de seize ans, sauf si le contrevenant fait la preuve qu'il a été induit en erreur sur l'âge des mineurs. Les modalités du contrôle de l'âge sont définies par décret.</p>	<p>IV. – Le livre V de la même partie est ainsi modifié :</p>	IV. – Non modifié
<p><i>Art. L. 3512-4.</i> – Les agents mentionnés à l'article L. 1312-1, les médecins inspecteurs de la santé publique, les ingénieurs du génie sanitaire, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et les agents mentionnés à l'article L. 611-10 du code du travail, habilités et assermentés, veillent au respect des dispositions de l'article L. 3511-7 du présent code ainsi que des règlements pris pour son application, et procèdent à la recherche et à la constatation des infractions prévues par ces textes.</p>	<p>1° À l'entrée en vigueur de la disposition réglementaire correspondante, l'article L. 3512-1-1 est abrogé ;</p>	
<p>A cet effet, ils disposent, chacun pour ce qui le concerne, des prérogatives qui leur sont reconnues en matière de contrôle ou de constatation des infractions par les articles L. 1312-1, L. 1421-2, L. 1421-3 et L. 5413-1 du présent code, L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, L. 611-8 à L. 611-12-1 du code du travail et par les textes pris pour leur application.</p>	<p>2° L'article L. 3512-4 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
	<p>« <i>Art. L. 3512-4.</i> – 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.</p>	
	<p>« 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. »</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 1312-1. – Sous réserve des dispositions des articles L. 1324-1, L. 1337-1, L. 1336-1-1 et L. 1343-1, les infractions aux prescriptions des articles du présent livre, ou des règlements pris pour leur application, sont constatées par des officiers et agents de police judiciaire, conformément aux dispositions du code de procédure pénale, ainsi que par les fonctionnaires et agents du ministère de la santé ou des collectivités territoriales habilités et assermentés dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>V. – L'article L. 1312-1 du même code est ainsi modifié :</p>	V. – Non modifié
.....	<p>1° Au premier alinéa, après le mot : « sont » sont insérés les mots : « recherchées et » ;</p>	
	<p>2° Il est ajouté au même alinéa la phrase suivante : « À cet effet, ces fonctionnaires et agents disposent des pouvoirs et prérogatives prévus aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3. »</p>	
	<p>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.</p>	VI. – Non modifié
	<p>VII. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	
	<p>1° Le titre II du livre IV de la première partie est ainsi modifié :</p>	VII. – Non modifié
<p>PREMIÈRE PARTIE <b>Protection générale de la santé</b> LIVRE IV <b>Administration générale de la santé</b> TITRE II <b>Administrations</b> CHAPITRE V <b>Dispositions pénales</b></p>	<p>a) Le chapitre V devient le chapitre VI ;</p>	
<p>Art. L. 1425-1. – Le fait de faire obstacle aux fonctions des agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 5313-1 est puni de six mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende.</p>	<p>b) Les articles L. 1425-1 et L. 1425-2 deviennent les articles L. 1426-1 et L. 1426-2 ;</p>	
<p>Art. L. 1425-2. – Les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 4163-2 sont applicables aux membres des commissions consultatives placées auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'aux personnes qui collaborent occasionnellement aux travaux de ces commissions. Les dispositions des alinéas suivants de ce même article sont applicables aux</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>personnes physiques et morales qui proposent ou procurent des avantages à ces membres ou à ces personnes.</p>	<p>2° Il est rétabli un chapitre V ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« CHAPITRE V <b>« Saint-Pierre-et-Miquelon</b> « Art. L. 1425-1. – Pour l'application du présent code à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « représentant de l'État dans la collectivité. »</p> <p>VIII. – Le 1° du I du présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.</p>	<p>VIII. – Non modifié</p>
		<p style="text-align: center;"><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Après l'article L. 3322-11 du code de la santé publique, sont insérés deux articles L. 3322-12 et L. 3322-13 ainsi rédigés :</i></p> <p><i>« Art. L. 3322-12. – La vente d'alcool entre 22 heures et 6 heures dans les commerces de détail est soumise à une autorisation préalable du maire.</i></p> <p><i>« Art. L. 3322-13. – Le tapage nocturne, la dégradation de biens publics, le comportement agressif ou la mise en danger de certains consommateurs constituent une cause réelle de motivation de refus de la part du maire de délivrer une autorisation préalable de vente. »</i></p>
		<p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 527</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Après l'article L. 3353-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3353-7 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 3353-7. – La vente d'alcool entre 22 heures et 6 heures dans les commerces de détail en l'absence d'autorisation du maire est punie de 3750 € d'amende.</i></p> <p><i>« Le fait de se rendre coupable du délit prévu au présent article, en ayant été condamné depuis moins de cinq ans pour un délit identique, est puni d'un an d'emprisonnement et de 7500 € d'amende »</i></p>
		<p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 528</b></p>

**Dispositions en vigueur**

**Code de procédure pénale**

*Art. 41-2.* – Le procureur de la République, tant que l'action publique n'a pas été mise en mouvement, peut proposer, directement ou par l'intermédiaire d'une personne habilitée, une composition pénale à une personne physique qui reconnaît avoir commis un ou plusieurs délits punis à titre de peine principale d'une peine d'amende ou d'une peine d'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à cinq ans, ainsi que, le cas échéant, une ou plusieurs contraventions connexes qui consiste en une ou plusieurs des mesures suivantes :

.....

**Code de la santé publique**

*Art. L. 3323-2.* – La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques dont la fabrication et la vente ne sont pas interdites sont autorisées exclusivement :

.....

.....

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel*

*Après le cinquième alinéa de l'article 41-2 du code de procédure pénale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« 4° bis Suivre un programme de réhabilitation et de sensibilisation comportant l'installation à ses frais d'un éthylotest anti-démarrreur sur son véhicule, pour une période minimale de six mois et maximale de trois ans ; ».*

**Amendement n° 529**

*Article additionnel*

*Il est inséré, après le 8° de l'article L. 3323-2 du code de la santé publique, deux alinéas ainsi rédigés :*

*« 9° Sur les services de communication au public en ligne des producteurs, des fabricants, des importateurs, des négociants, des concessionnaires, des entrepositaires, des distributeurs, des grossistes et des détaillants de boissons alcooliques, des éleveurs ou de leurs organisations professionnelles ou interprofessionnelles.*

*« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du précédent alinéa, notamment les formats de publicité autorisés, eu égard aux différentes technologies utilisées. »*

**Amendement n° 530**

*Article additionnel*

*Le premier alinéa de l'article L. 3311-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

**Dispositions en vigueur**

*Art. L. 3311-1.* – L'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme, sans préjudice du dispositif prévu à l'article L. 3221-1.

*Art. L. 3323-4.* – La publicité autorisée pour les boissons alcooliques est limitée à l'indication du degré volumique d'alcool, de l'origine, de la dénomination, de la composition du produit, du nom et de l'adresse du fabricant, des agents et des dépositaires ainsi que du mode d'élaboration, des modalités de vente et du mode de consommation du produit.

Toute publicité en faveur de boissons alcooliques, à l'exception des circulaires commerciales destinées aux personnes agissant à titre professionnel ou faisant l'objet d'envois nominatifs ainsi que les affichettes, tarifs, menus ou objets à l'intérieur des lieux de vente à caractère spécialisé, doit être assortie d'un message de caractère sanitaire précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé.

**Loi n°2006-11 du 5 janvier 2006  
d'orientation agricole**

*Art. 69.* – Il est créé, par décret, dans un délai de deux mois à compter de la publication de la présente loi, un Conseil de modération et de prévention qui assiste et conseille les pouvoirs publics dans l'élaboration et la mise en place des politiques de prévention en matière de consommation d'alcool.

Le Conseil de modération et de prévention est placé auprès des ministres chargés de la santé et de l'agriculture. Son président est nommé par le Premier ministre.

Le Conseil de modération et de prévention est consulté sur les projets de campagne de communication publique relative à la consommation des boissons alcoolisées et sur les projets de textes législatifs et réglementaires intervenant dans son domaine de compétence.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*« Art. L. 3311-1. – L'État organise et coordonne la prévention des risques liés à la consommation d'alcool et la prise en charge des dommages pour la santé qui en résultent, sans préjudice du dispositif prévu à l'article L.3221-1. »*

**Amendement n° 531**

*Article additionnel*

*Le quatrième alinéa de l'article L. 3323-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

*« Toute publicité en faveur de boissons alcooliques, à l'exception des circulaires commerciales destinées aux personnes agissant à titre professionnel ou faisant l'objet d'envois nominatifs ainsi que les affichettes, tarifs, menus ou objets à l'intérieur des lieux de vente à caractère spécialisé, doit être assortie d'un message de caractère sanitaire défini par un arrêté du ministre chargé de la santé. »*

**Amendement n° 532**

*Article additionnel*

L'article 69 de la loi n°2006-11 du 5 janvier 2006 est supprimé.

**Amendement n° 533**

**Dispositions en vigueur**

Il peut être saisi par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de l'agriculture ou par un cinquième de ses membres, sur toute question se rapportant aux usages et aux risques liés à la consommation de boissons alcoolisées.

Il est composé, à parts égales, de quatre catégories de membres :

- des parlementaires ;
- des représentants des ministères et des organismes publics ;
- des représentants d'associations et d'organismes intervenant notamment dans le domaine de la santé, de la prévention de l'alcoolisme et de la sécurité routière ;
- des professionnels des filières concernées et notamment des filières vitivinicoles.

*Art. L. 3511-2.* – Sont interdites la fabrication, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit des produits destinés à usage oral, à l'exception de ceux qui sont destinés à être fumés ou chiqués, constitués totalement ou partiellement de tabac, sous forme de poudre, de particules fines ou toutes combinaisons de ces formes, notamment ceux qui sont présentés en sachets-portions ou en sachets poreux, ou sous une forme évoquant une denrée comestible.

Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de vingt cigarettes et de paquets de plus de vingt qui ne sont pas composés d'un nombre de cigarettes multiple de cinq ainsi que des contenants de moins de trente grammes de tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes, quel que soit leur conditionnement.

Est interdite la vente de produits du tabac en distributeurs automatiques.

*Art. L. 3511-6.* – .....

À compter du 30 septembre 2003, il est interdit d'utiliser, sur

**Texte du projet de loi**

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. »

**Propositions de la Commission**

Article 25

I. – Alinéa sans modification

« Sont ...

... ingrédients *donnant une saveur* ...  
... décret. »

**Amendement n° 534**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>l'emballage des produits du tabac, des textes, dénominations, marques et signes figuratifs ou autres indiquant qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres.</p>	<p>II. – Les dispositions du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.</p>	<p><i>I bis. – Le dernier alinéa de l'article L. 3511-6 du même code est complété par les mots : « ou rappelant la saveur d'une denrée alimentaire ou d'une boisson alcoolique ».</i></p>
<p><b>Code général des impôts</b></p>		<p><b>Amendement n° 535</b></p>
<p>Art. 575 A. – ..... Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à <u>155 €</u> pour les cigarettes.</p>		<p>II. – Non modifié</p>
<p>Il est fixé à <u>85 €</u> pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, à <u>60 €</u> pour les autres tabacs à fumer et à <u>89 €</u> pour les cigares.</p>		<p><i>Article additionnel</i></p>
		<p><i>I. – Au deuxième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts, le montant : « 155 € », est remplacé par le montant : « 164 € ».</i></p>
		<p><i>II. – Au troisième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts, le montant : « 85 € », est remplacé par le montant : « 90 € ».</i></p>
		<p><b>Amendement n°536</b></p>
		<p><i>Article additionnel</i></p>
<p><b>Code de la santé publique</b></p>		<p><i>I. – Le chapitre III du titre III du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</i> <i>1° L'article L. 1333-10 est ainsi modifié :</i></p>
<p><i>Art. L. 1333-10. – Le chef d'une entreprise utilisant des matériaux contenant des radionucléides naturels non utilisés pour leurs propriétés radioactives, fissiles ou fertiles met en oeuvre des mesures de surveillance de l'exposition, lorsque celle-ci est de nature à porter atteinte à la santé des personnes. <u>La même obligation incombe aux propriétaires ou exploitants de lieux ouverts au public lorsque ce dernier est soumis à une exposition aux rayonnements naturels susceptibles de porter atteinte à sa santé.</u></i></p>		<p><i>La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que les mesures nécessaires pour assurer leur protection » ;</i></p>
		<p><i>La dernière phrase du premier alinéa est supprimée</i></p>
		<p><i>Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</i> <i>« L'obligation de surveillance incombe également aux propriétaires ou exploitants de lieux ouverts au public ou d'immeubles bâtis situés dans les zones géographiques où l'exposition aux rayonnements naturels est susceptible de porter atteinte à la santé. Les zones géographiques concernées et les niveaux maximum d'activité du radon ou</i></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Art. L. 1337-6.* – Est puni de six mois d'emprisonnement et d'une amende de 7500 € le fait :

3° De ne pas mettre en oeuvre, dans le délai imparti par une mise en demeure notifiée par l'Autorité de sûreté nucléaire, les mesures de surveillance prévues à l'article L. 1333-10 ;

**Code de la construction et de l'habitation**

*Art. L. 271-4.* –  
Le dossier de diagnostic technique comprend, dans les conditions définies par les dispositions qui les régissent, les documents suivants :

*de ses descendants en fonction de l'usage des immeubles, sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé, du travail, de la construction et de l'écologie, pris après avis de l'Autorité de sûreté nucléaire.*

« Lorsque le niveau d'activité du radon et de ses descendants atteint le seuil fixé en application de l'alinéa précédent, les propriétaires ou à défaut les exploitants des immeubles concernés sont tenus de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour réduire l'exposition et assurer la santé des personnes.

« 2° Après l'article L.1333-10, il est inséré un article L.1333-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L.1333-10-1.– A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, les résultats de la surveillance mentionnée à l'article L.1333-10 sont annexés :

« – à la promesse de vente d'un immeuble bâti ou à défaut de promesse, à l'acte authentique de vente. En cas de vente publique, ils sont annexés au cahier des charges.

« – à tout contrat de location de tout ou partie d'un immeuble bâti. »

« 3° Au 3° de l'article L.1337-6, les mots : « à l'article L.1333-10 » sont remplacés par les mots : « et de protection prévues, en application de l'article L.1333-10, pour les entreprises et les lieux ouverts au public ».

II. – Les dispositions du 1° et du 3° du I sont applicables à Wallis et Futuna.

III. – L'article L. 271-4 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Au I, il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'état des mesures de l'activité du radon et de ses descendants, prévu à



**Dispositions en vigueur**

.....  
II. – En l'absence, lors de la signature de l'acte authentique de vente, d'un des documents mentionnés aux 1°, 2°, 3°, 4°, 7° et 8° du I en cours de validité, le vendeur ne peut pas s'exonérer de la garantie des vices cachés correspondante.  
.....

**Loi n°89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n°86-1290 du 23 décembre 1986**

*Art. 3-1.* – Un dossier de diagnostic technique, fourni par le bailleur, est annexé au contrat de location lors de sa signature ou de son renouvellement et comprend :

**Code de la santé publique**

*Art. L. 1333-21.* – Le préfet peut prescrire, en tant que de besoin, la réalisation de mesures des champs électromagnétiques, en vue de contrôler le respect des valeurs limites fixées, en application du 12° de l'article L. 32 du code des postes et des communications électroniques, afin de protéger la population exposée. Les modalités de réalisation de ces mesures sont définies par arrêté des ministres chargés des télécommunications, de la communication et de la santé. Le coût de ces mesures est à la charge du ou des exploitants concernés.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*l'article L.1333-10-1 du code de la santé publique; »*

*« 2° Au premier alinéa du II, les termes : « et 8° » sont remplacés par les termes : « 8° et 9° ».*

*IV.– Après le troisième alinéa de l'article 3-1 de la loi n°89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n°86-1290 du 23 décembre 1986, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

*« c) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'état des mesures de l'activité du radon et de ses descendants, prévu à l'article L. 1333-10-1 du code de la santé publique. »*

**Amendement n° 537**

*Article additionnel*

*Le chapitre III bis du titre III du livre III du de la première partie est ainsi modifié :*

*1° L'article L 1333-21 devient l'article L 1333-23*

*2° L'article L 1333-21 est rédigé comme suit :*

*« Art. L. 1333-21. – L'exposition aux ondes électromagnétiques doit être maintenue au niveau le plus faible qu'il*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*Art. L.1334-9.* – Si le constat, établi dans les conditions mentionnées aux articles L. 1334-6 à L. 1334-8, met en évidence la présence de revêtements dégradés contenant du plomb à des concentrations supérieures aux seuils définis par l'arrêté mentionné à l'article L. 1334-2, le propriétaire ou l'exploitant du local d'hébergement doit en informer les occupants et les personnes amenées à faire des travaux dans l'immeuble ou la partie d'immeuble concerné. Il procède aux travaux appropriés pour supprimer le risque d'exposition au plomb, tout en garantissant la sécurité des occupants. En cas de location, lesdits tra-

*est raisonnablement possible d'atteindre, compte tenu de l'état des techniques, des facteurs économiques et sociaux et de la protection des intérêts vitaux, notamment ceux relatifs à la santé et la sécurité des personnes. »*

*« 2° Il est inséré un article L. 1333-22 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 1333-22. – Le niveau du champ électromagnétique de radiofréquences fait l'objet d'une valeur cible fixée dans les conditions définies par décret en Conseil d'État. Ce décret définit les conditions de mesure, les délais de mise en œuvre. »*

**Amendement n° 538**

*Article additionnel*

*Le chapitre IV du titre III du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° Après l'article L.1334-8, est inséré un article L.1334-8-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 1334-8-1. – Dans les zones délimitées pour la réalisation d'une opération d'amélioration de l'habitat, l'autorité administrative compétente prescrit aux propriétaires bénéficiaires de subventions de travaux pour sortie d'insalubrité la réalisation et la communication d'un constat de risque d'exposition au plomb mentionné à l'article L.1334-5 dans les immeubles affectés à l'usage d'habitation construits avant le 1<sup>er</sup> janvier 1949. Les constats établis dans les conditions de l'article L.1334-8 lui sont communiqués à sa demande. »*

*« 2° À l'article L.1334-9, la référence : « L.1334-8 » est remplacée par la référence : « L.1334-8-1 » ;*

**Dispositions en vigueur**

vaux incombent au propriétaire bailleur. La non-réalisation desdits travaux par le propriétaire bailleur, avant la mise en location du logement, constitue un manquement aux obligations particulières de sécurité et de prudence susceptible d'engager sa responsabilité pénale.

*Art. L. 1334-10.* – Si le constat de risque d'exposition au plomb établi dans les conditions mentionnées aux articles L. 1334-6, L. 1334-7 et L. 1334-8 fait apparaître la présence de facteurs de dégradation précisés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la construction, l'auteur du constat transmet immédiatement une copie de ce document au représentant de l'Etat dans le département.

*Art. L. 1334-13.* – Un état mentionnant la présence ou, le cas échéant, l'absence de matériaux ou produits de la construction contenant de l'amiante est produit, lors de la vente d'un immeuble bâti, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 271-4 à L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'établissement de l'état ainsi que les immeubles bâtis et les produits et matériaux de construction concernés.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« 3° À l'article L. 1334-10, les références : « L. 1334-6, L. 1334-7 et L. 1334-8 » sont remplacés par les références : « L. 1334-6 à L. 1334-8-1 ».

**Amendement n° 539**

*Article additionnel*

*I. – Le chapitre IV du titre III du livre III de la première partie du code de la santé publique, est ainsi modifié :*

*1° L'article L. 1334-13 est ainsi rédigé :*

« Art. L. 1334-13. – Un état mentionnant la présence ou l'absence de matériaux ou produits contenant de l'amiante est produit :

« 1° Lors de la vente d'un immeuble bâti, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 271-4 à L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation ;

« 2° À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, lors de tout nouveau contrat de location de tout ou partie d'un immeuble bâti.

« Les propriétaires ou le syndicat de copropriété, ou à défaut les exploitants, des immeubles bâtis y font rechercher la présence d'amiante ; en cas de présence d'amiante, ils font établir un diagnostic de l'état de conservation de l'amiante dans les matériaux et produits repérés et mettent en œuvre les mesures nécessaires pour contrôler et réduire l'exposition. »

« 2) Sont insérés les articles L. 1334-14 à L. 1334-16 ainsi rédigés :

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la  
Commission

« Art. L. 1334-14. – Les organismes réalisant les repérages et les opérations de contrôles communiquent à l'autorité administrative, sur sa demande, les informations nécessaires à l'observation de l'état du parc immobilier.

« Art. L. 1334-15. – Le représentant de l'État dans le département peut prescrire au propriétaire, ou à défaut à l'exploitant, d'un immeuble bâti

« 1° La mise en œuvre des mesures nécessaires en cas d'inobservation des obligations prévues à l'article L. 1334-13 ;

« 2° La réalisation d'une expertise visant à déterminer les mesures nécessaires ou à vérifier que les mesures mises en œuvre ou envisagées au titre de ces obligations sont adaptées.

« Art. L. 1334-16. – En cas d'urgence, le représentant de l'État peut :

« 1° Faire réaliser, aux frais du propriétaire ou à défaut de l'exploitant de l'immeuble concerné, les repérages et diagnostics mentionnés au premier alinéa de l'article L. 1334-13 ou l'expertise mentionnée au 2° de l'article L. 1334-15 ;

« 2° Fixer un délai pour la réalisation des mesures conservatoires nécessaires pour faire cesser l'exposition à l'amiante. Si ces mesures n'ont pas été exécutées à l'expiration du délai, il fait procéder d'office à leur exécution aux frais du propriétaire ou de l'exploitant.

« La créance publique est recouvrée comme en matière de contributions directes.

« Art. L. 1334-17. – Les conditions d'application des articles L. 1334-13 à L. 1334-16 sont déterminées par décret en Conseil d'État, et en particulier :

« 1° Les immeubles bâtis et les produits et matériaux concernés ;

« 2° Les modalités de réalisation des repérages ;

« 3° Les conditions auxquelles doivent répondre les organismes réalisant les repérages et les opérations de contrôles ainsi que les modalités de contrôle de leur respect ;

4° La nature des mesures à prendre en cas de présence d'amiante. »

**Dispositions en vigueur**

**Loi n°89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n°86-1290 du 23 décembre 1986**

*Art. 3-1.* – Un dossier de diagnostic technique, fourni par le bailleur, est annexé au contrat de location lors de sa signature ou de son renouvellement et comprend :

.....

.....

**Code de la santé publique**

TITRE IV

**Prévention des risques d'intoxication**

*Art. L. 1341-1.* – Les centres antipoison, définis à l'article L. 6141-4, et l'organisme agréé mentionné à l'article L. 1341-2 ont accès à la composition de toute préparation dans l'exercice de leurs missions de conseil, de soins ou de prévention en vue d'en prévenir les effets sur la santé ou de répondre à toute demande d'ordre médical destinée au traitement des affections induites par ces produits, en particulier en cas d'urgence.

Les fabricants, les importateurs ou les vendeurs de toutes préparations doivent fournir leur composition aux centres antipoison ou à l'organisme agréé mentionné à l'article L. 1341-2 dès qu'ils en reçoivent la demande.

Ils sont libérés de cette obligation lorsque les informations concernant ces préparations ont déjà été données à l'organisme agréé mentionné à l'article L. 1342-1.

Les fabricants, les importateurs ou les vendeurs de toute substance et préparation doivent, en outre, déclarer sans délai au centre antipoison désigné par arrêté du ministre chargé de la santé les cas d'intoxication humaine induits

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*II.* – Après le troisième alinéa de l'article 3-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« c) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, l'état mentionnant la présence ou l'absence de matériaux ou produits de construction contenant de l'amiante prévu à l'article L. 1334-13 du code de la santé publique. »

**Amendement n° 540**

*Article additionnel*

*I.* – Le Titre IV du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° L'intitulé du titre ainsi rédigé : « Toxicovigilance »;

« 2° Les articles L. 1341-1 à L. 1341-3 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 1341-1. – Les personnes responsables de la mise sur le marché de toute substance ou préparation doivent, dès qu'elles en reçoivent la demande, communiquer sa composition aux organismes chargés de la toxicovigilance et à l'organisme compétent mentionné à l'article L. 4411-4 du code du travail.

« Elles doivent, en outre, déclarer aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine induits par cette substance ou préparation dont ils ont connaissance, et conserver les informations y afférentes.

## Dispositions en vigueur

par cette substance ou préparation dont ils ont connaissance.

*Art. L. 1341-2.* – Les compositions recueillies par les centres antipoison sont transmises, dans des conditions assurant leur confidentialité, à l'organisme agréé mentionné à l'article L. 1342-1 chargé de centraliser ces informations.

*Art. L. 1341-3.* – Un décret en Conseil d'Etat définit le contenu de l'information transmise aux centres antipoison ou au centre agréé et les conditions dans lesquelles ce dernier fournit les informations et les personnes qui y ont accès, de façon à assurer leur confidentialité.

*Art. L. 1342-1.* – Les fabricants, les importateurs ou les vendeurs de substances ou de préparations dangereuses non exclusivement destinées à être utilisées dans les établissements mentionnés à l'article L. 231-1 du code du travail doivent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, fournir à un organisme agréé par le ministre chargé de la santé toutes les informations nécessaires sur ces produits, et notamment leur composition, en vue d'en prévenir les effets sur la santé ou de répondre à toute demande d'ordre médical destinée au traitement des affections induites par ces produits, en particulier en cas d'urgence.

Les dispositions précédentes ne s'appliquent pas au fabricant, à l'importateur ou au vendeur de certaines catégories de substances ou de préparations, définies par décret en Conseil d'Etat et

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

*« Art. L. 1341-2.* – Les professionnels de santé sont tenus de déclarer aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine induits par toute substance ou préparation, dont ils ont connaissance.

*« Art. L. 1341-3.* – Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :

*« 1° Les conditions de désignation et les missions des organismes chargés de la toxicovigilance ;*

*« 2° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel transmises en application des articles L. 1341-1 et L. 1341-2 ;*

*« 3° Les conditions de partage des informations entre les organismes responsables des systèmes de vigilance réglementés.*

*« 3° L'article L. 1342-1 est ainsi modifié :*

*« a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :*

*« Les responsables de la mise sur le marché de substances ou préparations dangereuses, définies au 1° de l'article L. 5132-1 et à l'article L. 1342-2, sont tenus d'établir une déclaration unique comportant toutes les informations sur ces substances ou préparations, notamment leur composition, destinées aux organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. »*

*« b) Au deuxième alinéa, les mots : « au fabricant, à l'importateur ou au vendeur » sont remplacés par les mots : « aux responsables de la mise sur le marché » et les mots : « en Conseil*

**Dispositions en vigueur**

soumises à d'autres procédures de déclaration ou d'autorisation lorsque ces procédures prennent en compte les risques encourus par l'homme, l'animal ou l'environnement.

.....  
*Art. L. 1342-3.* – Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat les modalités d'application des dispositions du présent chapitre et notamment :

1° Les conditions dans lesquelles les informations prévues à l'article L. 1342-1 sont fournies par l'organisme agréé, les personnes qui y ont accès et les modalités selon lesquelles sont préservés les secrets de fabrication ;

2° Les dispositions relatives à l'étiquetage des substances et préparations dangereuses.

*Art. L. 1413-4.* – .....

Pour l'exercice de ses missions, l'Institut de veille sanitaire s'appuie sur un réseau de centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles, dont les modalités de désignation ainsi que les missions sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

TITRE II

**Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles**

*Art. L. 3121-2.* – Dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.

Ces consultations peuvent également être habilitées par le représentant

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*d'Etat* » sont supprimés ;

« 4° L'article L. 1342-3 est ainsi modifié :

« a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le contenu de la déclaration mentionnée à l'article L. 1342-1, les personnes qui y ont accès et les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des informations couvertes par le secret industriel qu'elle comporte ;

« b) Le 2° est complété par les mots : « mentionnées à l'article L. 1342-2. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 1413-4 du même code est complété par la phrase suivante :

« Il organise la toxicovigilance en s'appuyant sur un réseau comprenant notamment les organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. »

**Amendement n° 541**

*Article additionnel*

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

1°) À l'article L. 3121-2, après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

**Dispositions en vigueur**

de l'Etat à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, et notamment les hépatites virales.

.....  
*Art. L. 3121-2-1.* – Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1.

*Art. L. 5139-2.* – La production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des micro-organismes et toxines inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5139-1 et les produits en contenant sont soumis à des conditions définies par décrets en Conseil d'Etat. Ces décrets peuvent, après avis des académies nationales de médecine et de pharmacie, prohiber toute opération relative à ces micro-organismes, toxines et produits qui en contiennent et, notamment, interdire leur prescription et leur incorporation dans des préparations.

.....

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement de la personne intéressée. »

2°) L'article L. 3121-2-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement de la personne intéressée. »

**Amendement n° 542**

*Article additionnel*

I. – Dans le premier alinéa de l'article L. 5139-2 du code de la santé publique, les mots : « à des conditions définies » sont remplacés par les mots : « à des conditions et à un régime d'autorisation définis ».

II. – À l'article L. 5521-6, après les mots : « de l'article L. 5134-1 », sont insérés les mots : « , celles du chapitre IX du titre III du livre F<sup>er</sup> ».

**Amendement n° 543**



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel*

*Art. L. 2133-1.* – Les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire. Dans le cas des messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés, cette obligation ne s'applique qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. La même obligation d'information s'impose à toute promotion, destinée au public, par voie d'imprimés et de publications périodiques édités par les producteurs ou distributeurs de ces produits..

Les annonceurs et les promoteurs peuvent déroger à cette obligation sous réserve du versement d'une contribution dont le produit est affecté à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Cette contribution est destinée à financer la réalisation et la diffusion d'actions d'information et d'éducation nutritionnelles, notamment dans les médias concernés ainsi qu'au travers d'actions locales.

.....

*Art. L. 2133-1.* – .....

La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise, s'agissant des messages publicitaires, sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 1,5 % du montant de ces sommes.

La contribution prévue au deuxième alinéa est assise, s'agissant des autres types de promotion de ces produits, sur la valeur hors taxe sur la valeur ajoutée des dépenses de réalisation et de distribution qui ont été engagées au titre de l'année civile précédente, diminuée des réductions de prix obtenues des fournisseurs qui se rapportent expressément à ces dépenses. La base d'imposition des promoteurs qui ef-

*À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique, les mots : « peuvent déroger à cette obligation sous réserve » sont remplacés par les mots : « sont assujettis au ».*

**Amendement n° 544**

*Article additionnel*

Dans les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique, le taux : « 1,5 % » est remplacé par le taux : « 3 % ».

**Amendement n° 545**

**Dispositions en vigueur**

fectuent tout ou partie des opérations de réalisation et de distribution avec leurs propres moyens d'exploitation est constituée par le prix de revient hors taxe sur la valeur ajoutée de toutes les dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations. Le taux de la contribution est fixé à 1,5 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée de ces dépenses.

**Code de l'éducation**

*Art. L. 122-1-1.* – La scolarité obligatoire doit au moins garantir à chaque élève les moyens nécessaires à l'acquisition d'un socle commun constitué d'un ensemble de connaissances et de compétences qu'il est indispensable de maîtriser pour accomplir avec succès sa scolarité, poursuivre sa formation, construire son avenir personnel et professionnel et réussir sa vie en société. Ce socle comprend :

.....  
– la maîtrise des techniques usuelles de l'information et de la communication.  
.....

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel*

*Après le sixième alinéa de l'article L. 122-1-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« – La gestion de sa santé et de son équilibre corporel et nutritionnel. »*

**Amendement n° 546**

*Article additionnel*

*Les programmes d'activités scolaires et périscolaires intègrent la nécessité d'une activité physique quotidienne d'au moins trente minutes pour chaque enfant.*

**Amendement n° 547**

*Article additionnel*

*I.– Après l'article 39 AK du code général des impôts, il est inséré un article 39 AL ainsi rédigé :*

*« Art. 39 AL. – Les appareils distributeurs automatiques de fruits et légumes implantés dans les lieux publics ou les entreprises peuvent faire l'objet d'un amortissement exceptionnel sur douze mois à compter de la date de mise en service de ces équipements. »*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>TITRE III <b>Actions de prévention concernant l'enfant</b> Chapitre III <b>Alimentation, publicité et promotion.</b></p>		<p><i>II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par l'institution d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.</i></p>
		<p><b>Amendement n° 548</b></p>
		<p><i>Article additionnel</i></p>
		<p><i>I. – Le chapitre III du titre III du Livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code de la santé publique est complété par les articles L. 2133-2 à L. 2133-4 suivants :</i></p>
		<p><i>« Art. L. 2133-2. – La restauration scolaire est soumise à des règles relatives à la nutrition fixées par décret. »</i></p>
		<p><i>« Art. L. 2133-3. – Tout intéressé peut demander à la personne responsable de la restauration scolaire communication des contrôles effectués par les agents compétents pour veiller à l'application de ces règles, des observations formulées et des suites qui y sont données.</i></p>
		<p><i>« Mention de cette possibilité est affichée dans les établissements scolaires. »</i></p>
		<p><i>« Art. L. 2133-4. – Outre les médecins inspecteurs de santé publique, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires, les agents mentionnés aux 1° à 7° du I de l'article L. 231-2 du code rural et au 1° du I de l'article L 215-1 du code de la consommation veillent au respect des obligations fixées à l'article L. 2133-2. Ils disposent à cet effet des pouvoirs d'enquête prévus à l'article L. 218-1 du code de la consommation. »</i></p>
		<p><i>II. – Les dispositions du I du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.</i></p>
		<p><b>Amendement n° 549</b></p>
		<p><i>Article additionnel</i></p>
<p><b>Code du travail</b></p>		<p><i>Après l'article L. 1225-32 du code du travail, il est inséré l'article suivant :</i></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

.....  
*Art. L. 3262-1* – Le titre-restaurant est un titre spécial de paiement remis par l'employeur aux salariés pour leur permettre d'acquitter en tout ou en partie le prix du repas consommé au restaurant

.....  
*Art. L. 3262-3* – Les comptes prévus à l'article L. 3262-2 sont des comptes de dépôts de fonds intitulés « comptes de titres-restaurant »

Sous réserve des dispositions des articles L. 3262-4 et L. 3262-5, ils ne peuvent être débités qu'au profit de personnes ou d'organismes exerçant la profession de restaurateur, d'hôtelier restaurateur ou une activité assimilée.

.....  
*Art. L. 3262-5* – Les titres qui n'ont pas été présentés au remboursement par un restaurant avant la fin du deuxième mois suivant l'expiration de leur période d'utilisation sont définitivement périmés.

**Code de la santé publique**

.....  
*« Art. L. 1225-32-1. – La salariée, au moment de son de retour dans l'entreprise après un congé maternité, est informée par l'employeur des dispositions relatives à l'allaitement maternel prévues par les lois, les règlements et les conventions et accords collectifs. »*

**Amendement n° 550**

*Article additionnel*

*I. – L'article L. 3262-1 du code du travail est complété par les mots suivants :*

*« ou acheté chez un détaillant en fruits et légumes. »*

*II. – Le second alinéa de l'article L. 3262-3 du code du travail est complété par les mots suivants :*

*« ou la profession de détaillant en fruits et légumes. »*

*III. – Au premier alinéa de l'article L. 3262-5 du code du travail, après les mots : « par un restaurant », sont insérés les mots suivants : « ou un détaillant en fruits et légumes ».*

*IV. – Un décret fixe les conditions d'application de l'extension de l'utilisation du titre-restaurant auprès des détaillants en fruits et légumes.*

**Amendement n° 551**

*Article additionnel*

*Le chapitre III du titre III du livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 2133-2 ainsi rédigé*

*« Art. L. 2133-2. – Les messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés portant sur des boissons et des produits alimentaires manufacturés avec ajout de sucres, matières grasses, ou édulcorants*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication**

*Art. 27.* – Compte tenu des missions d'intérêt général des organismes du secteur public et des différentes catégories de services de communication audiovisuelle diffusés par voie hertzienne terrestre, des décrets en Conseil d'Etat fixent les principes généraux définissant les obligations concernant :

1° La publicité, le télé-achat et le parrainage ;

.....

*Art. 28.* – La délivrance des autorisations d'usage de la ressource radioélectrique pour chaque nouveau service

*de synthèse, ne peuvent être diffusés pendant des programmes qui sont qualifiés par le Conseil supérieur de l'audiovisuel, d'émissions dont une partie importante du public est constituée d'enfants et d'adolescents. Ces messages ne peuvent être diffusés dans les 15 minutes qui précèdent et suivent de tels programmes. Ces dispositions s'appliquent aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et sur le territoire, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. »*

**Amendement n° 552**

*Article additionnel*

*Dans le 1° de l'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, après le mot : « publicité », sont insérés les mots : « et l'indication dans les messages publicitaires pour les produits alimentaires transformés du contenu calorique des produits ».*

**Amendement n° 553**

*Article additionnel*

*Après le 5° de l'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, il est inséré l'alinéa suivant : « 6° La diffusion gratuite, pendant un temps d'antenne déterminé, des messages de prévention en santé de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, notamment concernant la nutrition et la lutte contre l'obésité et le surpoids. »*

**Amendement n° 554**

*Article additionnel*

*Après le 17° de l'article 28 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication,*

**Dispositions en vigueur**

diffusé par voie hertzienne terrestre autre que ceux exploités par les sociétés nationales de programme, est subordonnée à la conclusion d'une convention passée entre le Conseil supérieur de l'audiovisuel au nom de l'Etat et la personne qui demande l'autorisation.

.....  
La convention porte notamment sur un ou plusieurs des points suivants :  
.....

*Art. 43. 11. -* .....

Elles présentent une offre diversifiée de programmes en modes analogique et numérique dans les domaines de l'information, de la culture, de la connaissance, du divertissement et du sport. Elles favorisent le débat démocratique, les échanges entre les différentes parties de la population ainsi que l'insertion sociale et la citoyenneté. Elles mettent en oeuvre des actions en faveur de la cohésion sociale, de la diversité culturelle et de la lutte contre les discriminations et proposent une programmation reflétant la diversité de la société française. Elles assurent la promotion de la langue française et mettent en valeur le patrimoine culturel et linguistique dans sa diversité régionale et locale. Elles concourent au développement et à la diffusion de la création intellectuelle et artistique et des connaissances civiques, économiques, sociales, scientifiques et techniques ainsi qu'à l'éducation à l'audiovisuel et aux médias.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*il est inséré un 18° ainsi rédigé :*

*« 18° Les mesures en faveur de l'information et l'éducation en santé, l'équilibre nutritionnel et la lutte contre l'obésité et le surpoids. »*

**Amendement n° 555**

*Article additionnel*

*« Après la troisième phrase du deuxième alinéa de l'article 43-11 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, il est inséré une phrase ainsi rédigée :  
« Elles mettent aussi en œuvre des actions en faveur de l'information et l'éducation en santé, l'équilibre nutritionnel et la lutte contre l'obésité et le surpoids. »*

**Amendement n° 556**

*Article additionnel*

*« Après le VI de l'article 53 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« VI bis. - Une partie du temps d'antenne qui était consacré à la diffusion de messages publicitaires autres que ceux pour des biens et services pré-*

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

		<p><i>sentés sous leur appellation générique est consacrée à la diffusion de messages ou de programmes d'information et d'éducation à la santé concernant la lutte contre l'obésité et le surpoids, l'équilibre nutritionnel et la promotion de l'activité physique. Les contrats d'objectifs et de moyens déterminent les conditions d'application de ce principe. Les messages et programmes concernés peuvent faire l'objet d'une labellisation par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. »</i></p> <p><b>Amendement n° 557</b></p> <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'impact des chaînes de télévision pour bébés.</i></p> <p><b>Amendement n° 558</b></p>
	TITRE IV	TITRE IV
	<b>ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>	<b>ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>
	CHAPITRE I <sup>ER</sup>	CHAPITRE I <sup>ER</sup>
	<b>Création des agences régionales de santé</b>	<b>Création des agences régionales de santé</b>
	Article 26	Article 26
	Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :	Alinéa sans modification
	« TITRE III	Divisions et intitulés sans modification
	« Agences régionales de santé	
	« CHAPITRE I <sup>ER</sup>	
	« Missions et compétences des agences régionales de santé	
	« Art. L. 1431-1. – Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du présent code et des dispositions des articles L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale. Ses compétences	« Art. L. 1431-1. – Dans ... ... santé <i>ainsi que de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et contribuer, dans le cadre ... ... sociale. Ses ...</i>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

s'exercent sans préjudice de celles des collectivités territoriales et des établissements mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code.

« Art. L. 1431-2. – L'agence régionale de santé est chargée :

« 1° De définir et de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-1 ; à ce titre, notamment :

« a) Elle organise la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'événements sanitaires. Dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, elle organise la gestion de la réponse aux alertes sanitaires et contribue à la gestion des situations de crise sanitaire ; sur la base des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1 du présent code, elle établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4. Elle réalise ou fait réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procède aux inspections nécessaires ;

« b) Elle définit, finance et évalue les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie ;

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux et de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé ; à ce titre :

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

« b) Elle autorise la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de

... établissements et agences mentionnés ...

... code.

**Amendements n° 704 et 705**

« Art. L. 1431-2. – Alinéa sans modification

« 1° Alinéa sans modification

« a) Elle organise en s'appuyant sur les observatoires régionaux de la santé la veille ...

... nécessaires ;

**Amendement n° 706**

« b) Alinéa sans modification

« 2° Alinéa sans modification

« a) Alinéa sans modification

« b) Elle ...



Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action et des familles de son ressort ; elle contrôle leur fonctionnement et leur alloue les ressources qui relèvent de sa compétence ;

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

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

« Art. L. 1431-3. – Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

... compétence, sans que les ressources correspondant aux objectifs de dépenses visés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles puissent être affectées au financement d'établissements ou services ou de prestations de soin autres que ceux visés selon le cas aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

**Amendement n° 707**

« c) Elle ...

... ainsi que des prises ...

... médi-  
co-sociaux ;

**Amendement n° 708**

« d) Elle ...

... santé, c'est-à-dire visant ...

... santé.

**Amendement n° 709**

« e) Elle veille à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. A ce titre, elle met en œuvre des aides destinées à favoriser l'implantation des professionnels de santé et en évalue l'efficacité. »

**Amendement n° 710**

« Art. L. 1431-3. – Non modifié

Dispositions en vigueur

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	<p>« Art. L. 1431-4. – Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'État, sauf disposition contraire.</p> <p>« CHAPITRE II</p> <p>« <b>Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé</b></p> <p>« Section 1</p> <p>« <b>Organisation des agences</b></p> <p>« Art. L. 1432-1. – L'agence régionale de santé est un établissement public de l'État. Elle est dotée d'un conseil de surveillance et dirigée par un directeur général.</p> <p>« Elle s'appuie sur :</p> <p>« 1° Une <u>conférence régionale de santé</u>, chargée de participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé ;</p> <p>« 2° Deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions, d'une part dans le secteur de la prévention et, d'autre part, dans celui des prises en charge et accompagnement médico-sociaux. Les modalités de constitution et de fonctionnement de ces deux commissions sont fixées par décret.</p> <p>« Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, <u>des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie</u>.</p> <p>« Elle met en place des délégations territoriales départementales.</p> <p>« Sous-Section 1</p> <p>« <b>Directeur général</b></p> <p>« Art. L. 1432-2. – Le directeur général dirige les services de l'agence. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.</p> <p>« Au moins <u>une</u> fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence.</p>	<p>« Art. L. 1431-4. – Alinéa sans modification</p> <p>Divisions et intitulés sans modification</p> <p>« Art. L. 1432-1. – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Une <i>conférence régionale de la santé et de l'autonomie</i>, chargée ...</p> <p>... santé ;</p> <p><b>Amendement n° 711</b></p> <p>« 2° Elle <i>comporte obligatoirement</i> deux ...</p> <p>... prévention, <i>de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile, et de la santé au travail et</i>, d'autre part ...</p> <p>... décret.</p> <p><b>Amendements n° 712 et 713</b></p> <p>« Elle ...</p> <p>... santé, <i>de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées</i>.</p> <p><b>Amendement n° 714</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 1432-2. – Alinéa sans modification</p> <p>« Au moins <i>deux</i> fois ...</p> <p>... surveillance,</p> <p><i>dont une</i> après ...</p> <p>... l'agence.</p> <p><b>Amendement n° 715</b></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

Alinéa sans modification

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

Alinéa sans modification

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et habilite les organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve des dispositions de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

« Il conclut ...

... et procède à l'habilitation des organismes ....

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

... locales.

**Amendement n° 716**

« Le directeur général délivre ...

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

... L. 5125-4

**Amendement n° 717**

Alinéa sans modification

« Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

Alinéa sans modification

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

Alinéa sans modification

« Il peut déléguer sa signature.

Alinéa sans modification

« Sous-Section 2

Division et intitulé sans modification

**« Conseil de surveillance**

« Art. L. 1432-3. – Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'État dans la région. Il est composé de représentants de l'État, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, de person-

« Art. L. 1432-2 – Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :

« 1° De représentants de l'Etat ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont dési-

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

nalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers élus ou désignés, 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 approuve le compte financier. Il émet au moins une fois par an un avis sur les résultats de l'action menée par l'agence. »

*gnés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;*

*« 3° De représentants des collectivités territoriales ;*

*« 4° De représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire ;*

*« 5° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, de personnalités choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de l'agence.*

*« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.*

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

*« Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.*

*« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.*

**Amendement n° 718**

*« À titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé peut être confiée à une personnalité qualifiée élue par les membres du conseil en son sein. Un décret détermine la ou les régions où cette expérimentation est menée. »*

**Amendement n° 719**

*« Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.*

*« Il émet un avis sur le projet régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.*

*« Il approuve le compte financier. »*

**Amendement n° 720**

*« Le compte financier est accompagné d'un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance ma-*

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

ladié et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatifs à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de chaque agence régionale de santé. »

**Amendement n° 721**

« Nul ne peut être membre du 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 salarié de l'agence ;

« 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;

« 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° ne peut être opposée aux personnes mentionnées au deuxième alinéa siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Les incompatibilités visées au 4° ne sont pas opposables aux représentants des usagers.

**Amendement n° 722**

« Sous-Section 3

**Conférence régionale de la santé et de l'autonomie**

**Amendement n° 711**

« Art. L. 1432-4. – La ...

... santé.

« 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 de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

		<p><i>l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services en santé, et de la qualité des prises en charge.</i></p> <p><i>« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.</i></p> <p><i>« Elle dispose de moyens de fonctionnement mis à sa disposition par l'ARS.</i></p> <p><i>« Les avis de la conférence régionale de santé sont rendus publics.</i></p> <p><i>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article.</i></p> <p><b>Amendement n° 723</b></p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 1432-5. Non modifié</p>
	<p>« Section 2</p> <p><b>« Régime financier des agences</b></p> <p>« Art. L. 1432-5. – Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.</p> <p>« Art. L. 1432-6. – Les ressources de l'agence sont constituées par :</p> <p>« 1° Une subvention de l'État ;</p> <p>« 2° Des contributions des régimes d'assurance-maladie ;</p> <p>« 3° Des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;</p> <p>« 4° Des ressources propres, dons et legs ;</p> <p>« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités <u>locales</u> ou d'autres établissements publics.</p> <p>« Art. L. 1432-7. – L'agence est dotée d'un comptable public.</p> <p>« Section 3</p> <p><b>« Personnel des agences</b></p> <p>« Art. L. 1432-8. – Le personnel de l'agence comprend :</p> <p>« 1° Des fonctionnaires ;</p> <p>« 2° Des personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 ;</p> <p>« 3° Des agents contractuels de droit public ;</p> <p>« 4° Des agents de droit privé ré-</p>	<p><i>« Art. L. 1432-6. – Alinéa sans modification</i></p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« 5° Sur ... ... collectivités <i>territoriales</i> ou ... ... publics.</p> <p><b>Amendement n° 724</b></p> <p>« Art. L. 1432-7. – Non modifié</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 1432-8. – Non modifié</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

gis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

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

« *Art. L. 1432-9.* – Les emplois de direction des agences régionales de santé ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraites, lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« *Art. L. 1432-10.* – Il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au deuxième alinéa de l'article 15 peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 2321-1 de ce même code.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 4111-2 de ce même code.

« *Art. L. 1432-11.* – Les modalités d'application de la présente section,

« *Art. L. 1432-9.* – Non modifié

« *Art. L. 1432-10.* – Non modifié

« *Art. L. 1432-11.* – Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-10, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« CHAPITRE III

« **Coordination des agences régionales de santé**

« *Art. L. 1433-1.* – Un comité de coordination des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance-maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« *Art. L. 1433-2.* – Les ministres chargés de la santé, de l'assurance-maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de l'agence un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

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

« CHAPITRE IV

« **La politique régionale de santé**

« Section 1

« **Projet régional de santé**

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

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

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

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

Division et intitulé sans modification

« *Art. L. 1433-1.* – Non modifié

« *Art. L. 1433-2.* – Non modifié

« *Art. L. 1433-3.* – Non modifié

Divisions et intitulés sans modification

« *Art. L. 1434-1.* – Non modifié

« *Art. L. 1434-2.* – Alinéa sans modification

« 1° Alinéa sans modification

« *Le plan stratégique régional de santé comporte notamment les axes suivants : la santé au travail, la santé en*



Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

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

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

« Sous-Section 1

« **Schéma régional de prévention**

« Art. L. 1434-5. – Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux dispositions des articles L. 1435-1 et L. 1435-2 du présent code.

« 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.

*milieu scolaire, la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »*

**Amendement n° 725**

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« Art. L. 1434-3. – Non modifié

« Art. L. 1434-4. – Non modifié

Division et intitulé sans modification

« Art. L. 1434-5. – Le ...

*... santé, à la santé environnementale et à la ...*

... code.

*L'accès à la prévention des personnes en situation de précarité et d'exclusion constitue un objectif prioritaire de ce schéma.*

**Amendements n° 726 et 727**

Division et intitulé sans modification

« Art. L. 1434-6. – Le schéma régional d'organisation des ...

*... d'efficience et d'accessibilité géographique.*

**Amendements n° 728 et 729**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 du présent code, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« 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.

« *Art. L. 1434-7.* – 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 autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 1° à 3° doivent être conformes aux objectifs fixés par le schéma régional de l'organisation des soins.

« *Art. L. 1434-8.* – Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional de l'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1434-7.* – Le schéma régional *d'organisation* des soins fixe, par territoire de santé :

**Amendement n° 728**

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Les transformations *et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;* »

**Amendement n° 730**

« 4° Non modifié

« 5° *Les moyens consacrés aux activités d'interruption volontaire de grossesse.*

**Amendement n° 731**

« Les ...

... régional *d'organisation* des soins.

**Amendement n° 728**

« *Art. L. 1434-8.* – Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« Art. L. 1434-9. – Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Sous-Section 3

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

« Art. L. 1434-10. – Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé et des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie prévus au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, élaborés par les conseils généraux.

« Ce schéma et le programme qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Section 2

« **Gestion du risque au niveau régional**

« Art. L. 1434-11. – L'agence régionale de santé prépare, avec les organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses

« Art. L. 1434-9. – Non modifié

« Sous-Section 3

« **Schéma régional d'organisation médico-sociale**  
**Amendement n° 732**

« Art. L. 1434-10. – Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 qui ...*

... compétents.

**Amendements n° 733 et 734**  
Division et intitulé sans modification

« Art. L. 1434-11. – Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la  
Commission

d'assurance maladie, un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé tel que défini à l'article L. 1431-2 du présent code. Il est actualisé chaque année.

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

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

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, le programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé.

« Le programme est annexé au projet régional de santé.

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

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

« Section 3

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

« *Art. L. 1434-14.* – L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« *Art. L. 1434-12.* – Non modifié

« *Art. L. 1434-13.* – Non modifié

Division et intitulé sans modification

« *Art. L. 1434-14.* – Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'État dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région compétents sur ces territoires.

« Les ...

... généraux compétents sur ces territoires.

**Amendement n° 735**

« Art. L. 1434-15. – Dans ...

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

... santé *constitue* une ...

... concerné.

**Amendement n° 736**

Alinéa sans modification

« 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.

Alinéa sans modification

« 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.

Alinéa sans modification

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

Divisions et intitulés sans modification

« CHAPITRE V

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

« Section 1

« Veille, sécurité et polices sanitaires

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

« Art. L. 1435-1. – Le ...  
... agence *régionale de santé* informe ...

... public.

**Amendement n° 737**

Alinéa sans modification

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

Alinéa sans modification

« Les services de l'agence sont

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

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

« *Art. L. 1435-2.* – Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité, lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

« Section 2

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

« *Art. L. 1435-3.* – L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du présent code. Elle peut conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé. Dans ce dernier cas, le versement de subventions aux intéressés est subordonné à la conclusion d'un contrat.

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

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

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1435-2.* – Non modifié

Division et intitulé sans modification

« *Art. L. 1435-3.* – L'agence ...

... d'un *tel* contrat.

**Amendement n° 738**

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1435-4.* – Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 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, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 du présent code. Ses modalités sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« Section 3

« **Accès aux données de santé**

« *Art. L. 1435-6.* – L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'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

« Ce contrat fixe les engagements des *professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux* concernés ...

... par *le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service ou le réseau concerné. Le contrat d'amélioration des pratiques en santé peut notamment confier aux professionnels, centres ou établissements qui y adhèrent un mandat de santé publique, sur le fondement duquel ces professionnels, centres ou établissements participent à des actions de prévention, de promotion de la santé ou de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.* Le contrat ...

... maladie.

**Amendements n° 739, 740 et 741**

« *L'agence régionale de santé* veille ...

... contrats.

**Amendement n° 742**

« *Art. L. 1435-5.* – Non modifié

Division et intitulé sans modification

« *Art. L. 1435-6.* – *Les Agences Régionales de Santé disposent du contrôle médical et des données informatiques.*

**Amendement n° 743**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

« Section 4

« Inspections et contrôles

« Art. L. 1435-7. – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'État, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code.

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1 du présent code, est tenu de signaler au représentant de l'État territorialement compétent, ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

« Le représentant de l'État dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection. »

Division et intitulé sans modification

« Art. L. 1435-7. – Le ...

... conditions  
d'aptitudes techniques et juridiques définies ...

... code. Ces fonctions sont incompatibles avec celles ayant trait à la délivrance des autorisations, des habilitations financières, de conventionnement et de planification des établissements et services.

**Amendement n° 744 et 745**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Article additionnel

L'article L.6121-6 du code de la santé publique est supprimé.

**Amendement n° 746**

Art. L.6121-6. – Les communautés d'établissements de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, en-



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

tre établissements assurant le service public hospitalier, mentionnés à l'article L. 6112-2.

Toutefois, une communauté d'établissements de santé peut être constituée entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région sanitaire, dès lors qu'ils sont situés dans le même pays au sens de l'article 22 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

Les communautés d'établissements ont pour but de :

1° Favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent ;

2° Mettre en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe ;

3° Répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées.

Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en oeuvre choisies par les établissements parmi celles fixées à l'article L. 6134-1. La charte est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

A compter de la publication de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, aucune communauté d'établissements de santé ne peut être créée.

*Article additionnel*

*Avant le 15 septembre 2009, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de*

Dispositions en vigueur

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	<p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;"><b>Représentation des professions de santé libérales</b></p> <p style="text-align: center;">Article 27</p> <p>I. – Au livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, il est ajouté un titre III ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« TITRE III</p> <p style="text-align: center;"><b>« Représentation des professions de santé libérales</b></p> <p style="text-align: center;">« CHAPITRE UNIQUE</p> <p>« <i>Art. L. 4031-1.</i> – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces <u>unions régionales professionnelles</u> sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.</p> <p>« Les <u>unions régionales professionnelles et les fédérations</u> sont des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts types fixés par décret en Conseil d'État.</p> <p>« Les modalités de fonctionnement des <u>unions régionales professionnelles et des fédérations</u> sont définies par décret en Conseil d'État.</p> <p>« <i>Art. L. 4031-2.</i> – Les membres des <u>unions régionales</u> sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant</p>	<p><i>l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par régions et déléguée aux ARS, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 747</b></p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;"><b>Représentation des professions de santé libérales</b></p> <p style="text-align: center;">Article 27</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Divisions et intitulés sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 4031-1.</i> – Dans ...</p> <p>... Ces <u>unions régionales des professions de santé</u> sont ...</p> <p>... libéraux.</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendements n° 748</b></p> <p>« Les <u>unions régionales des professions de santé et leurs fédérations</u> sont ...</p> <p>... d'État.</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendements n° 748 et 750</b></p> <p>« Les ...</p> <p>... des <u>unions régionales des professions de santé et de leurs fédérations</u> ...</p> <p>... d'État.</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement n° 748 et 750</b></p> <p>« <i>Art. L. 4031-2.</i> – Les membres des <u>unions régionales des professions de santé</u> sont ...</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

« Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé.

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

« Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales professionnelles soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales professionnelles, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 4031-3.* – Les unions régionales professionnelles et les fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales professionnelles peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

« Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.

... moyenne.  
**Amendement n° 749**  
Alinéa sans modification

« Le collège d'électeurs de chaque *union régionale des professions de santé* est ...

... dans la région. Les ...

... santé.  
**Amendements n° 749, 751 et 753**  
« Par ...

... dans les unions régionales des professions de santé soient ...

... sociale.  
**Amendement n° 748**  
Alinéa sans modification

« *Art. L. 4031-3.* – Les unions régionales des professions de santé et leurs fédérations ...

... les unions régionales des professions de santé peuvent ...

... l'agence.  
**Amendements n° 748 et 750**  
Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>QUATRIÈME PARTIE <b>PROFESSIONS DE SANTÉ</b> LIVRE I<sup>ER</sup> <b>PROFESSIONS MÉDICALES</b> TITRE III <b>Profession de médecin</b> Chapitre IV <b>Unions des médecins exerçant à titre libéral.</b></p> <p><i>Art. L. 4134-1.</i> – Dans chaque région, une union des médecins exerçant à titre libéral regroupe en une assemblée les élus des collèges prévus à l'article L. 4134-2. Les élus de chaque collège peuvent se réunir, en tant que de besoin, en sections, selon les modalités fixées par décret.</p>	<p>—</p> <p>« <i>Art. L. 4031-4.</i> – Les <u>unions régionales professionnelles</u> perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 4031-3. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.</p> <p>« Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article <u>L. 4031-3</u>, après consultation, <u>chacun pour ce qui le concerne</u>, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.</p> <p>« Les <u>unions régionales professionnelles</u> et les fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.</p> <p>« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »</p> <p>II. – <u>Les articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique sont abrogés.</u></p>	<p>—</p> <p>« <i>Art. L. 4031-4.</i> – Les <i>unions régionales des professions de santé</i> perçoivent ...</p> <p>... profession. <b>Amendement n° 748</b> « Le ...</p> <p>.. article <i>L. 4031-1</i>, après consultation <i>chacune pour ce qui la concerne</i> ...</p> <p>... familiales. <b>Amendements n° 754 et 755</b> <i>Les unions régionales des professions de santé et leurs fédérations</i> ...</p> <p>... financiers. <b>Amendements n° 748 et 750</b></p> <p>II. – <i>Le chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé.</i> <b>Amendement n° 756</b></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

Les unions sont des organismes de droit privé.

*Art. L. 4134-2.* – Les membres des unions sont élus pour une durée de six ans par les médecins exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

Deux collèges d'électeurs sont constitués, un collège de médecins généralistes et un collège de médecins spécialistes.

Tous les électeurs sont éligibles. Ils ne peuvent être élus qu'au titre du collège dans lequel ils sont électeurs.

Les candidats sont présentés :

1° Soit par une organisation syndicale représentative de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, mentionnée par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;

2° Soit par une organisation syndicale nationale de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, présente dans la moitié au moins des départements de la région.

*Art. L. 4134-3.* – Le cas échéant, les unions régionales créent un échelon départemental qui assure les missions qui lui sont confiées par les unions régionales.

*Art. L. 4134-4.* – Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Elles participent notamment aux actions suivantes :

a) Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;

b) Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;

c) Organisation et régulation du système de santé ;

d) Prévention et actions de santé publique ;

e) Coordination avec les autres professionnels de santé ;

f) Information et formation des médecins et des usagers.

Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales mentionnées à

**Dispositions en vigueur**

---

l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins.

Dans les conditions prévues par décret, les médecins conventionnés exerçant à titre libéral dans la circonscription de l'union sont tenus de faire parvenir à l'union les informations mentionnées à l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale relatives à leur activité, sans que ces informations puissent être nominatives à l'égard des assurés sociaux ou de leurs ayants droit ou, à défaut, à condition qu'elles ne comportent ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques. Ces informations ne sont pas nominatives à l'égard des médecins. L'anonymat ne peut être levé qu'afin d'analyser les résultats d'études menées dans le cadre de la mission mentionnée au b du présent article.

*Art. L. 4134-5.* – Les sections constituant les unions des médecins exerçant à titre libéral contribuent, en liaison avec la Haute Autorité de santé, à l'information des médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Elles organisent des actions d'évaluation des pratiques de ces médecins et contribuent à la diffusion des méthodes et référentiels d'évaluation.

Pour l'exercice de cette mission, les sections constituant les unions ont recours à des médecins habilités à cet effet par la Haute Autorité de santé et notamment à des experts mentionnés à l'article L. 1414-4. Les médecins habilités qui exercent parallèlement une activité médicale procèdent, à la demande des médecins libéraux intéressés, à des évaluations individuelles ou collectives des pratiques.

Les sections constituant les unions établissent chaque trimestre, avec le concours de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, une analyse de l'évolution des dépenses médicales et communiquent les conclusions à l'ensemble des médecins libéraux de leur ressort ainsi qu'à l'Etat qui en assure la synthèse et la diffusion à toutes fins utiles.

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*Art. L. 4134-6.* – Les unions perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque médecin exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

Le montant annuel de cette contribution est fixé par décret, après consultation des organisations syndicales de médecins mentionnées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un taux de 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. Toutefois la contribution fait l'objet d'un versement unique au plus tard le 15 mai de l'année en cours.

Les organismes chargés du recouvrement de la contribution peuvent percevoir des frais de gestion dont les modalités et le montant seront fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les unions peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers divers.

*Art. L. 4134-7.* – Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat et notamment :

1° La composition, le mode de fonctionnement et les modalités d'organisation et de financement des élections des membres des unions des médecins exerçant à titre libéral ;

2° Les conditions de mise en oeuvre des dispositions relatives aux sections constituant les unions des médecins exerçant à titre libéral à l'exception de celles prévues à l'article L. 4134-1 ;

3° Les conditions dans lesquelles les organismes chargés du recouvrement reversent la contribution aux unions.

.....

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

*Art. L. 162-33.* – Dans un délai déterminé, précédant l'échéance, tacite ou expresse, de la convention, le ou les ministres compétents provoquent une enquête de représentativité afin de déterminer les organisations syndicales nationales les plus représentatives qui participeront à la négociation et à la signature éventuelles des conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-16-1, en fonction des critères suivants : effectifs, indépendance, cotisations, expérience, audience électorale et ancienneté du syndicat.

III. – Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque union régionale des médecins exerçant à titre libéral à l'Union régionale des médecins du même ressort font l'objet d'une convention entre ces deux instances. À défaut d'accord, le juge judiciaire est saisi à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition.

IV. – 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'État et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience.

V. – 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 mentionnés aux articles L. 162-14-1, et L. 162-16-1 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne seraient pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation

III. – Les ...

... libéral à l'*union régionale des professions de santé compétente pour les médecins* du même ...

... imposition.

**Amendement n° 757**

IV. – Alinéa sans modification

« *Art. L. 162-33.* – Sont ...

... représentatives *au niveau national* par les ...

... audience.

**Amendement n° 758**

V. – Alinéa sans modification

« *Art. L. 162-14-1-2.* – La ...

... représentatives *au niveau national en application de l'article L. 162-33* et ayant ...



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

.....  
*Art. L. 162-15.* – Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à l'union et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33. »

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

... L. 162-33. »

**Amendement n° 759**

VI. – Alinéa sans modification

.....  
L'opposition formée à l'encontre de l'un des accords mentionnés au premier alinéa par au moins deux organisations syndicales représentatives réunissant pour les médecins, d'après les résultats des élections aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées aux articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique, la majorité absolue des suffrages exprimés et, pour les autres professions, au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par les organisations syndicales signataires, au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33, fait obstacle à sa mise en oeuvre. Lorsque pour ces autres professions, moins de trois organisations syndicales ont été reconnues représentatives, l'opposition peut être formée par une seule organisation représentative si celle-ci réunit au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par l'organisation syndicale signataire. L'opposition prévue au présent alinéa s'exerce dans le mois qui suit la signature de l'accord et avant la transmission de ce dernier aux ministres.

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord mentionnés au premier alinéa par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en oeuvre. Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne seraient pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en oeuvre 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. »

« L'opposition ...

... représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 réunissant ...

... œuvre de la convention ou de l'accord ...

... représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 réunissant ...

... signataires. »

**Amendements n°s 760 et 761**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p>Article 28</p> <p>Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p>	<p>Article 28</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p><i>Art. L. 247-2.</i> – Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les maisons départementales des personnes handicapées transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, outre les données mentionnées à l'article L. 146-3, des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en oeuvre des décisions prises ;</li> <li>– relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;</li> <li>– relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;</li> <li>– <u>agrégées</u> concernant les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.</li> </ul>	<p>1° Au dernier alinéa de l'article L. 247-2, le mot : » agrégées » est supprimé ;</p> <p>2° L'article L. 312-3 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>1° Non modifié</p> <p>2° Alinéa sans modification</p>
<p><i>Art. L. 312-3.</i> – I. - 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 et les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale se réunissent au moins une fois par an en formation élargie en vue :</p>	<p>« <i>Art. L. 312-3.</i> – La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale <u>mentionnée</u> à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue :</p>	<p>« <i>Art. L. 312-3.</i> – La ... sociale <i>mentionné</i> à l'article</p>
<p>1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;</p> <p>2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.</p> <p>Tous les cinq ans, ces organismes élaborent 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.</p>	<p>« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;</p> <p>« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.</p> <p>« Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie <u>ainsi que, selon le cas, aux ministres</u> et aux autorités locales concernées. » ;</p>	<p>... vue :</p> <p><b>Amendement n° 762</b></p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Alinéa sans modification</p> <p>« Tous ...</p> <p>... autonomie, au Gouvernement et ...</p> <p>... concernées. »,</p>
		<p><b>Amendement n° 763</b></p> <p>La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes généraux relatifs à l'organisation des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier.</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

**Amendement n° 764**

Chaque année, le ministre chargé des affaires sociales présente un rapport à la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale sur la mise en oeuvre des mesures prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale concernant l'action sociale ou médico-sociale.

La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes généraux relatifs à l'organisation des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier.

II. - Les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale comprennent :

1° Des représentants de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale ;

2° Des représentants des personnes morales gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, notamment des établissements spécialisés ;

3° Des représentants des personnels de ces établissements et services ;

4° Des représentants des usagers de ces établissements et services ;

5° Des représentants des travailleurs sociaux et des professions de santé ;

6° Des personnes qualifiées ;

7° Des représentants du comité régional de l'organisation sanitaire.

Lorsque le comité régional rend un avis sur un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale dans les conditions prévues à l'article L. 312-5 ou sur une autorisation de fonctionnement délivrée par le président du conseil général dans les conditions prévues à l'article L. 313-3, le ou les départements concernés par le schéma ou l'implantation de l'établissement ou du service sont représentés lors de la délibération avec voix consultative.

Les comités régionaux sont présidés par un magistrat du corps des conseillers des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs ou du corps des conseillers de chambres régionales des comptes.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et le comité régional de l'organisation sanitaire peuvent siéger en formation conjointe lorsque l'ordre du jour rend souhaitable un avis commun de ces deux instances et selon des modalités fixées par voie réglementaire.</p>	<p>3° L'article L. 312-5 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>
<p>La composition et les modalités de fonctionnement des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>« Art. L. 312-5. – Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis <u>par les autorités</u> suivantes :</p>	<p>« Art. L. 312-5. – Les ...</p>
<p>Art. L. 312-5. – Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont élaborés :</p>	<p>« 1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition <u>du directeur</u> de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ;</p>	<p>... établis <i>dans les conditions</i> suivantes :</p>
<p>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 ;</p>	<p>« 2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :</p>	<p><b>Amendement n° 765</b></p>
<p>2° Au niveau départemental, lorsqu'ils portent sur les établissements et services mentionnés aux 1° à 4°, a du 5° et 6° à 11° du I de l'article L. 312-1, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux.</p>	<p>« a) Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionné au 13°</p>	<p>« 1° Les ...</p>
<p>Les schémas élaborés au niveau national sont arrêtés, sur proposition de</p>		<p>... proposition de la Caisse ...</p>
		<p>... niveau. <i>Les établissements et services relevant du b) du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles font l'objet d'un schéma d'orientation national de réadaptation professionnelle, permettant de coordonner les activités et les métiers auxquels ils conduisent. Ce schéma est porté à la connaissance des autorités en charge d'élaborer les programmes régionaux et les schémas départementaux correspondants, ainsi que de délivrer les autorisations, conformément aux dispositions ci-après :</i></p>
		<p><b>Amendements n° 766 et 767</b></p>
		<p>« 2° Alinéa sans modification</p>
		<p>« a) Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'ils entrent dans son champ de compétence, par le ministre des affaires sociales, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.</p>	<p>du I de l'article L. 312-1 ;</p>	
<p>Le schéma départemental est adopté par le conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.</p>	<p>« b) Aux services mentionnés aux 14° et 15° de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4 ;</p>	<p>« b) Alinéa sans modification</p>
<p>Le représentant de l'État fait connaître, au plus tard six mois avant l'expiration du précédent schéma, au président du conseil général les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 4°, a du 5°, 8° et 10° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés à l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie.</p>	<p>« 3° Le directeur de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique ;</p>	<p>« 3° Alinéa sans modification</p>
<p>Si le schéma n'a pas été adopté dans un délai de douze mois à compter de la transmission des orientations de l'État, il est adopté par le représentant de l'État.</p>	<p>« 4° Le président du conseil général <u>établit</u> les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et au 4° du I de l'article L. 312-1. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.</p>	<p>« 4° Le président du conseil général <u>élabore</u> les schémas ...</p>
<p>Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables aux schémas ultérieurs, si le nouveau schéma n'a pas été arrêté dans le délai d'un an suivant la date d'expiration du schéma précédent.</p>	<p>« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre <u>du comité prévu</u> au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité. » ;</p>	<p>... département. <b>Amendement n° 768</b> « Les ...</p>
		<p>... cadre de la commission prévue au 2°... ... publique. <i>Les représentants des organisations professionnelles représentants les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département, ainsi que les représentants des usagers, sont également consultés pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret.</i> L'objectif de ... ... territoriales de l'offre de services de proximité</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la  
Commission**

*et leur accessibilité. » ;*  
**Amendements n<sup>os</sup> 769, 770 et  
771**

Les éléments des schémas départementaux d'une même région, afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'État, sont regroupés dans un schéma régional fixé par le représentant de l'État dans la région, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et transmis pour information aux présidents des conseils généraux concernés.

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

a) Aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ;

b) Aux centres de rééducation professionnelle mentionnés au b du 5<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle et du conseil régional ;

c) Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ;

d) Aux services mentionnés aux 14<sup>o</sup> et 15<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4.

Ces schémas sont intégrés au schéma régional précité.

Les schémas à caractère national sont transmis pour information aux comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale et aux comités régionaux de l'organisation sanitaire.

Les schémas départementaux et les schémas régionaux sont transmis pour information au comité régional de l'organisation sanitaire et au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

*Art. L. 312-5-1. – Pour les éta-*

4<sup>o</sup> L'article L. 312-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :  
« *Art. L. 312-5-1. – Pour les éta-*

4<sup>o</sup> Alinéa sans modification  
« *Art. L. 312-5-1. – Pour ...*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>blissements et services mentionnés aux 2°,3°,5°,6° et 7° du I de l'article L. 312-1, ainsi que pour ceux mentionnés aux 11° et 12 dudit I qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées, le représentant de l'Etat dans la région établit, en liaison avec les préfets de département concernés, et actualise annuellement un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.</p>	<p>blissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de la santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional mentionné au 3° de l'article L. 312-5. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. » ;</p>	<p>... régional- nale de santé établit ...</p>
<p>Ce programme dresse, pour la part des prestations financée sur décision tarifaire de l'autorité compétente de l'Etat, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional.</p>		
<p>Ces priorités sont établies et actualisées sur la base des schémas nationaux, régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-5. Elles veillent en outre à garantir :</p>		
<p>1° La prise en compte des orientations fixées par le représentant de l'Etat en application du sixième alinéa du même article ;</p>		
<p>2° Un niveau d'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance ;</p>		
<p>3° L'accompagnement des handicaps de faible prévalence, au regard notamment des dispositions des schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale ;</p>		
<p>4° 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. 162-47 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Le programme interdépartemental est actualisé en tenant compte des</p>		<p>.. régional. » ; <b>Amendement n° 772</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>évolutions des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.</p>		
<p>Le programme interdépartemental est établi et actualisé par le représentant de l'Etat dans la région après avis de la section compétente du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Il est transmis pour information aux présidents de conseil général.</p>		
<p><i>Art. L. 313-1-1.</i> – La création, la transformation et l'extension des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont soumises, à la demande de l'organisme gestionnaire :</p>	<p>5° L'article L. 313-1-1 devient l'article L. 313-1-2 ;</p>	<p>5° Non modifié</p>
<p>1° Soit à l'autorisation prévue à la présente section ;</p>		
<p>2° Soit à l'agrément prévu à l'article L. 129-1 du code du travail.</p>		
<p>Les services auxquels un agrément est délivré en vertu du 2° sont tenus de conclure un contrat dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 342-2. Les dispositions des articles L. 311-3 et L. 311-4 relatives au livret d'accueil et de l'article L. 331-1 leur sont applicables. Les conditions et les délais dans lesquels sont applicables à ces services les dispositions de l'article L. 312-8 sont fixés par décret.</p>		
<p>Les services mentionnés au premier alinéa peuvent, même en l'absence d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie.</p>		
	<p>6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :</p>	<p>6° Alinéa sans modification</p>
	<p>« <i>Art. L. 313-1-1.</i> – Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que des projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.</p>	<p>« <i>Art. L. 313-1-1.</i> – Alinéa sans modification</p>
	<p>« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis</p>	<p>« Lorsque ...  ... médico-social <i>qui associe les représentants des usagers.</i> L'avis ...</p>



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>« Art. L. 313-3. – L'autorisation est délivrée :</p> <p>« 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 ;</p> <p>« b) Par l'autorité compétente de l'État, pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 5°, 9° et 10° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés aux 4°, 6°, 7°, 8°, 11° à 13° du I et au III du même article lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État ou l'assurance maladie au titre de l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>en cas d'extension inférieure à un seuil.</p> <p>« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.</p> <p>« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret. » ;</p> <p>7° L'article L. 313-3 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 313-3. – L'autorisation est délivrée :</p> <p>« a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés au 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;</p> <p>« 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 ;</p>	<p>... seuil.</p> <p><i>Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets ne répondant pas à un cahier des charges prédéfini.</i></p> <p><b>Amendements n° 773 et 774</b> Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Le décret en Conseil d'Etat susvisé définira notamment les règles de publicité et de contenu de l'appel à projet et de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable.</i></p> <p><b>Amendement n° 775</b> 7° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 313-3. – Alinéa sans modification</p> <p>« a) Alinéa sans modification</p> <p>« b) Par ...</p> <p>... 3°, b du 5° ...</p> <p>... L. 312-1 ; <b>Amendement n° 776</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>« c) Par l'autorité compétente de l'État, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;</p>	<p>« c) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;</p>	<p>« c) Par ... ... et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que ...</p>
<p>« d) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 3°, 4°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge pour partie par l'État ou les organismes de sécurité sociale et pour partie par le département.</p>	<p>« d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services <u>relevant</u> simultanément du a et du b ainsi que ceux relevant du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;</p>	<p>... L. 312-1 ; <b>Amendement n° 777</b> « d) Conjointement ... ... services dont l'autorisation relève simultanément ...</p>
<p>« Art. L. 313-3. – L'autorisation initiale est accordée si le projet :</p>	<p>« e) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services relevant simultanément du a et du c ainsi que ceux <u>relevant</u> du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. » ;</p>	<p>... L. 312-1 ; <b>Amendement n° 778</b>  « e) Conjointement ...</p>
<p>« 3° Présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables ;</p>	<p>8° L'article L. 313-4 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, le mot : « initiale » est supprimé ;</p> <p>b) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation ; »</p>	<p>... ceux dont l'autorisation relève du 4...° ... L. 312-1 ; <b>Amendement n° 779</b> <i>Pour les autorisations visées au d), le directeur général de l'agence régionale de santé peut, dans le cadre d'une convention, déléguer au président du conseil général la compétence d'autorisation. Les conditions de mise en place de cette expérimentation sont fixées par décret.</i> <b>Amendement n° 780</b> 8° Non modifié</p>
<p>Art. L. 345-3. – Le bénéfice de l'aide sociale ne peut être accordé ou maintenu aux personnes ou familles ac-</p>	<p>c) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation. » ;</p> <p>9° Aux articles L. 345-3 et L. 348-4, les mots : « a été conclue à cette fin entre le centre et l'État » sont</p>	<p>9° L'article L. 345-3 est complété par les mots : « ou si un contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens a été</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>cueillies dans un centre d'hébergement et de réinsertion ou dans un centre d'aide par le travail que si une convention a été conclue à cette fin entre le centre et l'État.</p>	<p>remplacés par les mots : « ou un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens négocié avec leur personne morale gestionnaire a été conclu avec l'État dans des conditions définies par décret » ;</p>	<p><i>conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'Etat dans des conditions définies par décret. »</i></p>
<p><i>Art. L. 348-4. – Le bénéfice de l'aide sociale ne peut être accordé ou maintenu aux personnes ou familles accueillies dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile que si une convention a été conclue à cette fin entre le centre et l'État.</i></p>		<p><i>9°bis Le premier alinéa de l'article L. 348-4 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre sa personne morale gestionnaire et l'Etat dans des conditions définies par décret. »</i></p>
<p>Cette convention doit être conforme à une convention type dont les stipulations sont déterminées par décret et qui prévoient notamment les objectifs, les moyens, les activités et les modalités de contrôle d'un centre d'accueil pour demandeurs d'asile.</p>		<p><b>Amendement n° 781</b></p>
<p><i>Art. L. 313-12 I. – Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé au plus tard le 31 décembre 2007 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux. La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.</i></p>	<p>10° Le premier alinéa de l'article L. 313-12 est complété par la phrase suivante : « Par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et des l'assurance maladie, font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé</p>	<p>10° Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	avec leur personne morale gestionnaire » ; 11° Il est inséré, après l'article L. 313-2-1, un article L. 313-2-2 ainsi rédigé :	11° Il ... ... article L. 313-12-1, un article L. 313-12-2 ainsi rédigé :
	« Art. L. 313-2-2. – Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. » ;	<b>Amendement n° 782</b> « Art. L. 313-12-2. – Les ...
<i>Art. L. 313-13.</i> – 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.	12° 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.	... tarification. » ; <b>Amendement n° 783</b> 12° Alinéa sans modification
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, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Le médecin inspecteur ou l'inspecteur veille à entendre les usagers et leurs familles et à recueillir leurs témoignages. Il recueille également les témoignages des personnels de l'établissement ou du service.	« Dans les établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'État, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé, mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.	« Art. L. 313-13. – Alinéa sans modification
Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, dûment 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.	« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé.	Alinéa sans modification
Ils peuvent, au titre des contrôles	« Dans les établissements et ser-	« Dans ...  ... santé publique. <b>Amendement n° 783</b> « Dans ...

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>mentionnés 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.</p>	<p>vices autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L. 133-2, dans les conditions définies à cet article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents mentionnés au deuxième alinéa.</p>	<p>... alinéa du présent article. <b>Amendement n° 784</b> Alinéa sans modification</p>
<p>Dans les établissements et services autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à l'alinéa précédent 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 présent article.</p>	<p>« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil général et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>« Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'État dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.</p>	<p>« Lorsque ...</p>
	<p>« 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 <u>des</u> lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.</p>	<p>... et les lieux ...</p>
	<p>« Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. <u>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 sai-</u></p>	<p>... sociale. <b>Amendement n° 785</b> « Les ...</p>
		<p>... contraire. <i>Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, re-</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 314-3. – ..... III. – Pour ceux des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 dont le tarif des prestations est fixé par le représentant de l'Etat dans le département, conformément aux priorités du programme interdépartemental et dans un souci d'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale, le représentant de l'État dans la région, en liaison avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie et les représentants de l'État dans les départements, propose à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une répartition de la dotation régionale mentionnée au II en dotations départementales limitatives. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie arrête le montant de ces dotations. Dans les mêmes conditions, ces dotations départementales peuvent être réparties en dotations affectées à certaines catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations. Art. L. 315-14. – Sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article L. 314-7, les délibérations mentionnées à l'article L. 315-12 sont exécutoires de plein droit dès qu'il a été procédé à leur transmission au représentant de l'État dans le département. .....</p>	<p><u>sies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;</u></p> <p>13° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;</p> <p>14° Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour les établissements médico-sociaux dont l'autorisation relève de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, soit exclusive soit conjointe avec le président du conseil général, les délibérations mentionnées au premier alinéa sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé. Dans ce cas, les compétences du représentant de l'État dans le département définies au présent</p>	<p><i>cherchent et constatent les infractions définies au présent code. Après avoir recueilli les explications du gestionnaire de l'établissement ou du service dans des conditions définies par décret, ils en dressent procès-verbal qu'ils transmettent, le cas échéant, au procureur de la République. Ces procès-verbaux font foi jusqu'à preuve du contraire.</i></p> <p><b>Amendement n° 786</b> 13° Non modifié</p> <p>14° Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p><i>Art. L. 344-5-1.</i> – Toute personne handicapée qui a été accueillie dans un des établissements ou services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 bénéficie des dispositions de l'article L. 344-5 lorsqu'elle est hébergée dans 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 la santé publique.</p>	<p>article sont exercées par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;</p> <p>15° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	15° Non modifié
<p>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 la santé publique, et dont l'incapacité est au moins égale à un pourcentage fixé par décret.</p>	<p>« Les dispositions de l'article L. 344-5 s'appliquent également à toute personne handicapée accueillie dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 ou dans un établissement autorisé à dispenser des soins de longue durée, et dont l'incapacité, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 113-1, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret. » ;</p>	16° Non modifié
<p><i>Art. L. 312-8.</i> – Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats de l'évaluation sont communiqués <u>tous les cinq ans</u> à l'autorité ayant délivré l'autorisation.</p> <p>.....</p>	<p>16° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :</p>	
<p>Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci.</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « tous les cinq ans » sont supprimés ;</p> <p>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. » ;</p> <p>c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2002, procèdent à une évaluation interne et une évaluation externe avant la date de renouvellement de l'autorisation. Pour les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et la publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, la durée de validité de l'autorisation telle que prévue à l'article L. 313-1 du même code court à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. » ;

.....  
c) Une contribution financière perçue en contrepartie des services rendus par l'agence aux organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1.

d) Le c du 1° est abrogé.

**Code de l'action sociale et des familles**

17° Le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :

.....  
IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section, consacrée aux personnes âgées, retrace :

.....  
b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1

2. La deuxième sous-section, consacrée aux personnes handicapées, retrace :

.....  
b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers

1° Au premier alinéa, après les mots : « promotion des actions innovantes », sont insérés les mots : «, à la formation des aidants familiaux.

2° Au b des 1 et 2, après les mots : « une assistance dans les actes quotidiens de la vie », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux. »

**Amendement n° 787**



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1.</p> <p>.....</p>		
<b>Code de la santé publique</b>	<p>CHAPITRE IV</p> <p><b>Dispositions de coordination et dispositions transitoires</b></p> <p>Article 29</p>	<p>16° Le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, après les mots : « à la formation des aidants familiaux », sont insérés les mots : « et à la formation des accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 et L. 444-1 du même code ».</p> <p>2° Le b des 1 et 2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Après les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux », sont insérés les mots : « et de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 et L. 444-1 du même code ».</p> <p><b>Amendement n° 788</b></p> <p>CHAPITRE IV</p> <p><b>Dispositions de coordination et dispositions transitoires</b></p> <p>Article 29</p>
<p>SIXIÈME PARTIE</p> <p><b>ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ</b></p> <p>LIVRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b></p> <p>TITRE I<sup>ER</sup></p> <p><b>Organisation des activités des établissements de santé</b></p> <p>Chapitre V</p> <p><b>Agences régionales de l'hospitalisation</b></p> <p>.....</p>	<p>I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est abrogé ;</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>
<p>TITRE II</p> <p><b>Équipement sanitaire</b></p> <p>Chapitre I<sup>er</sup></p> <p><b>Schéma d'organisation sanitaire</b></p>	<p>2° Le titre du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est remplacé par le titre suivant : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;</p> <p>3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés.</p>	<p>2° Non modifié</p> <p>3° Non modifié</p>

**Dispositions en vigueur**

---

res de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des thèmes, des activités de soins et des équipements lourds devant figurer obligatoirement dans un schéma d'organisation sanitaire.

Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

Le schéma d'organisation sanitaire peut être révisé en tout ou partie, à tout moment. Il est réexaminé au moins tous les cinq ans.

*Art. L. 6121-2.* – Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.

Cette annexe précise :

1° Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds définis à l'article L. 6122-14 ;

2° Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

---

d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Sont jointes à cette annexe, à titre indicatif, les orientations établies par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, en application des dispositions du 1° dudit article.

Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national.

Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en oeuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire.

Les modalités de quantification des objectifs mentionnés au présent article sont fixées par décret.

*Art. L. 6121-3.* – Le schéma régional d'organisation sanitaire est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire.

Plusieurs directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation peuvent arrêter, pour une activité ou un équipement relevant de leur compétence, un schéma interrégional d'organisation sanitaire, après avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire compétents.

*Art. L. 6121-4.* – Un décret fixe la liste des activités de soins ou des équipements pour lesquels le ministre chargé de la santé peut seul arrêter, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma national d'organisation sanitaire.

Le ministre chargé de la santé fixe la liste des activités ou équipements pour lesquels plusieurs directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation arrêtent un schéma interrégional d'organisation sanitaire, après avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire compétents. Les groupes de régions sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

---

*Art. L. 6121-9.* – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse un comité régional de l'organisation sanitaire a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en oeuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins.

L'agence régionale de l'hospitalisation consulte le comité régional de l'organisation sanitaire sur :

1° Les projets de schéma régional ou interrégional d'organisation sanitaire ;

2° Les projets de délibération mentionnés au 1° de l'article L. 6115-4, ainsi que sur les projets d'autorisation des structures médicales mentionnées à l'article L. 6146-10.

Le comité rend un avis sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, prévues au II de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Il peut émettre des avis sur toute question relative à l'organisation sanitaire dans la région.

Il est informé des renouvellements d'autorisations d'activités et équipements lourds résultant de décisions tacites.

Il reçoit une information au moins une fois par an sur les contrats d'objectifs et de moyens signés entre les titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements lourds et l'agence régionale de l'hospitalisation pour la mise en oeuvre du schéma régional d'organisation sanitaire.

L'avis du comité régional concernant l'organisation des soins peut être recueilli par les tribunaux de commerce lors de procédures relatives à la cession d'autorisations d'établissements de santé privés.

Le comité régional de l'organisation sanitaire et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale peuvent délibérer en formation conjointe lorsqu'un dossier le rend nécessaire et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la Commission**

---

**Dispositions en vigueur**

*Art. L. 6121-10.* – Le comité régional de l'organisation sanitaire comprend :

- 1° Des représentants des collectivités territoriales ;
- 2° Des représentants des professionnels, médicaux et non médicaux, du secteur sanitaire hospitalier et libéral ;
- 3° Des représentants des institutions et établissements de santé publics et privés ;
- 4° Des représentants des personnels de ces institutions et établissements ;
- 5° Des représentants des organismes d'assurance maladie ;
- 6° Des représentants des usagers ;
- 7° Des personnalités qualifiées ;
- 8° Des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

Il peut comporter des sections.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation assiste sans voix délibérative à ses travaux.

Sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

*Art. 6162-7.* – Chaque centre est administré par un conseil d'administration comportant :

- 1° Le représentant de l'Etat dans le département ;

.....  
La présidence du conseil d'administration appartient au représentant de l'Etat dans le département.  
.....

**Code de la sécurité sociale**

*Art. L. 162-47.* – Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

**Texte du projet de loi**

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

1° L'article L. 162-47 et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;

**Propositions de la Commission**

4° *L'article L. 6162-7 est ainsi modifié :*

*a) Le 1° de cet article est ainsi rédigé : « 1° Le représentant de l'Etat dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'Etat dans la région ; ».*

*b) A l'avant-dernier alinéa de cet article, les mots : « dans le département » sont remplacés par les mots : « mentionné au 1° ».*

**Amendement n° 789**

II. – Alinéa sans modification

1° *La sous-section 2 de la section 10 du chapitre 2 du titre 6 du Livre 1<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés*

**Amendement n° 790**

**Dispositions en vigueur**

---

**Texte du projet de loi**

---

**Propositions de la  
Commission**

---

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique et du schéma d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Des zones de recours aux soins ambulatoires qui sont déterminées en fonction de critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infra-structures de transports. S'agissant des médecins, des zones différenciées sont définies pour les médecins généralistes ou spécialistes et, le cas échéant, selon qu'ils disposent ou non de l'autorisation de pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. La décision délimitant ces zones est soumise à l'approbation du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Après avis du conseil régional, des conseils généraux et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés, la mission régionale de santé classe ces zones en fonction de la densité de professionnels. La classification par densité est déterminée en fonction de critères définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La classification des zones est révisée tous les cinq ans ;

3° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

4° Le programme annuel des actions, y compris expérimentales, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;

5° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect ;

6° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement des centres de santé et des maisons de santé, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret.

Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique.

Chaque année, la mission soumet les projets de programme mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en oeuvre de ces programmes.

La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux.

La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique.

*Art. L. 162-5. - .....*

16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique ;	2° Le chapitre III du titre VIII du livre I <sup>er</sup> est abrogé ;	2° Non modifié
<p>.....</p> <p>LIVRE I<sup>er</sup> <b>GÉNÉRALITÉS – DISPOSITIONS COMMUNES À TOUT OU PARTIE DES RÉGIMES DE BASE</b> TITRE VIII <b>Dispositions diverses – Dispositions d'application</b> Chapitre III <b>Unions régionales des caisses d'assurance maladie</b></p> <p>.....</p>	3° L'article L. 215-1 est remplacé par les dispositions suivantes : « <i>Art. L. 215-1.</i> – Les caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail :	3° Non modifié
<p><i>Art. L. 215-1.</i> – Les caisses régionales d'assurance maladie assument les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires de leur circonscription. Elles ont notamment pour rôle de développer et de coordonner la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de concourir à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs.</p> <p>Les circonscriptions des caisses régionales sont fixées par décret.</p>	<p>« 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 ;</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;</p> <p>« 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.</p> <p>« Les circonscriptions des caisses régionales sont fixées par décret. »</p>	



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p><b>Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie</b></p>	<p align="center">—</p> <p>III. – L'article 68 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.</p>	<p align="center">—</p> <p>III. – Non modifié</p>
<p><i>Art. 68.</i> – Au plus tard un an après l'entrée en vigueur de la présente loi, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent les régions qui, sur la base du volontariat, sont autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation créant une agence régionale de santé, qui s'appuiera sur l'expérience tirée du fonctionnement des missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Les agences régionales de santé sont chargées des compétences dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Elles sont constituées, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre les organismes d'assurance maladie, la région, si elle est déjà membre de l'agence régionale de l'hospitalisation, et l'Etat. Les personnels des agences régionales de l'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance maladie sont, avec leur accord, transférés dans les agences régionales de santé ainsi créées. Ces personnels conservent le statut qu'ils détenaient antérieurement à leur intégration. En outre, les agences régionales de santé peuvent employer des agents dans les conditions fixées à l'article L. 6115-8 du code de la santé publique.</p>		
	<p align="center">Article 30</p>	<p align="center">Article 30</p>
	<p>I. – À la date d'entrée en vigueur prévue au I de l'article 32 de la présente loi, dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, l'agence régionale de santé est substituée, pour l'exercice des missions prévues à l'article 26, <u>aux activités de l'État, de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, de la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, de la caisse régionale d'assurance maladie.</u></p>	<p>I. – À ...</p> <p>... article 26 à l'État, à l'agence régionale de l'hospitalisation, au groupement régional de santé publique, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, à la caisse régionale d'assurance maladie.</p>
		<p align="center"><b>Amendement n° 791</b></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L'agence régionale de santé est substituée à la mission régionale de santé et à l'État, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence. Les biens immeubles de l'État sont mis à disposition de l'agence régionale de santé.

Alinéa sans modification

L'agence régionale de santé est substituée à l'agence régionale de l'hospitalisation et au groupement régional de santé publique dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Les conditions de dévolution à l'agence régionale de santé des biens meubles et immeubles détenus par ces groupements d'intérêt public sont celles fixées par les conventions les ayant constituées ou, le cas échéant, sont fixées par une décision de leurs organes délibérants. Une convention est signée aux fins de transfert entre le directeur de ces groupements et le directeur général préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Alinéa sans modification

Les conditions dans lesquelles s'opère le transfert des droits et obligations, biens meubles et immeubles de l'union régionale des caisses de sécurité sociale et de la caisse régionale d'assurance maladie, pour la partie de ses compétences transférées, font l'objet d'une convention entre le directeur de ces dernières et le directeur général préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Les ...

... caisses d'assurance maladie et de la ...

... et le *responsable* préfigurateur ...

... article 31.

**Amendements n<sup>os</sup> 792 et 793**

Alinéa sans modification

Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'État ni à perception d'impôts, droits ou taxes.

II. – Les fonctionnaires d'État exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public dont les activités sont transférées aux agences régionales de santé sont affectés dans ces agences. Ils conservent le bénéfice de leur statut.

II. – Non modifié

Les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux exerçant à la date mention-

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

née au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les praticiens hospitaliers exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les agents contractuels de droit public exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat.

Les agents contractuels de droit privé exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les organismes d'assurance maladie au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail.

III. – Après l'article L. 123-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 123-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 123-2-3. – Les accords collectifs nationaux agréés en application des articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1 ainsi que leurs avenants sont applicables aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels. »

Article 31

Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un res-

III. – Non modifié

Article 31

Sans modification

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

ponsable préfigurateur de l'agence régionale de santé est chargé de préparer la mise en place de l'agence. À cette fin, il négocie et signe les conventions prévues à l'article 30 de la présente loi et assure le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

Il élabore le projet d'organisation des services, prépare et arrête le budget du premier exercice et négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Pour accomplir les missions que lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'État, ainsi que de ceux de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie.

Article 32

Article 32

I. – Les dispositions des articles 26 à 29, à l'exception des 1°, 9°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article 28, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

I. – Non modifié

II. – Les 2°, 6°, 7° et 8° de l'article 28, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, et définissent une nouvelle procédure d'autorisation s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, de renouvellement d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

III. – L'abrogation des articles L. 6121-9 et L. 6121-10 du code de la santé publique intervient six mois après l'entrée en vigueur du décret, pris en application de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique introduit par l'article 26 de la présente loi, mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de santé compé-

III. – L'abrogation ...

...conférence régionale *de la santé et*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

tente pour le secteur sanitaire, et au plus tard six mois après la date prévue au I du présent article.

*de l'autonomie* compétente ...

... article.

**Amendement n° 794**

Article 33

Article 33

Sans modification

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

1° Modifier les parties législatives du code civil, du code de l'action sociale et des familles, du code de l'éducation, du code général des collectivités territoriales, du code général des impôts, du code de la justice administrative, du code de la santé publique, du code de la sécurité sociale et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi et le respect de la hiérarchie des normes et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet ;

2° Préciser les missions de service public des centres de lutte contre le cancer, adapter les modalités de financement de leurs activités, réformer et simplifier leur organisation, leur fonctionnement, leur gestion et les modalités de leur contrôle budgétaire et comptable ;

3° Adapter les dispositions de la présente loi aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte.

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.



## AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

### *Avant l'article 1<sup>er</sup>*

#### **Amendements présentés par Mme Catherine Génisson :**

- Insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

- Insérer l'article suivant :

« Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé. »

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

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 2, supprimer les mots : « en tenant compte des aspects psychologiques du patient ».

#### **Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

« Le domicile est considéré comme le lieu de vie de la personne ».

*(retiré en commission)*

#### **Amendements présentés par Mme Valérie Boyer :**

- À l'alinéa 6, après le mot : « éthiques », insérer les mots « et culturelles ».
- Compléter l'alinéa 6 par les mots : « pour lesquelles les établissements publics de santé doivent réserver d'ici à 2012 un pour cent de leur budget. »

#### **Amendements présentés par Mmes Catherine Génisson et Jacqueline Fraysse :**

Rédiger ainsi les alinéas 10 à 23 :

« *Art. L. 6112-1.* – Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer complètement ou à participer à des missions de service public.

« I. – Les établissements de santé qui s'engagent à assurer complètement ou à participer à des missions de service public doivent obligatoirement exercer les missions suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

« 2° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion ;

« 3° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

« 4° Les actions de santé publique.

« II. – Ils peuvent en outre exercer une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

« 2° La recherche en santé ;

« 3° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

« 4° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;

« 5° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par décret ;

« 6° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

« 7° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. »

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Compléter l'alinéa 18 par les mots : « et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux. »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Jean-François Chossy :**

Après l'alinéa 19, insérer l'alinéa suivant :

« 9° *bis* La participation à des filières de soins et d'accompagnement ou à des dispositifs de coordination des prises en charge qui articulent les interventions de la médecine ambulatoire, les établissements et services de santé et médico-sociaux, en direction des personnes rencontrant des difficultés dans l'accès à des soins adaptés et aux différentes formes d'accompagnement médico-social, notamment les personnes âgées ou les personnes handicapées. »

**Amendement présentés par M. Yves Bur et Mme Catherine Génisson :**

Au début de l'alinéa 31, après les mots « un territoire de santé », insérer les mots « par un établissement public de santé ».

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À la fin de l'alinéa 32, supprimer les mots « le cas échéant »



**Amendements présentés par MM. Guy Lefrand et Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 32 par les deux phrases suivantes :

« La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires.

« Les missions de service public, qui à la date de publication de la présente loi, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné, font l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. »

**Amendements présentés par M. Claude Leteurtre :**

- Compléter l'alinéa 32 par la phrase suivante :

« Ce contrat doit associer les médecins d'exercice libéral exerçant dans l'établissement de santé, s'il comporte des obligations nouvelles ne résultant pas des contrats qu'ils ont signés en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique. »

*(retiré en commission)*

- Compléter l'alinéa 32 par la phrase suivante :

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, cette compensation peut relever de la dotation prévue à l'article L. 162-22-13 du même code. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Après l'alinéa 32, insérer l'alinéa suivant :

« Sur chaque territoire de santé, les missions de service public mentionnées au 1°, 6°, 7°, 8° et 9° sont dispensées à un niveau de proximité. »

- Rédiger ainsi les alinéas 40 et 41 :

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

« Ils appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des dispositions des articles L. 6146-2 et L. 6154-1 du présent code, pour ce qui concerne les établissements publics de santé ».

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Après l'alinéa 41, insérer les cinq alinéas suivants :

« VI.- « *Art. L. 6164-5.* – « Outre les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 auxquelles les établissements de santé privés d'intérêt collectifs sont susceptibles de participer, ces établissements assurent les missions de service public suivantes :

« 1° L'éducation thérapeutique du patient et de ses proches ;

« 2° L'orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social afin de lui garantir une prise en charge globale en privilégiant des soins de proximité ;

« 3° Des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Une prise en charge globale du patient en délivrant seul ou en coopération l'ensemble des soins que requiert son état, en s'assurant qu'à l'issue de son admission ou de son hébergement, le patient soit en mesure de poursuivre son traitement. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Marc Bernier :**

Après l'alinéa 41, insérer les deux alinéas suivants :

« V. *bis* – Après l'avant-dernière phrase de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Elle participe également au financement des établissements de santé géographiquement isolés et dont le volume d'activité est limité. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À l'alinéa 47, supprimer les mots : « le cas échéant ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par MM. Guy Lefrand, Dominique Tian et Jean-Luc Prél :**

Rédiger ainsi la dernière phrase de l'alinéa 47 :

« Le praticien ne peut refuser cette révision, ni résilier le contrat pour un motif lié à la participation de l'établissement à une ou plusieurs des missions mentionnées à l'article L. 6112-1. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Rédiger ainsi la dernière phrase de l'alinéa 47 :

« Si dans ce délai un avenant n'a pas été signé, il appartiendra à l'établissement de santé de procéder à la rupture de contrat. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Compléter l'alinéa 47 par les mots : « qui ne peut être mise à la charge de l'établissement. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

• Après l'alinéa 49, insérer l'alinéa suivant :

« Dans les établissements privés de santé, la CME prépare et vote le projet médical de l'établissement. »

- Après l'alinéa 49, insérer l'alinéa suivant :

« Dans les établissements privés de santé, la CME donne un avis sur le budget de l'établissement. »

- Après l'alinéa 49, insérer l'alinéa suivant :

« Dans les établissements privés de santé, la CME donne un avis sur les admissions des praticiens avant la signature du contrat du praticien. »

- Après l'alinéa 49, insérer l'alinéa suivant :

« Dans les établissements privés de santé, le Président de la CME est membre de droit du conseil d'administration. »

*(retirés en commission)*

**Amendement présenté par M. Rémi Delatte :**

Supprimer les alinéas 58 à 63.

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse :**

- Substituer aux alinéas 58 à 63 les alinéas suivants :

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

« *Art. L. 6323-1.* – Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

« Ils constituent des lieux de formation initiale des différentes professions de santé.

« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou privés à but non lucratif. Leur gestion répond aux critères de la gestion désintéressée telle qu'elle est définie par le code général des impôts.

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

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

- Supprimer l'alinéa 64.

- Après l'alinéa 64, insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

« Après le chapitre III *bis* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *ter* ainsi rédigé :

« Chapitre III *ter* : dispositions communes

« Art. 6323-4. – Afin de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place, il est créé une instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'État, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé, ainsi que des professionnels de santé des maisons de santé et des pôles de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de fonctionnement ainsi que la liste des membres admis à participer aux travaux de cette instance nationale. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Substituer aux alinéas 68 à 70 l'alinéa suivant :

« XVI. – Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de la présente loi continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003. Au terme de cette période, chacun de ces établissements intègre le service de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de sa part notifiée par son représentant légal au directeur général de l'Agence régionale de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par Mme Cécile Gallez :**

- Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« Après le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret définit les conditions d'expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification pour l'accueil temporaire des personnes accueillies dans des établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ces modalités spécifiques peuvent être différentes selon les établissements et services participant à l'expérimentation, dont la liste est arrêtée conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 315-5 du code de l'action sociale et des familles. Cette expérimentation permet également de prendre en compte les difficultés particulières d'accès à l'accueil temporaire des personnes visées par l'article L. 113-1 du même code. Cette expérimentation est remis au Parlement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avant le 30 octobre 2010. »

- Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« L'article R. 331-4 alinéa c du code de la construction et de l'habitation est complété comme suit : « exception faite des logements affectés à l'accueil temporaire au sens de l'article D. 312-8 du CASF dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées. »

*Après l'article 1<sup>er</sup>*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L. 5126-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au 5<sup>e</sup> alinéa, après les mots : « spécialités pharmaceutiques reconstituées », sont ajoutés les mots : « Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer aux seuls établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et remplissant les conditions établies à l'article L. 5126-6, des médicaments réservés à l'usage hospitalier. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par MM. Guy Lefrand et Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L. 5126-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au 5<sup>e</sup> alinéa, après les mots : « spécialités pharmaceutiques reconstituées », sont ajoutés les mots : « Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer aux seuls établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile tels que prévus à l'article L. 6111-1 du présent code et remplissant les conditions établies à l'article L. 5126-6, des médicaments réservés à l'usage hospitalier. »

*(retirés en commission)*

**Amendements présentés par Mme Bérengère Poletti et M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« I. – Le Titre VI du Livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un nouveau chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre IV- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif

« Art. L. 6164-1. – Le service de santé privé d'intérêt collectif est constitué des établissements de santé privés gérés par des personnes morales de droit privé, qui poursuivent un but non lucratif et garantissent le respect des principes fondamentaux décrits dans le présent chapitre.

« Art. L. 6164-2. – Les établissements de santé privés d'intérêt collectif sont gérés par des associations, des fondations, des mutuelles et autres groupements mutualistes, des congrégations ou des groupements de coopération sanitaire privés. Ils exercent les missions définies à l'article L. 6111-1. Outre ces missions, ils sont susceptibles de participer aux missions de service public définies à l'article L. 6112-1.

« Ces établissements exercent leurs missions en respectant, pour tous les patients, les garanties suivantes :

« 1° L'égal accès aux soins qu'ils dispensent ;

« 2° La continuité des soins, en étant en mesure d'accueillir tout patient de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement de santé. En outre, ils s'assurent qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients soient en mesure de poursuivre leur traitement ;

« 3° La qualité et la sécurité des soins de proximité ;

« 4° Les droits des personnes ;

« 5° La transparence de leur gestion par la certification et la publication de leurs comptes annuels ».

« *Art. L. 6164-3.* – Les établissements de santé privés gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif déclarent à l'Agence régionale de santé leur qualité d'établissement de santé privé d'intérêt collectif. Cette déclaration comprend l'engagement pris par cet établissement de respecter les garanties prévues à l'article L. 6164-2 ».

« *Art. L. 6164-4.* – Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de la présente loi continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003. Au terme de cette période, chacun de ces établissements intègre le service de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de sa part notifiée, au directeur général de l'Agence régionale de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception par son représentant légal ».

« II. – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de 9 mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

« 1° Préciser les missions du service de santé privé d'intérêt collectif ;

« 2° Adapter les modalités de financement des activités des établissements de santé privés assurant le service de santé privé d'intérêt collectif ;

« 3° Prévoir la possibilité pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif de faire appel à des praticiens hospitaliers dans les conditions prévues par les statuts de ces praticiens ;

« 4° Préciser les modalités d'exercice des personnels médicaux telles que prévues aux articles L 6146-2 et L 6154-1 du code de la santé publique, dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif ;

« 5° Permettre, dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif, de recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans, par dérogation aux dispositions du code du travail.

« 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 ».

*(retirés en commission)*

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prélé :**

Insérer l'article suivant :

« I. – Le Titre VI du Livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un nouveau chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre IV- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif

« *Art. L. 6164-1.* – Le service de santé privé d'intérêt collectif est constitué des établissements de santé privés gérés par des personnes morales de droit privé, qui poursuivent un but non lucratif et s'engagent à respecter les garanties prévues à l'article L.6164-2.

« *Art. L. 6164-2.* – Les établissements de santé privés d'intérêt collectif sont gérés par des associations, des fondations, des mutuelles et autres groupements mutualistes, des congrégations ou des groupements de coopération sanitaire privés. Ils exercent les missions définies à l'article L. 6111-1 et participent aux missions de service public définies à l'article L. 6112-1. Ces établissements exercent leurs missions en assurant à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, les garanties suivantes :

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

« 2° L'accueil et la prise en charge 24 heures sur 24 ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé. En outre, ils s'assurent qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients soient en mesure de poursuivre leur traitement ;

« 3° La prise en charge aux tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

« 4° Une prise en charge globale et coordonnée du patient, en lien avec les autres professionnels de santé et les autres établissements et services de santé ainsi que les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

« 5° La transparence de leur gestion par la certification et la publication de leurs comptes annuels.

« *Art. L. 6164-3.* – Les établissements de santé privés gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif déclarent à l'Agence régionale de santé leur qualité d'établissement de santé privé d'intérêt collectif. Cette déclaration comprend l'engagement pris par cet établissement de respecter les garanties prévues à l'article L. 6164-2. Cette qualité d'établissement de santé privé d'intérêt collectif et l'engagement de respecter les garanties prévues à l'article L. 6164-2 sont inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Rémi Delatte :**

Insérer l'article suivant :

« *Art. L. 6164-1.* – « les établissements de santé privés comprennent des établissements de santé privés d'intérêt collectif gérés par des personnes morales de droit privé, qui poursuivent un but non lucratif et s'engagent à participer à une ou plusieurs missions définies à l'article L. 6112-1. »

Les modalités de fonctionnement et de financement de ces établissements seront définies par décret. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« *Art. L. 6164-5.* – Outre les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 auxquelles les établissements de santé privés d'intérêt collectifs sont susceptibles de participer, ces établissements assurent les missions de service public suivantes :

« 1° L'éducation thérapeutique du patient et de ses proches ;

« 2° L'orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social afin de lui garantir une prise en charge globale en privilégiant des soins de proximité ;

« 3° Des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Une prise en charge globale du patient en délivrant seul ou en coopération l'ensemble des soins que requiert son état, en s'assurant qu'à l'issue de son admission ou de son hébergement, le patient soit en mesure de poursuivre son traitement. »

## *Article 2*

### **Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 6, substituer aux mots : « contribue à l'élaboration », le mot : « élabore ».

## *Après l'article 2*

### **Amendements présentés par Mme Catherine Génisson :**

- Insérer l'article suivant :

« L'article L. 6155-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière versent une contribution, dont le taux est fixé par décret, aux fins d'assurer le financement de la formation médicale continue institutionnelle et managériale des praticiens énumérés à l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. Le taux de la contribution ne peut excéder 0.10 % de la masse salariale des praticiens énumérés à l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. La gestion et la mutualisation de cette contribution est confiée à un organisme paritaire collecteur agréé par l'État. »

- Insérer l'article suivant :

« À l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés sont associées aux négociations lorsqu'elles portent sur les forfaits techniques relatifs aux soins externes facturés par les établissements de santé pour les établissements mentionnés aux a), b), c), d) et e) de l'article L162-22-6. »

### **Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Insérer l'article suivant :

« À la fin de la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, sont insérés les mots : « , notamment les personnes obèses. »

## *Article 3*

### **Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Au début de l'alinéa 5, insérer la phrase suivante : « Le directeur associe le président de la CME à la rédaction et à la conclusion du contrat. »

### **Amendements présentés par Mme Catherine Génisson :**

- I. – À l'alinéa 10 : remplacer le taux : « 1 % », par : « 5 % »



II. – Les dispositions de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique issues de la présente loi s'appliquent au plus tard, pour la première fois, aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

*(retiré en commission)*

- À l'alinéa 13 : supprimer le mot : « notamment »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 18 par la phrase suivante : « Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens fixent, le cas échéant par avenant, des missions de service public, définies à l'article L. 6112-1 qui sont attribuées au titulaire du contrat, les objectifs quantifiés doivent permettre d'assurer à l'ensemble de la population des actes de qualité. »

**Amendements présentés par MM. Dominique Tian et Jean-Luc Prél :**

Après l'alinéa 21, insérer l'alinéa suivant :

« Les établissements de santé qui s'engagent, pour une durée prévue au contrat, dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de Santé, sont dispensés de l'application des dispositions des deux alinéas précédents relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées à l'alinéa ci-dessus. »

**Amendement présenté par M. Pierre Morange :**

À l'alinéa 24 , après le mot « gestion », insérer la phrase suivante : « Ils présentent notamment leurs objectifs en matière d'externalisation des services autres que les soins. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Compléter l'alinéa 24 par les mots : « et soignant ».

**Amendements présentés par MM. Yves Bur et Jean-Luc Prél :**

Compléter l'article par les deux alinéas suivants :

« VI. L'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa et à toute autre disposition contraire du code de la sécurité sociale, lorsqu'un établissement de santé prévu au d) de l'article L. 162-22-6 emploie des médecins salariés, il peut bénéficier directement de la prise en charge par l'assurance maladie des actes et prestations prévues par les dispositions de l'article L. 162-1-7 du même code. »

*(retirés en commission)*

*Après l'article 3*

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Insérer l'article suivant :

« Il est inséré dans le code de la santé publique un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« Durant une période de deux ans suivant leur démission, un praticien hospitalier exerçant à titre permanent ne pourra ouvrir un cabinet privé ou exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif dans un périmètre autour de l'établissement public dont il est démissionnaire. Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret. »

**Amendements présentés par Mme Catherine Génisson, M. Jean-Luc Prével et Mme Jacqueline Fraysse :**

Insérer l'article suivant :

« Insérer dans le code de la santé publique, un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il est interdit aux praticiens hospitaliers titulaires d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé n'assurant pas de mission de service public, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. Les modalités d'application de cet article sont réglées par voie réglementaire ».

*Article 4*

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

À l'alinéa 4, après le mot : « universitaires », insérer les mots : « y compris ceux à vocation nationale que sont les Assistances Publiques ».

**Amendement présenté par M. Bernard Perrut :**

À l'alinéa 5, après le mot : « gestion », insérer les mots : « parmi les candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prével :**

- À l'alinéa 5, après le mot : « avis », insérer le mot : « conforme ».

*(devenu sans objet)*

- À l'alinéa 6, remplacer les mots : « après avis » par les mots : « sur proposition conforme ».

**Amendements présentés par Mme Cathertine Génisson, M. Claude Leteurtre et Mme Jacqueline Fraysse :**

Après le mot : « affectation », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 7 : « après avis de la commission administrative paritaire compétente. »

*(retirés en commission)*

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Compléter l'alinéa 22 par les mots : « et aux missions culturelles ».

## Article 5

### • Amendements présentés par M. Yves Bur :

• À l'alinéa 3, après les mots : « Le conseil de surveillance », insérer les mots : « se prononce sur la politique générale et »

*(retiré en commission)*

• Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« 2° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; »

### Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :

Compléter l'alinéa 5 par les mots : « et notamment sur l'adhésion, le retrait, la modification du périmètre ou des compétences déléguées dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire. »

*(devenu sans objet)*

### Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

• Après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant : « 2 bis° La participation aux communautés hospitalières de territoire et aux groupements de coopération sanitaire ».

*(devenu sans objet)*

• Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant : « 3 bis° Le programme d'investissement ».

### Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« 7° l'adhésion, le retrait, la modification tant du périmètre que des compétences déléguées dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire. »

*(retiré en commission)*

### Amendement présenté par Mmes Catherine Génisson et Jacqueline Fraysse :

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« 7° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. »

### Amendement présenté par M. Yves Bur :

À l'alinéa 12, substituer au nombre : « quatre » le nombre : « cinq »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Philippe Boënnec :**

À l'alinéa 12, après le mot : « groupement », insérer les mots : « dont au moins un représentant de chaque commune sur le territoire duquel l'établissement public de santé est implanté, ».

**Amendement présenté par M. Patrice Debray :**

Compléter l'alinéa 12 par la phrase suivante :

« Le député, dont la circonscription où l'établissement a élu son siège social, est membre de droit du Conseil de surveillance au titre de l'un des quatre représentants mentionnés dans le présent 1° ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Gérard Gaudron :**

Compléter l'alinéa 12 par la phrase suivante :

« Le député de la circonscription sur laquelle est implanté l'établissement public de santé siège au sein du conseil de surveillance. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Rédiger ainsi l'alinéa 13 :

« 2° Cinq représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, deux désignés par la commission médicale d'établissement, trois désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement. »

*(devenu sans objet)*

**Amendements présentés par Mme Catherine Génisson :**

• À l'alinéa 13, substituer aux mots : « à parité respectivement », les mots « deux désignés ».

• À l'alinéa 13, après les mots : « commission médicale d'établissement », insérer les mots : « trois désignés ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Compléter l'alinéa 13 par les mots : « , ainsi que le directeur de la recherche pour les centres hospitaliers universitaires ; ».

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Rédiger ainsi l'alinéa 14 :

« 3° Cinq personnalités qualifiées, dont une nommée par le directeur de l'agence régionale de santé, une nommée par les représentants des collectivités territoriales désignées au 1°, un représentant des professionnels de santé non hospitaliers désigné par l'Ordre national des médecins et

deux représentants des usagers au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique nommés selon des modalités définies par décret. »

**Amendements présentés par MM. Yves Bur et Jean-Luc Préel :**

A l'alinéa 14, substituer au nombre : « quatre », le nombre : « cinq »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

À l'alinéa 14, substituer aux mots « dont au plus deux représentants des usagers » les mots « dont un membre de la commission des soins infirmiers et au plus deux représentants des usagers ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 14, substituer aux mots : « dont au plus deux représentants des usagers », les mots suivants : « dont deux représentants des usagers et un représentant des professionnels de santé non hospitalier. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par MM. Yves Bur et Jean-Luc Préel :**

Compléter l'alinéa 14 par les mots : « et un représentant des professionnels de santé non hospitaliers. »

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

Compléter l'alinéa 14 par les mots : « et un représentant du conseil départemental de l'Ordre des médecins. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Après l'alinéa 14, insérer l'alinéa suivant :

« 4° Au plus quatre représentants des caisses locales d'assurance maladie, dont au moins la moitié émanant des caisses primaires d'assurance maladie ».

**Amendement présenté par M. Rémi Delatte :**

Après l'alinéa 14, insérer l'alinéa suivant : « Chaque membre du conseil de surveillance peut se faire représenter par un suppléant nommé dans les mêmes conditions que le titulaire ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par Mme Catherine Génisson :**

- À l'alinéa 15, supprimer les mots : « et 3° ».
- Après l'alinéa 15, insérer l'alinéa suivant :

« Le président et le vice-président du directoire assistent aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Après l'alinéa 18, insérer l'alinéa suivant :

« Le président et le vice-président du directoire assistent aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Supprimer l'alinéa 19.

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À l'alinéa 19, supprimer les mots : « avec voix consultative ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 22 par la phrase suivante : « Le président et le vice-président du directoire assistent aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative. »

*(retiré en commission)*

*Article 6*

**Amendement présenté par M. Patrice Debray :**

Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

« Art. L. 6143-7. – Le président du directoire est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° ci après », les mots « aux 1° à 14° » sont remplacés par les mots « 1° à 15° ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 2, substituer au mot : « conduit » les mots : « met en œuvre ».

**Amendement présenté par M. Patrice Debray :**

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « 1° à 14° », les mots : « 1° à 15° ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. Après proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après proposition 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. Il joint à sa proposition celles du président de la CME et du chef de pôle ».

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

Rédiger ainsi la deuxième phrase de l'alinéa 4 : « Les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement sont nommés sur sa proposition, par le directeur général du Centre National de gestion. »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Au début de la deuxième phrase de l'alinéa 4, substituer aux mots : « Il nomme » les mots : « Après avis de la commission administrative paritaire compétente, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination ».

**Amendement présenté par M. Patrice Debray**

Après la deuxième phrase de l'alinéa 4, insérer la phrase suivante :

« Il détermine librement les attributions et délégations de ses adjoints. »

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Dans la troisième phrase de l'alinéa 4, substituer aux mots : « et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose » les mots : « il propose, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prével :**

À l'alinéa 4, substituer aux mots : « après avis du Président de la commission médicale d'établissement » les mots : « après avis de la commission médicale ».

**Amendement présenté par M. Patrice Debray**

Dans la troisième phrase de l'alinéa 4, substituer aux mots : « propose au directeur général du centre national de gestion », les mots : « procède à ».

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Compléter l'alinéa 6 par la phrase suivante :

« Il a autorité sur le comptable public, dans le respect de ses attributions. »

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Rédiger ainsi l'alinéa 9 :

« 2° Arrête le projet médical d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement, et décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

À l'alinéa 9, substituer aux mots : « projet médical », les mots « projet médical et soignant ».

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

À l'alinéa 9, après le mot : « établissement », insérer les mots : « préparé par le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 9, après le mot : « établissement », insérer les mots : « en accord avec le président de la commission médicale d'établissement ».

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 9, après les mots : « de l'établissement », insérer les mots : « adopté par la CME ».

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 9, substituer au mot « décide », le mot : « arrête ».

**Amendement présenté par M. Dominique Tian**

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« 3° Détermine la politique et le programme d'externalisation des services autres que les soins. »

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Rédiger ainsi l'alinéa 13 :

« 6° Arrête l'organisation interne de l'établissement, sur la base du projet médical, et conclut, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, les contrats de pôle d'activité en application de l'article L 6146-1 ; ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 17 par les mots : « dont le projet médical, le programme d'investissement. ».

**Amendements présentés par MM. Yves Bur et Claude Leteurtre :**

Après l'alinéa 20, insérer l'alinéa suivant :

« 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 ; ».

*(retirés en commission)*



**Amendements présentés par M. Patrice Debray**

- Après l'alinéa 22, insérer l'alinéa suivant :

« 15° Désigne l'ensemble des représentants de l'administration aux Commissions administratives paritaires locales. Ces représentants sont désignés parmi les agents de catégorie A ou à défaut de catégorie B de l'établissement ».

*(retiré en commission)*

- Après l'alinéa 22, insérer l'alinéa suivant :

« 15° Peut augmenter le contingent mensuel et annuel des heures supplémentaires par catégorie des agents de l'établissement afin de préserver la continuité du service public. Cette augmentation ne peut cependant pas conduire un agent à travailler au-delà du temps de travail maximal déterminé au titre II, du Livre premier de la troisième partie du code du travail. Le Comité technique d'établissement et le Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail sont consultés préalablement pour avis ».

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Rédiger ainsi l'alinéa 24 :

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

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À la deuxième phrase de l'alinéa 24, après les mots : « Il prépare », insérer les mots : « avec le président du directoire » ;

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

À la deuxième phrase de l'alinéa 24, après les mots : « en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens », insérer les mots : « et en concertation avec la communauté médicale de l'établissement ».

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Compléter l'alinéa 24 par les mots : « dont il coordonne la mise en œuvre. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

À l'alinéa 25, substituer aux mots « projet médical », les mots « projet médical et soignant ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

À la fin de la première phrase de l'alinéa 25, insérer les mots suivants : « et en concertation avec la commission médicale d'établissement. »

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Rédiger ainsi l'alinéa 26 :

« Art. L. 6143-7-4. – Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement dans la limite de cinq à onze membres, dont son président et son vice-président. Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. La représentation médicale, pharmaceutique et odontologique est assurée pour moitié au moins par des chefs de pôles. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le président du directoire, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Dans la première phrase de l'alinéa 26, après les mots « membres du personnel », insérer les mots « de direction et médical, pharmaceutique, ou odontologique ».

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À l'alinéa 26, substituer aux mots : « cinq membres, ou de sept membres dans les centres hospitaliers universitaires » les mots : « cinq à onze membres »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À la première phrase de l'alinéa 26, substituer aux mots : « cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires » les mots : « cinq à onze membres ».

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

À la première phrase de l'alinéa 26, substituer aux mots : « cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires », les mots : « cinq à douze membres ».

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 26, après la première phrase, ajouter la phrase suivante : « La représentation médicale, pharmaceutique et odontologique est assurée pour moitié au moins par des chefs de pôles. »

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À l'alinéa 26, dans la deuxième phrase, après les mots : « président du directoire de l'établissement », insérer les mots : « conjointement avec »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À la deuxième phrase de l'alinéa 26, substituer aux mots : « après avis du », les mots : « conjointement avec le ».

**Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse :**

• À la deuxième phrase de l'alinéa 26, après le mot : « avis », insérer le mot : « conforme ».

- Après la deuxième phrase de l'alinéa 26, insérer une phrase ainsi rédigée :

« La représentation médicale, pharmaceutique et odontologique est assurée pour moitié au moins par des chefs de pôles. »

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À la troisième phrase de l'alinéa 26, substituer aux mots : « avis du » les mots : « conjointement avec »

**Amendement présenté par M. Jacques Domergue :**

Compléter l'alinéa 26 par la phrase suivante :

« Dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation de recherche (doyen) ou le coordonnateur de l'enseignement médical, lorsqu'il existe, siège au directoire. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Substituer aux alinéas 36 à 38 l'alinéa suivant :

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

**Amendements présentés par M. Patrice Debray :**

- Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« VI. – Entre les articles L. 6143-3-1 et L. 6143-3-2 du code de la santé publique, est inséré un nouvel article L. 6143- rédigé ainsi :

« *Art. L. 6143-3-1.* – En cas de manquement du directeur à sa lettre de mission, le Directoire et le Conseil de surveillance peuvent adopter une motion de défiance à la majorité absolue des membres ayant voix délibérative du Directoire et à la majorité des deux tiers des membres ayant voix délibérative du Conseil de surveillance. Cette motion est ensuite transmise au directeur général de l'Agence régionale de santé qui peut demander, s'il estime que la motion de défiance est justifiée, le placement en recherche d'affectation du directeur de l'établissement concerné. »

- Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« VI – II est inséré après l'article L.6143-7-4 du même code, un article L.6143-7-5 ainsi rédigé :

« *Art. L6143-7-5.* – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, le directeur arrête le montant des crédits dédiés A l'ensemble des actions sociales, culturelle, sportive ou de loisirs mentionné à l'article 9 du titre I<sup>er</sup> du statut général des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86 du 9 janvier 1986. Le montant des crédits toutes actions confondues ne peut être inférieur à un taux et une assiette tous deux : déterminés annuellement par les ministres charges de la santé et des affaires sociales. Après avis du Comité technique d'établissement et du directoire, le directeur peut décider que les crédits peuvent être gérés soit directement par l'établissement soit par l'un des organismes, agréés par l'état, chargés de la gestion et de la mutualisation de cette contribution. La procédure de choix de l'organisme de gestion est soumise au respect du code des marchés publics. Les établissements publics de santé qui font le choix de gérer directement les crédits mentionnés dans cet

article, doivent présenter chaque année, en tenant compte des besoins constatés des personnels de l'établissement, pour avis au Comité technique d'établissement, un état prévisionnel des dépenses sociales, sportives et culturelles annexé à l'état prévisionnel des recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1. »

*(retiré en commission)*

- Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« VI. – Entre les articles L. 6152-1 et L.6152-2, est inséré un article L. 6152-1-1 rédigé ainsi ;

« Les établissements publics de santé, en application des dispositions du 2° de l'article L. 6152-1 peuvent recruter en contrat à durée déterminée ou indéterminée sans plafonnement de rémunération, des médecins, des pharmaciens et des odontologistes en qualité de praticiens contractuels à temps plein ou de praticiens contractuels à temps partiel. Ils sont placés sous l'autorité du directeur. »

*(retiré en commission)*

### *Après l'article 6*

#### **Amendement présenté par M. Patrice Debray :**

Insérer l'article suivant :

« I. – L'article L. 6143-3 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6143-3.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe et qui ne peut être inférieur à un mois, dans l'un des cas suivants :

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

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

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

« II. – L'article L. 6143-3-1 du même code est ainsi modifié :

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

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

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

« 2° Le deuxième alinéa est complété de deux phrases ainsi rédigées : « Le directeur de l'établissement et, le cas échéant les autres membres du personnel de direction et les directeurs des soins sont alors placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent. »

« III. – L'article L. 6161-3-1 du même code est ainsi modifié :

« 1° Au premier alinéa :

« a) Après les mots : « aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6, » sont insérés les mots : « lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, » ;

« b) Après les mots : « à l'article L. 6145-1 » sont insérés les mots : « ou leur compte financier » ;

« c) Après les mots : « remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés » sont insérés les mots : « et de produire un plan de redressement adapté » ;

« 2° Au quatrième alinéa, après les mots : « pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés » sont insérés les mots : « et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement » ;

« 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du code de commerce. »

« IV – Au dernier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code, avant la référence : « L. 6161-7 » sont insérées les références : « L. 61 6 1 -3 à L. 61 6 1-3-2, ».

*(retiré en commission)*

## *Article 7*

### **Amendement présenté par M. Patrice Debray :**

Après l'alinéa 1, insérer les trois alinéas suivants :

« III. – L'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété ainsi :

« Après les mots suivants : « Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes mentionnés aux 2° et 3° ainsi qu'à l'avant dernier alinéa de l'article L. 714-27 du code de la santé publique »

« Sont insérés les mots suivants : à l'exception des articles 4, 9, 9-1, 18, 19, 20, 21, 80, 81, 82, 83 et 84 ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse :**

- Supprimer les alinéas 2 et 3.
- À l'alinéa 3, après les mots : « Des personnes », insérer les mots : « diplômées de l'école des hautes études en santé publique ».

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

À l'alinéa 3, après les mots : « peuvent être nommés », insérer les mots : « par le directeur général de l'agence régionale de santé ou le représentant de l'État dans le département ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« Dans un délai de cinq ans suivant leur démission ou la fin de leur contrat, il est interdit à ces personnes d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privée où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment. Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret. »

**Amendements présentés par M. Patrice Debray :**

- Après l'alinéa 4, insérer les cinq alinéas suivants :

« 3° – Les articles 9 et 9-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière sont remplacés par un article ainsi rédigé :

« *Art. 9.* – Les emplois permanents mentionnés au premier alinéa de l'article 2 peuvent être occupés par des agents contractuels par dérogation à l'article 3 du titre I<sup>er</sup> du statut général.

« Les emplois à temps non complet d'une durée inférieure au mi-temps et correspondant à un besoin permanent sont occupés par des agents contractuels.

« Les agents ainsi recrutés peuvent être engagés par des contrats à durée indéterminée ou déterminée. Les contrats à durée déterminée mentionnés ci-dessus sont d'une durée maximale de trois ans. Ces contrats sont renouvelables, par décision expresse. La durée des contrats successifs ne peut excéder six ans.

« Si, à l'issue de la période de reconduction mentionnée à l'alinéa précédent, ces contrats sont reconduits, ils ne peuvent l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée. »

- Après l'alinéa 4, insérer les deux alinéas suivants :

« III. – A la suite des articles 9 et 9-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives la fonction publique hospitalière est inséré un nouvel article 9-2 rédigé ainsi :

« *Art. 9-2.* – Les décrets et statuts particuliers ne peuvent limiter le champ de la négociation salariale entre l'employeur et l'agent contractuel à un niveau de salaire qui serait inférieur à la

rémunération qui serait obtenue par un agent titulaire placé au dernier échelon du grade le plus élevé du corps ou de l'emploi sur lequel le contractuel est placé. »

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

À l'alinéa 6, après les mots : « contrat de droit public », insérer les mots : « signé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou le représentant de l'État dans le département ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Patrice Debray :**

- Après l'alinéa 6, insérer les deux alinéas suivants :

« 4°- 1° Dans l'article 19 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière les termes suivants « auprès des ministres compétents pour chaque corps de catégorie A recrutés et gérés au niveau national » sont supprimés et remplacés par les termes suivants : « auprès des directeurs d'agence régionale de santé, à l'exception des personnels de direction de l'assistance publique des hôpitaux de Paris pour lesquels une commission administrative paritaire spécifique est instituée auprès du directeur général de l'administration générale de l'assistance publique des hôpitaux de Paris, pour chaque corps de catégorie A recrutés au niveau national »

« 2° Dans la phrase « Toutefois, les corps et emplois des personnels de direction sont recrutés et gérés au niveau national. Leur gestion peut être déconcentrée. » de l'article 4 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots suivants sont supprimés : « et gérés » et à la suite des mots suivants « leur gestion peut être déconcentrée » il est inséré les mots suivants « au niveau régional auprès du directeur d'agence régional de santé ». » »

- Après l'alinéa 6, insérer les deux alinéas suivants :

« III. – Les mots suivants de l'article 47 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière sont supprimés :

« Toutefois, dans le cas de services représentant 80 ou 90 p. 100 du temps plein, cette fraction est égale respectivement aux six septièmes ou aux trente-deux trente cinquièmes du traitement des primes et indemnités mentionnés à l'alinéa précédent. »

- Après l'alinéa 6, insérer les alinéas suivants :

« L'article 20 est ainsi rédigé :

« Art. 20. – Les commissions administratives paritaires comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel.

« Les représentants de l'administration sont désignés par l'autorité administrative compétente de l'État pour les commissions administratives paritaires nationales et départementales et par le Directeur, président du directoire pour les établissements de santé soumis à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ou à défaut pour les autres établissements non soumis à cet article par l'assemblée délibérante de l'établissement pour les commissions administratives paritaires locales. ».

« Afin de concourir à une représentation équilibrée entre les femmes et les hommes, les membres représentant l'administration sont choisis compte tenu d'une proportion de représentants appartenant à chacun des sexes fixée par décret en Conseil d'État.

« Les membres représentant le personnel sont élus au scrutin de liste à deux tours avec représentation proportionnelle.

« Au premier tour de scrutin, les listes sont présentées par les organisations syndicales de fonctionnaires représentatives. Si aucune liste n'est déposée par ces organisations ou si le nombre de votants est inférieur à un quorum fixé par décret en Conseil d'État, il est procédé, dans un délai fixé par ce même décret, à un second tour de scrutin pour lequel les listes peuvent être présentées par toute organisation syndicale de fonctionnaires.

« Pour l'application des dispositions de l'alinéa précédent, sont regardées comme représentatives :

« 1° Les organisations syndicales de fonctionnaires régulièrement affiliées à une union de syndicats remplissant les conditions définies à l'article 9 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

« 2° Et les organisations syndicales de fonctionnaires satisfaisant, dans le cadre où est organisée l'élection, aux dispositions de l'article L. 2121-1 du code du travail.

« Les organisations affiliées à une même union ne peuvent présenter des listes concurrentes à une même élection. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées en tant que de besoin par un décret en Conseil d'État.

« Les contestations sur la recevabilité des listes déposées sont portées devant le tribunal administratif compétent dans les trois jours qui suivent la date limite du dépôt des candidatures. Le tribunal administratif statue dans les quinze jours qui suivent le dépôt de la requête. L'appel n'est pas suspensif.

« Les commissions administratives paritaires nationales et départementales sont présidées par l'autorité administrative de l'État. Les commissions administratives paritaires locales sont présidées dans les établissements de santé soumis à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique par un membre désigné par le Président du directoire dans les conditions déterminées au 15° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. Dans les autres établissements non soumis à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le président de l'assemblée délibérante ou son représentant préside les commissions administratives paritaires locales. »

- Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant :

« Le 4° de l'article 44 est abrogé ».

- Après l'alinéa 12, insérer l'alinéa suivant :

« 5° *bis* Chaque année, le directeur de l'ARS ou son représentant délivre au moment de l'évaluation une lettre de mission aux directeurs exerçant des fonctions de chefs d'établissements afin de déterminer le cadre d'exercice à venir de leur mission. »

- Après l'alinéa 12, insérer les quatre alinéas suivants :

« Dans l'article 84 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « L'autorité investie du pouvoir de nomination ne peut prononcer de sanction plus sévère que celle proposée par le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. » sont remplacés par les mots : « L'avis du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière est transmis au directeur qui peut choisir de maintenir sa décision initiale ou de la modifier. »



- Après l'alinéa 19, insérer l'alinéa suivant :

« L'alinéa 2 de l'article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est supprimé. »

*(retiré en commission)*

### *Article 8*

#### **Amendement présenté par M. Bernard Debré :**

À la première phrase de l'alinéa 3, après le mot : « activité », insérer les mots : « ou en services lorsqu'il n'y a pas de cohérence à la création d'un pôle ».

#### **Amendement présenté par M. Patrice Debray :**

Compléter l'alinéa 4 par la phrase suivante :

« En cas de non respect du contrat de pôle ou bien de la mise en œuvre de la politique de l'établissement par le Pôle, le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement, peut mettre fin aux fonctions du chef de pôle d'activité. »

*(retiré en commission)*

#### **Amendements présentés par M. Bernard Debré :**

- Supprimer l'alinéa 5.

*(retiré en commission)*

- Rédiger ainsi le début de l'alinéa 6 : « Dans les centres hospitaliers n'ayant pas passé convention avec une université peuvent exercer ... *(le reste sans changement)* ».

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Rédiger ainsi l'alinéa 7 : « Le directeur, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement et sur la base du projet d'établissement, signe avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle. »

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Rédiger ainsi la première phrase de l'alinéa 8 : « Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique veille à atteindre les objectifs fixés au pôle prenant en compte les besoins de la population. Il contribue ainsi à la mise en œuvre de la politique de l'établissement. »

#### **Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Supprimer les alinéas 10 et 11.

#### **Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Dans la première phrase de l'alinéa 10, après les mots : « peut admettre », insérer les mots : « sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Après la troisième phrase de l'alinéa 10, insérer la phrase suivante : « Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l'acte. ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

Après l'alinéa 11, insérer l'alinéa suivant :

« Les praticiens hospitaliers à temps plein, statutaires, disposant d'une activité libérale, sont admis à exercer une partie de cette activité dans un établissement privé de santé, dès lors que cet établissement fait partie d'un groupement de coopération sanitaire, ou qu'il a signé avec l'établissement public dont dépend le praticien une convention de permanence et de continuité des soins. Les conditions de la convention de mise à disposition de praticiens statutaires entre un établissement public de santé et un établissement privé sont fixées par décret. »

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

À l'alinéa 12, substituer à la référence : « L. 6146-7 », la référence : « L. 6146-6 ».

*Après l'article 8*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Insérer l'article suivant :

« Il est inséré au code de la santé publique un article L. 6153-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6153-2.* – À compter de la 4<sup>ème</sup> année de médecine (DCEM 2) et jusqu'à l'examen classant national, les étudiants en médecine peuvent percevoir une allocation d'études en contrepartie d'un engagement de servir trois ans dans le service public hospitalier après obtention de leur diplôme. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositions sont fixées par voie réglementaire ».

*Article 9*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 2, supprimer le mot : « publics ».

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À l'alinéa 2, supprimer les mots : « dont la liste est fixée par décret ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Dominique Tian et Mme Catherine Génisson :**

À l'alinéa 4, substituer aux mots : « quatre ans », les mots : « deux ans ».

## Article 10

### **Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Supprimer les alinéas 1 à 19.

### **Amendements présentés par Mme Bérengère Poletti :**

- Après l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« 1° Au 1°, après les mots « Des médecins, des odontologistes », sont insérés « , des sages-femmes ».

« 2° Au 2°, après les mots « Des médecins, des odontologistes » sont insérés « , des sages-femmes ».

- À l'alinéa 4, après les mots : « Des médecins, des odontologistes », insérer les mots : « , des sages-femmes ».

### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 4, supprimer les mots : « sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ; ».

### **Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À la fin de l'alinéa 4, substituer aux mots : « une difficulté particulière à être pourvus ; », les mots : « des difficultés particulières liées au recrutement ou aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésion à une communauté hospitalière de territoire ; »

### **Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Après la première phrase de l'alinéa 6, insérer les mots : « Il a autorité sur le comptable public, dans le respect de ses attributions. »

### **Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

À la fin de l'alinéa 6, insérer les mots : « du même article ».

*(devenu sans objet)*

### **Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Compléter l'alinéa 7 par les mots : « conformes à la déontologie de leur profession ».

*(devenu sans objet)*

### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Supprimer l'alinéa 8.

### **Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

À l'alinéa 8, après les mots : « de médecin, odontologiste », insérer le mot : « , sage-femme ».

**Amendement présenté par M. Bernard Debré :**

Supprimer l'alinéa 16.

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

À l'alinéa 18, après les mots : « aux médecins, odontologistes », insérer le mot : « , sages-femmes ».

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Après l'alinéa 26, insérer l'alinéa suivant :

« Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi ainsi que les personnes ayant suivi une formation en France équivalente au cursus du deuxième ou troisième cycle des études médicales, totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant d'au moins une fonction rémunérée au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Marie-Christine Dalloz :**

Compléter l'alinéa 31, par les mots : « considérant que les personnes ayant obtenu un diplôme interuniversitaire de spécialisation, totalisant 3 ans de fonction au delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait à ces épreuves. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Rémi Delatte :**

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Les personnes ayant suivi une formation de spécialité en France, équivalente au cursus du troisième cycle des études médicales comme le D.I.S. (Diplôme Inter-universitaire de Spécialisation), et totalisant trois ans de fonction au delà de leur formation et justifiant de deux années rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L 4111-2 du code de la santé publique. »

*(retiré en commission)*

## Article 12

### **Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« Art L. 6132. – La réorganisation des établissements de santé constitue une priorité nationale. En conséquence, une partie des aides à la contractualisation et des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés est réservée aux établissements rentrant dans une communauté hospitalière de territoire pour une durée de trois ans, selon des modalités définies par voie réglementaire. »

*(retiré en commission)*

### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Rédiger ainsi la dernière phrase de l'alinéa 4 : « Un établissement public de santé peut adhérer à deux communautés hospitalières de territoire. »

*(devenu sans objet)*

### **Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

A la dernière phrase de l'alinéa 4, substituer aux mots : « Un établissement public de santé », les mots « En dehors des centres hospitaliers universitaires, un établissement public de santé ».

*(retiré en commission)*

### **Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Compléter l'alinéa 4 par les mots : « dans le cas prévu à l'article L.6132-14 du code de la santé ».

### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« Les établissements médico-sociaux publics peuvent adhérer à une communauté hospitalière de territoire. »

*(retiré en commission)*

### **Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« Un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics peuvent adhérer à une communauté hospitalière de territoire. »

*(retiré en commission)*

### **Amendements présentés par MM. Yves Bur et M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 6, supprimer les mots : « , après avis des représentants de l'État dans les régions concernées, »

**Amendements présentés par Mme Catherine Génisson :**

• À l'alinéa 6, après les mots : « régions concernées », insérer les mots : « et des conseils régionaux »

• À l'alinéa 6, après les mots : « régions concernées », insérer les mots : « et des présidents des conseils régionaux »

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

À l'alinéa 16, substituer aux mots : « peuvent créer » le mot : « créent »

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Après l'alinéa 16, insérer les deux alinéa suivants :

« La communauté hospitalière de territoire constitue une commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) de la communauté hospitalière de territoire pour l'ensemble des établissements adhérents.

« Elle analyse les informations en matière de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge qui lui sont remontées par les CRUQPC des établissements qui composent la communauté hospitalière de territoire. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 19, après les mots : « après avis du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, », insérer les mots : « et du conseil de surveillance ».

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Rédiger ainsi l'alinéa 23 :

« Art L. 6132-11. – La communauté hospitalière de territoire constitue une commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge de la communauté hospitalière de territoire. Elle analyse les informations qui lui sont remontées par les commissions de relations avec les usagers et de qualité de la prise en charge des établissements qui composent la communauté hospitalière de territoire. »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :**

Rédiger ainsi l'alinéa 23 :

« Art. L. 6132-11. – La communauté hospitalière de territoire constitue une commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) de la communauté hospitalière de territoire pour l'ensemble des établissements adhérents. Elle analyse les informations en matière de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge qui lui sont adressées par les CRUQPC des établissements qui composent la communauté hospitalière de territoire. »

*(devenu sans objet)*

### Article 13

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Substituer aux alinéas 4 à 10 les alinéas suivants :

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

« A cet effet, il peut :

1° Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins ou un ou plusieurs équipements matériels lourds au sens de l’article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres.

« Cette ou ces autorisations peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres ou par le groupement lui-même dans les conditions définies par la convention constitutive. Quelque soit le mode d’exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire, d’une autorisation d’activité de soins ou d’exploitation d’un équipement matériel lourd, le membre du groupement initialement autorisé demeure titulaire de cette autorisation sanitaire. Il peut néanmoins céder une ou plusieurs autorisations sanitaires au groupement dont il est membre dans les conditions fixées par l’article L. 6122-3.

« 2° Exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements matériels lourds au sens de l’article L. 6122-1 et détenir à ce titre des autorisations sanitaires.

« A cet effet, l’autorisation sanitaire lui est accordée dans les conditions prévues aux articles L. 6122-1 à L. 6122-21 du Code de la santé publique.

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

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Rédiger ainsi cet article à partir de l’alinéa 7 :

« 2° Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins ou un ou plusieurs équipements matériels lourds au sens de l’article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres.

« Cette ou ces autorisations peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres ou par le groupement lui-même dans les conditions définies par la convention constitutive. Quelque soit le mode d’exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire, d’une autorisation d’activité de soins ou d’exploitation d’un équipement matériel lourd, le membre du groupement initialement autorisé demeure titulaire de cette autorisation sanitaire. Il peut néanmoins céder une ou plusieurs autorisations sanitaires au groupement dont il est membre dans les conditions fixées par l’article L. 6122-3.

« 3° Exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements matériels lourds au sens de l’article L. 6122-1 et détenir à ce titre des autorisations sanitaires.

« À cet effet, l’autorisation sanitaire lui est accordée dans les conditions prévues aux articles L. 6122-1 à L. 6122-21 du Code de la santé publique.

« 4° constituer un réseau de santé. Dans ce cas, il est composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1 ».

« L'article L. 6133-3 est ainsi rédigé « Le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé.

« Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.

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

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Les alinéas 14 à 17 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 6133-3. – Le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé.

« Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.

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

« Le groupement de coopération sanitaire constitué sur le fondement du 1° de l'article L. 6133-1 peut, à titre subsidiaire et sans porter préjudice à la réalisation de son objet ou de 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 ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse :**

- À l'alinéa 22, substituer aux mots « Au plus quatre », le mot : « Cinq ».
- À l'alinéa 23, substituer aux mots « Au plus quatre » le mot « Cinq » et le second « deux » par « trois ».
- Rédiger ainsi l'alinéa 24 :

« 3° Cinq personnalités qualifiées, dont une nommée par le directeur de l'agence régionale de santé, une nommée par les représentants des collectivités territoriales désignées au 1°, et trois représentants des usagers au sens des dispositions de l'article L 1114-1 du code de la santé publique nommés selon des modalités définies par décret. »



**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Rédiger ainsi les alinéas 26 à 28 :

« Art. L. 6133-5. – Le groupement de coopération sanitaire conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de la santé dans les deux cas suivants :

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

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

Le groupement de coopération sanitaire est appelé à la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement de santé titulaire d'une ou plusieurs autorisations sanitaires dont il assure l'exploitation, ou à défaut d'un avenant à ce contrat ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

À l'alinéa 33, après les mots : « permanence de soins », insérer les mots : « des actions de prévention, d'éducation, de formation, d'évaluation et d'animation ».

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

À l'alinéa 33, substituer aux mots : « libéraux médicaux » les mots : « médicaux libéraux »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Après l'alinéa 37, insérer l'alinéa suivant : « L'article 2 de la loi 86-33 est complétée d'un 8° ainsi rédigé : Groupements de coopération sanitaire de droit public, groupement de coopération sociale et médico-sociale de droit public, groupements d'intérêt public ».

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Substituer aux alinéas 46 et 47 l'alinéa suivant : « 1° L'adapter aux besoins de la population et garantir la qualité et la sécurité des soins. En collaboration avec la Haute Autorité de Santé, il assure au patient une information claire, lisible et comparative. Il organise des consultations régulières des patients et professionnels de santé ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 46 par les mots : « et d'assurer à l'accessibilité d'une offre hospitalière aux tarifs opposables ».

*Après l'article 13*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.1411-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au deuxième alinéa de cet article, après les mots : « ou d'autres structures de soins » sont ajoutés les mots : « dont au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins au domicile. » »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.1411-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au deuxième alinéa de cet article, après les mots : « ou d'autres structures de soins » sont ajoutés les mots : « dont au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins au domicile, tels que visés à l'article L.6111-1 du présent code » »

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.1411-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au deuxième alinéa de cet article, après les mots : « ou d'autres structures de soins » sont ajoutés les mots : « dont au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins au domicile. » »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.1411-13 du code de la santé publique est ainsi modifié ::

« Au deuxième alinéa de cet article, après les mots : « établissements sanitaires et sociaux » sont ajoutés les mots : « dont au moins un représentant d'un établissement de santé assurant une activité de soins au domicile, tels que visés à l'article L.6111-1 du présent code » »

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.6121-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au 2°) de cet article, après les mots : « établissements spécialisés » sont ajoutés les mots : « et des établissements assurant une activité de soins au domicile. » »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.6121-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au 2°) de cet article, après les mots : « établissements spécialisés » sont insérés les mots : « et des établissements assurant une activité de soins au domicile, tels que visés à l'article L.6111-1 du présent code ».

#### *Avant l'article 14*

##### **Amendements présentés par Mme Catherine Génisson :**

- Insérer l'article suivant :

« Compléter le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée : « La Haute autorité de santé, en lien avec l'Uncam, élabore un référentiel adapté au traitement des demandes des patients en matière de permanence des soins. »

- Insérer l'article suivant :

« I. – À l'article L. 432-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots « sont applicables », par les mots : « ne sont pas applicables aux bénéficiaires du présent livre »

« II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 711-7, après les mots : « Il en est de même de la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2... », supprimer les mots : « ... et au dernier alinéa de l'article L. 432-1. »

- Insérer l'article suivant :

« À l'article L 861-1 du code de la sécurité sociale, ajouter l'alinéa ainsi rédigé :

« Les enfants ayant-droits de moins de 16 ans, des personnes appartenant à un foyer fiscal dont le revenu mensuel brut est inférieur ou égal au montant du SMIC, peuvent bénéficier de la CMU-C. Un décret pris en conseil d'Etat précise les modalités de mise en oeuvre de cette disposition. »

- Insérer l'article suivant :

« Supprimer l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. »

- Insérer l'article suivant :

« Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, sera présenté au Parlement avant le 30 septembre 2009. »

##### **Amendement présenté par Mme Marie-Christine Dalloz**

Insérer l'article suivant :

« I. Toute personne a droit, en quelque lieu qu'il réside sur le territoire national, à des soins de qualité.

« II. L'organisation d'une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire, condition de la garantie de ce droit, relève de la responsabilité des administrations compétentes de l'État.

« III. Sans préjudice des dispositions prévues au titre IV de la présente loi, les documents de planification sanitaire prévoient des mesures particulières en matière d'accessibilité, appréciée notamment en termes de temps de parcours, aux structures de soins, adaptées à la réalité géographique et climatique des territoires de montagne.

« IV. Les modalités d'application du III sont précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'aménagement du territoire. »

#### *Article 14*

##### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél**

Rédiger ainsi la première phrase de l'alinéa 3 : « *Art. L. 1411-11.* – L'accès aux soins, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. »

##### **Amendement présenté par M. Dominique Tian**

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « à des », le mot : « aux ».

##### **Amendement présenté par M. Claude Leteurtre**

À l'alinéa 3, après les mots : « à l'article L. 1434-14 », insérer les mots : « , en lien avec les professionnels de santé concernés et leurs représentants ».

##### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél**

Rédiger ainsi les alinéas 4 et 5 : « Ces soins comprennent notamment :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients en liaison avec les autres professionnels de santé ; »

##### **Amendements présentés par MM. Jean-Luc Prél et Dominique Tian**

- Compléter l'alinéa 4 par le mot : « notamment ».
- Compléter l'alinéa 5 par les mots : « en liaison avec les autres professionnels de santé ».

##### **Amendement présenté par MM. Guy Malherbe et Jean-Luc Prél :**

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 6 (2°) : « Le conseil pharmaceutique, ... (*le reste sans changement*) ».

*(retiré en commission)*

##### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél**

À l'alinéa 6, avant les mots : « la dispensation », insérer les mots : « Le conseil pharmaceutique ».

##### **Amendement présenté par M. Christian Paul**

Rédiger ainsi l'alinéa 9 :

« Les professionnels de santé selon leurs compétences, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les infirmiers et les infirmières, concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopération organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ; »

### **Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse**

Compléter l'alinéa 9 par les mots : « , dont les services de santé au travail et de médecine scolaire ».

### **Amendements présentés par M. Jean-Luc Prével**

- Supprimer l'alinéa 10 de cet article.
- Rédiger ainsi les alinéas 14 à 18 de cet article :

« Médecin généraliste

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

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

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

« 3° Assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients ; »

### **Amendements présentés par M. Claude Leteurtre**

- À l'alinéa 14, supprimer les mots : « de premier recours ».
- Rédiger ainsi l'alinéa 15 : « Le médecin généraliste est le professionnel de santé auquel les patients s'adressent en premier recours. Il oriente ses patients, selon leurs besoins dans le système de soins. »
- Supprimer les alinéas 16 à 22.

### **Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti**

Compléter la première phrase de l'alinéa 16 par les mots : « et l'information sur la contraception ».

### **Amendements présentés par M. Christian Paul**

- Rédiger ainsi la deuxième phrase de l'alinéa 16 : « Des modes de rémunérations et des formes d'organisations collectives seront prévues pour développer ces missions qui pourront s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ».
- À l'alinéa 19, substituer au mot : « application », le mot : « adaptation ».

### **Amendement présenté par M. Dominique Tian**

Compléter cet article par les alinéas suivants :

« V. – Il est inséré au début du titre IV du livre 1<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Chirurgien-dentiste de premier recours

« *Art. L. 4140-1.* – Les missions du chirurgien dentiste de premier recours sont notamment les suivantes :

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

« 2° Participer à la permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 du présent code. »

#### **Amendement présenté par M. Christian Paul**

Compléter cet article par les 9 alinéas suivants :

« *Art. L. 4310-2.* – L'infirmière de premier recours exerce sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. Les missions de l'infirmière de premier recours sont les suivantes :

« 1°) Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, les soins infirmiers, la prévention, le dépistage, la mise en œuvre des traitements et le suivi de pathologie ainsi que l'éducation à la santé et à l'action thérapeutique en coopération avec le médecin généraliste de premier recours et les autres professionnels de santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux et dans les cabinets libéraux ;

« 2°) Contribuer à l'orientation des patients dans le secteur du soin et le secteur médico-social selon l'évaluation de leur situation clinique de leurs besoins ;

« 3°) Évaluer la situation clinique des patients et identifier leurs besoins en soins médicaux et médico-sociaux ;

« 4°) Participer de façon effective à la coordination des soins nécessaires à ses patients ;

« 5°) Participer à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 6°) Assurer la transmission et la traçabilité des informations relatives au suivi des patients en collaboration avec les différents professionnels de santé ;

« 7°) Contribuer aux actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique ;

« 8°) Assurer la continuité des soins. »

#### **Amendement présenté par M. Rémi Delatte**

Compléter cet article par les 6 alinéas suivants :

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

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

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

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre » sont remplacés par les mots : « soit par des établissements de santé » ;

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

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

*Après l'article 14*

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prével**

- Insérer l'article suivant :

« Le chapitre V du titre II du livre premier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« I. L'intitulé de ce chapitre est ainsi rédigé : « Chapitre V : Pharmacie d'officine ».

« II. L'article L. 5125-1-1 devient l'article L. 5125-1-2.

« III. Il est rétabli un article L. 5125-1-1 ainsi rédigé :

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

« Contribuent aux soins de premier recours ;

« Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

« Participent au service public de la permanence des soins ;

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

« Peuvent élaborer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;

« Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes dépourvu de pharmacie à usage intérieur.

« Les pharmaciens d'officine peuvent proposer des prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, notamment en contribuant à l'éducation pour la santé, en réalisant ou en participant à des actions de prévention ou de dépistage. »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre**

- Insérer l'article suivant :

« Il est inséré, après l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, un article L. 5125-23-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-23-2.* – Dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3, un pharmacien d'officine désigné par le patient peut assurer auprès de lui le rôle de pharmacien traitant. À ce titre, il effectue un suivi thérapeutique et peut notamment, après information du médecin, renouveler périodiquement des traitements médicamenteux chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie, et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets. »

### **Amendements présentés par M. Jean-Luc Prével**

- Insérer l'article suivant :

« Il est inséré, après l'article L. 5125-24 du code de la santé publique, un article L. 5125-24-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-24-1* – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5125-2, sous réserve du respect de leur obligation d'exercice personnel et de leurs devoirs professionnels, les pharmaciens d'officine peuvent proposer aux malades et aux personnes âgées ou handicapées dont la situation le nécessite des services d'aide personnelle destinés à favoriser leur maintien à domicile, dans les conditions prévues aux articles L. 7231-1 à L. 7233-9 du code du travail. »

- Insérer l'article suivant :

« I. - 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. Le projet de santé du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. » ;

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre » sont remplacés par les mots : « soit par des établissements de santé » ;

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

« Ils sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement définies par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire. »

### **Amendements présentés par M. Jean-Pierre Door**

- Insérer l'article suivant :

« I. À l'article L. 161-37 du code la sécurité sociale, remplacer par cinq fois : « Haute Autorité de santé » par les mots « Haute Autorité pour la qualité de santé ».

« II- En conséquence, procéder à la même substitution dans les codes de la santé publique et de la sécurité sociale.

- Insérer l'article suivant :

« Après le 7ème alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le ministre chargé de la santé fixe chaque année les orientations stratégiques de la Haute Autorité en tenant compte des missions dévolues aux autres organismes ayant compétence en matière de santé. »

### **Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti**

Insérer l'article suivant :

« L'alinéa 5 de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :



« Toutefois, la consultation d'un médecin relevant des spécialités de gynécologie médicale, de gynécologie obstétrique, d'ophtalmologie, de psychiatrie et de neuro-psychiatrie n'entraîne pas de majoration de participation prévue au I de l'article L. 322-2. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Marc Bernier**

Insérer l'article suivant :

« Les diplômés de médecine générale doivent exercer au moins cinq ans la médecine générale de premier recours à l'issue de leurs études ; »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Marie-Christine Dalloz**

Insérer l'article suivant :

« La médecine vasculaire est une spécialité. Sa formation est spécifique et indépendante de toutes les autres spécialités médicales. »

*Article 15*

**Amendement présenté par Mme Isabelle Vasseur**

Après l'alinéa 3, insérer les deux alinéas suivants :

« *I bis* – L'article L. 631-2 du code de l'éducation est complété par la disposition suivante :

« Un interne doit pouvoir, pour des raisons géographiques justifiées, effectuer ses stages d'internat dans un hôpital situé en dehors de son académie. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prével**

• Après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant : « Le troisième cycle des études médicales comprend un stage obligatoire de médecine de 1<sup>er</sup> recours de trois mois en zone rurale et de trois mois en zone urbaine. »

• À l'alinéa 6 substituer au mot : « cinq », le mot : « quinze ».

**Amendement présenté par M. Dominique Tian**

Compléter l'alinéa 6 par les mots : « et compte tenu des capacités de formation des différentes subdivisions. »

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti**

Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant :

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine les modalités en fonction desquelles, tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine, est informé préalablement à ses engagements, qu'en cas d'échec des mesures incitatives prévues par la présente loi, leur liberté d'installation pourra être remise en cause au regard de l'évolution de la démographie médicale des subdivisions territoriales. »

**Amendement présenté par Mme Michèle Delaunay**

Après la première phrase de l'alinéa 7, insérer la phrase suivante :

« Le nombre de postes d'internes offerts décrété par cet arrêté est strictement égal au nombre moyen d'internes à former chaque année déterminé par l'arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé cité à l'alinéa 6 du même article. »

**Amendement présenté par M. Yves Bur**

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« Afin de faciliter l'installation des professionnels dans les zones défavorisées, un guichet unique pour l'installation est mis en place au sein de l'agence régionale de santé. Ce guichet centralise l'ensemble des informations utiles à l'installation des professionnels de santé dans la région. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Dominique Tian**

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de stage en exercice libéral. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél**

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'obtention d'une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste initialement reconnue. L'obtention de la qualification de spécialiste relève de l'Ordre national des médecins. »

**Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse**

Supprimer l'alinéa 10.

**Amendements présentés par M. Dominique Tian**

- Compléter cet article par les trois alinéas suivants :

« I – Dans la troisième partie, livre VI, titre III du chapitre IV du code de l'éducation, l'article L. 631 est ainsi modifié :

« 1° - Au 1<sup>er</sup> alinéa, après le mot « supérieur » insérer les mots suivants « dans les conditions définies par décret. Pour les études de chirurgie dentaire, ce nombre sera déterminé et fixé régionalement.

« 3° - Le 2<sup>ème</sup> alinéa est supprimé. »

- Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« I – Dans la troisième partie, livre VI, titre III du chapitre IV du code de l'éducation, l'article L.631 est ainsi modifié :

« 1° - Au 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> alinéa, remplacer le mot « odontologique » par les mots « chirurgie dentaire » et au 5<sup>ème</sup> alinéa, remplacer le mot « odontologique » par les mots « de chirurgie dentaire »

### *Après l'article 15*

#### **Amendement présenté par M. Guy Lefrand :**

Insérer l'article suivant :

« Après le deuxième alinéa de l'article L. 632-2 du Code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants en médecine intégrant un troisième cycle sont informés des nouvelles obligations de solidarité envers les territoires dépourvus d'une offre de soins suffisante pour assurer une couverture médicale optimale au service de la population qui leurs incomberont une fois leur diplôme acquis. Ils devront en effet exercer au moins deux années dans une zone reconnue comme déficitaire par les agences régionales de santé. Ce dispositif s'appliquera pour les médecins ayant débuté leurs études en 2010. Un décret en Conseil d'État précisera les modalités d'organisation de cet exercice obligatoire de la médecine en zone déficitaire. »

*(retiré en commission)*

#### **Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

• Insérer l'article suivant :

« Ajouter à l'article L 632-12 du code de l'éducation, l'alinéa suivant :

« 5° –Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de médecin compétent. »

• Insérer l'article suivant :

« Les deux premiers alinéas de l'article L. 634-1 du code de l'éducation sont remplacés par les alinéas suivants :

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

« Les étudiants nommés à l'issue du concours en qualité d'interne en chirurgie dentaire peuvent accéder à une formation qualifiante de troisième cycle en chirurgie orale ou en orthopédie dento-faciale. Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat. Après validation de ce troisième cycle et soutenance d'une thèse, les internes obtiennent en plus du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire une attestation d'études approfondies en chirurgie dentaire et un diplôme mentionnant la qualification obtenue.

« Le titre d'ancien interne ne peut être utilisé que par des personnes justifiant du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire et du diplôme sanctionnant la formation de troisième cycle prévue au précédent alinéa.

« Des décrets en Conseil d'État déterminent les modalités du concours de l'internat, le contenu des formations, le statut des internes en chirurgie dentaire, les mesures transitoires et les conditions dans lesquelles, au cours des études qui conduisent au diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, les étudiants accomplissent des stages de formation et participent aux fonctions hospitalières dans les structures définies au chapitre VI du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la partie VI du code de la santé publique, sous la responsabilité des chefs de ces structures. Ils fixent également les modalités selon lesquelles il est tenu compte de la formation spécialisée, de l'expérience professionnelle, de la formation complémentaire et de la formation continue en chirurgie dentaire

dont justifie un ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne lorsqu'il souhaite obtenir un diplôme, certificat ou autre titre de praticien spécialiste en chirurgie dentaire qui n'est pas délivré dans son État d'origine ou de provenance. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Insérer l'article suivant :

« *Art. L. 634-2.* – La formation en odontologie comprend une spécialité en chirurgie buccale, dont les modalités et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Insérer l'article suivant :

« I. – L'article L. 1615-7 du code général des collectivités territoriales est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont éligibles au fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée les dépenses correspondant à des travaux réalisés à compter du 1er janvier 2009 pour la construction des maisons de santé. Seules sont éligibles les collectivités qui construisent des maisons de santé dans des zones déficitaires en médecins ».

« II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

**Amendement présenté par M. Guy Lefrand :**

Insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 4131-6 du Code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :

« *Article L. 4131-6-1.* – L'installation des médecins est soumise au principe de l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. L'implantation des médecins pour les deux premières années d'exercice se fait obligatoirement dans une zone reconnue comme déficitaire par les agences régionales de santé. Ce dispositif s'appliquera pour les médecins ayant débuté leurs études en 2010. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Claude Leteurre :**

- Insérer l'article suivant :

« À l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 21° À compter de 2017, les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 5<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, des médecins lors des trois premières années d'adhésion ».

- Insérer l'article suivant :

« À l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 21° À compter de 2017, les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 5° alinéa de l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, des médecins lors des trois premières années d'adhésion ».

**Amendement présenté par Mme Michèle Delaunay :**

Insérer l'article suivant :

« Le 3° de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« ainsi que celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé. »

« Le 1° de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« ainsi que pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social. »

**Amendement présenté par Mme Isabelle Vasseur :**

Insérer l'article suivant :

« Les kinésithérapeutes exerçant en cabinets libéraux sont habilités à recevoir des étudiants pour des périodes de stage. »

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

- Insérer l'article suivant :

« À titre expérimental pendant une période de cinq ans, les étudiants en médecine ayant atteint la moyenne générale aux épreuves du concours de la PCEM 1, mais non admis en PCEM 2, sont autorisés à poursuivre leurs études de médecine, à la condition de s'engager à effectuer les cinq premières années de leur exercice professionnel dans l'une des zones sous-médicalisées identifiées par les ARS concernées. »

« Cette expérimentation est menée par deux ARS dont la liste est fixée par décret, après avis de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. »

- Insérer l'article suivant :

« À compter de 2009, les étudiants en médecine ayant atteint la moyenne générale aux épreuves du concours de la PCEM 1, mais non admis en PCEM 2, sont autorisés à poursuivre leurs études de médecine, à la condition de s'engager à effectuer les cinq premières années de leur exercice professionnel dans l'une des zones sous-médicalisées identifiées par les Agences Régionales de Santé. »

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Insérer l'article suivant :

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités en fonction desquelles, les internes qui ont choisi de suivre un 3e cycle de spécialité en médecine générale, effectuent deux semestres de médecine générale, dont un semestre dans une des subdivisions territoriales visées au deuxième alinéa du présent article, où la démographie médicale dans cette spécialité est faible. »

**Amendement présenté par M. Marc Bernier :**

Insérer l'article suivant :

« L'agence régionale de santé peut attribuer une indemnité d'étude et de projet professionnel à tout étudiant inscrit en deuxième ou en troisième cycle des études de médecine ou des études odontologiques, s'il s'engage à exercer la médecine ou l'art dentaire pendant une durée d'au moins cinq années dans une des zones où le schéma régional d'organisation des soins indique des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours.

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

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Insérer l'article suivant :

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités en fonction desquelles, les internes qui ont choisi de suivre un 3<sup>e</sup> cycle de spécialité en médecine générale, effectuent deux semestres de médecine générale, dont un semestre dans une des subdivisions territoriales visées au deuxième alinéa du présent article, où la démographie médicale dans cette spécialité est faible. »

*Article 16*

**Amendement présenté par M. Olivier Jardé :**

À l'alinéa 2, après les mots : « les établissements de santé, », insérer les mots : « par les transporteurs sanitaires et ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

« *Art. L. 6314-1.* – La mission de service public de permanence des soins est assurée en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que par les médecins collaborateurs salariés mentionnés à l'article R 4127-91 du code de la santé publique. »

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

À l'alinéa 2, substituer aux mots : « , dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 », les mots : « , ainsi que par les médecins collaborateurs salariés mentionnés à l'article R. 4127-91 du code de la santé publique. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Après l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

« Elle est également assurée, dans leur domaine de compétence professionnelle, par les chirurgiens-dentistes mentionnés à l'article L. 162-9, dans le cadre de leur activité libérale, et à

l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5. »

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

Rédiger ainsi la deuxième phrase de l'alinéa 4 de l'article 16 :

« Pour les appels relevant de la permanence des soins, cette régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Compléter l'alinéa 4 par les mots : « dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

**Amendement présenté par MM. Marc Bernier et Christian Paul :**

Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« I. bis – Si, à l'échéance d'un délai d'un an suivant la publication de la présente loi, l'agence régionale de santé constate que la mission de service public de permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique n'est pas assurée dans certains territoires de santé, elle propose aux médecins exerçant à titre libéral et aux établissements de santé des territoires concernés un schéma d'organisation de la permanence des soins. Pour l'établissement de ce schéma, elle tient compte notamment des caractéristiques géographiques et démographiques des zones concernées, ainsi que des conditions dans lesquelles les médecins y exercent.

« Si ce schéma ne recueille pas l'adhésion d'un nombre de médecins suffisant pour assurer la permanence des soins, l'agence régionale de santé transmet au représentant de l'État concerné les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions nécessaires. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale. »

*(retiré en commission)*

- Rédiger ainsi l'alinéa 6 :

« Les médecins participant à la permanence des soins, conformément aux conditions et aux modalités d'organisation définies par décret en Conseil d'État, bénéficient pour les dommages causés ou subis dans cette activité d'une couverture assurantielle fournie par l'État. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

- À l'alinéa 6, substituer aux mots : « l'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé », les mots « les médecins libéraux, quel que soit leur statut, qui participent à la permanence des soins, mission de service public ».

*(retiré en commission)*

- Après l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

« *Art. L. 6314-4.* – La responsabilité du médecin libéral au titre des activités énoncées aux articles L. 6314-1 et L. 6314-2 est couverte par le régime de la responsabilité administrative applicable à l'Agence Régionale de Santé dont il dépend alors pour ces missions. »

*(retiré en commission)*

### *Après l'article 16*

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Insérer l'article suivant :

« À la fin du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, insérer les mots suivants :

« La facture du prothésiste mentionnant le nom, l'adresse du prothésiste, le lieu de fabrication du matériel et le matériel utilisé sera jointe à la facture du dentiste à la fin des soins prothésistes.

« Un décret pris en Conseil d'État en précisera les modalités. »

### *Article 17*

#### **Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :**

À l'alinéa 8, après les mots : « Haute autorité de santé », insérer les mots : « ou à un Etablissement Public de Santé agréé pour ce faire, ».

#### **Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

Compléter l'alinéa 9 par les mots : « , ainsi qu'éventuellement de nouveaux modes rémunération adaptés ».

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :**

À l'alinéa 11 après les mots : « agence régionale de santé », insérer les mots : « ou de leur établissement si ce dernier est agréé à cet effet en vertu de l'article L. 4011-2 ».

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Après l'alinéa 12, insérer les alinéas suivants :

« Titre 2

« Participation des Professionnels de santé hospitaliers à la hiérarchisation des actes médicaux et participation des organismes représentant les Établissements de santé à la négociation aux prestations remboursables et à la hiérarchisation des actes »

« À l'article L. 162-1-7 au deuxième alinéa est ajouté après Caisse d'Assurance Maladie « des représentants des fédérations représentant les établissements de santé ».



« À l'article L. 162-1-13 est ajouté à la fin du premier paragraphe : « des représentants des fédérations représentant les établissements de santé ».

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Après l'alinéa 12, insérer les trois alinéas suivants :

« Titre 2 – Participation des Professionnels de santé hospitaliers à la hiérarchisation des actes médicaux et participation des organismes représentant les établissements de santé à la négociation aux prestations remboursables et à la hiérarchisation des actes

« I. – À l'article L. 162-1-7 au deuxième alinéa après les mots : « Caisse d'Assurance Maladie » sont insérés les mots : « des représentants des fédérations représentant les établissements de santé ».

« II – A l'article L. 162-1-13 à la fin du premier paragraphe sont ajoutés les mots : « des représentants des fédérations représentant les établissements de santé. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« III. – Au I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires ainsi que les dispositions relatives à la participation des caisses au financement des cotisations sociales prévues par ces conventions et accords interprofessionnels s'appliquent pour les professionnels de santé conventionnés lorsqu'ils interviennent dans le cadre d'établissement et services sociaux et médico-sociaux, sans être salariés de l'établissement ou du service. L'assurance maladie verse directement sa participation aux organismes de recouvrement des cotisations sociales. »

*(retiré en commission)*

*Après l'article 17*

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door :**

Insérer l'article suivant :

« I. – Au chapitre 3 du titre 1<sup>er</sup> du livre 1<sup>er</sup> de la 4<sup>e</sup> partie du code la santé publique, il est ajouté un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-15* La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance réalisée dans le strict respect du code de déontologie et du secret professionnel, en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, soit un patient, et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé entre eux. Parmi les professionnels de santé figure au minimum un professionnel médical. Elle permet, à distance, d'établir un diagnostic, d'obtenir un avis spécialisé, de prendre une décision thérapeutique et de la mettre en œuvre, de mettre en place une surveillance de l'état des patients, et de réaliser, ou de prescrire, des produits, des prestations ou des actes. La définition des actes constituant la télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre de rémunération sont fixées par voie réglementaire. »

« II. – L'article 32 de la loi n° 2204-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé. »

**Amendement présenté par M. Richard Mallié :**

Insérer l'article suivant :

« I. Dans le Code de la santé publique, le libellé du titre V dans le livre troisième (Auxiliaires médicaux) de la 4<sup>e</sup> partie (Professions de santé) devient :

« Titre V « Professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et d'assistant(e)s dentaires » »

« II. – Le libellé du chapitre premier devient : « Profession de manipulateur d'électroradiologie médicale »

« III. – Avant l'article L. 4351-1, il est créé une section première intitulée « Exercice de la profession ».

« IV. – Avant l'article L. 4352-1, il est créé une section II intitulée « Règles d'exercice de la profession ».

« V. – Avant l'article L. 4353-1, il est créé une section III intitulée « Dispositions pénales ».

« VI. – Après l'article L. 4353-2, il est inséré un chapitre II « Profession d'assistant(e) dentaire » ainsi rédigé :

« Section première « Exercice de la profession »

« *Art. L. 4354-1.* – Nul ne peut exercer la profession d'assistant(e) dentaire et porter le titre d'assistant(e) dentaire s'il ou elle n'est titulaire du diplôme d'État français d'assistant(e) dentaire.

« *Art. L. 4354-2.* – L'assistant(e) dentaire assume les tâches définies par décret en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de Santé sous l'autorité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin. Il ou elle est seul(e) autorisé(e) à seconder le chirurgien-dentiste ou le médecin dans l'aide opératoire au fauteuil.

« L'assistant(e) dentaire peut exercer dans un cabinet dentaire ou médical individuel, de groupe ou dans un centre de soins auprès d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin. Il ou elle est soumise au secret professionnel.

« *Art. L. 4354-3.* – L'assistant(e) dentaire ne peut en aucun cas se substituer à la personne du chirurgien-dentiste ou du médecin quant aux prérogatives attachées aux diplômes de chirurgien-dentiste ou de médecin.

« *Art. L. 4354-4.* – Les conditions de délivrance du diplôme d'État français d'assistant(e) dentaire sont fixées par décret.

« *Art. L. 4354-5.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4354-1 du Code de la santé publique, peuvent exercer la profession d'assistant(e) dentaire :

« 1° les personnes titulaires du titre d'assistant(e) dentaire inscrit au répertoire national des certifications professionnelles ou en cursus de formation ou de validation des acquis de l'expérience, tels que décrits dans l'accord étendu du 1er octobre 2004 relatif à la formation professionnelle dans les cabinets dentaires libéraux, et destiné à obtenir le titre d'assistant(e) dentaire ;

« 2° les personnes apportant la preuve qu'elles exercent les tâches énumérées au 2.4 de l'annexe I de la convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992 étendue par arrêté du 2 avril 1992 JORF 9 avril 1992 depuis dix ans au sein d'un cabinet dentaire ou médical. Un décret précise les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 4354-6.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4354-1 du Code de la santé publique, les étudiants en chirurgie dentaire ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou ayant des accords spécifiques avec l'État français, ayant validé leur troisième année de formation, sont autorisés pendant les périodes de vacances universitaires à effectuer le remplacement d'un ou d'un(e) assistant(e) dentaire en poste ».

« Section II « Dispositions pénales »

« *Art. L. 4355-1.* – L'exercice illégal de la profession d'assistant(e) dentaire est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Les personnes physiques encourent également les peines complémentaires suivantes :

« *a)* L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée, dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal ;

« *b)* La confiscation de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction ou de la chose qui en est le produit, conformément à l'article 131-21 du code pénal ;

« *c)* L'interdiction définitive ou pour une durée de cinq ans au plus d'exercer une ou plusieurs professions régies par le présent code ou toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, suivant les modalités prévues par l'article 131-27 du code pénal.

« Le fait d'exercer l'une de ces activités malgré une décision judiciaire d'interdiction définitive ou temporaire est puni des mêmes peines. Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal de l'infraction prévue au présent article.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :

« *a)* L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

« *b)* Les peines complémentaires mentionnées aux 2° à 9° de l'article 131-39 du code pénal, dans les conditions prévues aux articles 131-46 à 131-48 de ce code.

« L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 du code pénal porte sur une ou plusieurs professions régies par le présent code ou toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. »

« *Art. L. 4355-2. CSP* – L'usage sans droit de la qualité d'assistant(e) dentaire ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de cette profession est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal. Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables de ce délit, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent les peines prévues pour le délit d'usurpation de titre aux articles 433-17 et 433-25 de ce même code. »

#### **Amendement présenté par M. Marc Bernier :**

Insérer l'article suivant :

« I. – Au chapitre III *bis* du titre II du livre 3<sup>e</sup> de la 6<sup>e</sup> partie du code de la santé publique, l'article L. 6323-3 est ainsi modifié :

« À la première phrase du 2<sup>e</sup> alinéa, les mots « professionnels de santé » sont supprimés et remplacés par les mots « professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux ».

« Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

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

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

« II. – Au chapitre III du titre II du livre 3<sup>e</sup> de la 6<sup>e</sup> partie du code de la santé publique, l'article L. 6323-1 est ainsi complété :

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

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

Insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-1-1 ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine les régions dans lesquelles, à titre expérimental, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus reconnu atteint d'une des affections mentionnées au 3<sup>e</sup> ou au 4<sup>e</sup> de l'article L. 322-3 indique à l'agence régionale de santé le nom du pharmacien traitant qu'il choisit.

« Le pharmacien traitant est associé à l'élaboration, à la révision, à la mise en œuvre et au contrôle du parcours de soins prévu à l'article L. 324-1.

« Dans des conditions définies par décret et sauf opposition du médecin traitant, il peut renouveler et adapter les prescriptions initiales de médicaments et de dispositifs médicaux.

« Avant le 15 septembre de chaque année, le Gouvernement remet au Parlement et un rapport qui présente le bilan de cette expérimentation.

« Un décret en conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre du présent article. »

*(retiré en commission)*

### *Article 18*

#### **Amendements présentés par M. Christian Paul :**

- Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de son patronyme, de son état de santé, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs,

de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ou de situation financière ou sociale, notamment au motif qu'elle est affiliée au régime général au titre de l'article L. 380-1 ou bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. »

• À l'alinéa 2, après les mots : « une religion déterminée », insérer les mots : : « au motif qu'elle est affiliée au régime général au titre de l'article L. 380-1 ».

• À l'alinéa 2, après les mots : « religion déterminée », insérer les mots : : « , de sa situation financière ou sociale ».

*(retiré en commission)*

• Rédiger ainsi le début de l'alinéa 2 :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de son patronyme, de son état de santé, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ou au motif qu'elle est bénéficiaire... *(le reste sans changement)* ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord et M. Dominique Tian :**

Supprimer l'alinéa 3.

*(retirés en commission)*

**Amendement présenté par M. Jacques Domergue :**

I. – Après la première phrase de l'alinéa 3, insérer la phrase suivante :

« Afin de vérifier le caractère discriminatoire d'un tel refus, le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie ou la juridiction ordinaire compétente doit faire procéder à une vérification de la suspicion du refus de soins. »

II. – En conséquence, rédiger ainsi le début de l'avant-dernière phrase :

« Ce n'est qu'au vu de ces éléments qu'il appartient ... *(le reste sans changement)* ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

Supprimer les deux dernières phrases de l'alinéa 3.

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Jacques Domergue :**

Dans la deuxième phrase de l'alinéa 3, substituer aux mots : « 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. », les mots : « Afin de vérifier le caractère discriminatoire d'un tel refus, le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie ou la juridiction ordinaire compétente doit faire procéder à une vérification de la suspicion du refus de soins. Ce n'est qu'au vu

de ces éléments qu'il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« À l'issue d'une phase initiale de conciliation obligatoire, dans le mois qui suit la saisine, le Conseil de l'Ordre transmet le dossier à la juridiction ordinale. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Au début de l'alinéa 4, insérer les mots : « Hors le cas d'urgence, »

*(devenu sans objet)*

• Compléter l'alinéa 4 par les mots suivants : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

À l'alinéa 8, après les mots : « peuvent faire l'objet d'une sanction », insérer les mots : « , après avis du Conseil de l'Ordre dont ils relèvent ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord :**

Supprimer les alinéas 9 et 10.

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

À l'alinéa 10, substituer aux mots : « le tact et la mesure », les mots : « un plafond dont le montant est fixé par décret ».

**Amendements présentés par Mme Valérie Rosso-Debord :**

- À l'alinéa 13, après le mot : « avis », insérer le mot : « conforme ».

*(retiré en commission)*

- Supprimer l'alinéa 14.

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

À l'alinéa 17, après le mot : « frais », insérer les mots : « liés à cet affichage et à cette publication. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Compléter cet article par les trois alinéas suivants :

« IV. – Il est inséré après l'article L. 162-1-14-1, un article L. 162-1-14-2 ainsi rédigé :

« Les associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique sont recevables à déposer un recours au nom et pour le compte des usagers qu'elles représentent devant la caisse primaire d'assurance maladie ou toute autre instance compétente dès lors que ces derniers s'estiment victimes d'une violation des règles du présent code au sens de l'article L. 162-1-14 et L. 162-1-14-1, sous réserve de justifier d'un accord écrit des intéressés.

« Les intéressés peuvent toujours intervenir à l'instance engagée par les associations et y mettre un terme à tout moment. »

*Après l'article 18*

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Insérer l'article suivant :

« Modifier l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale relatif à la composition des commissions des pénalités, rédigé comme suit :

« Lorsque la pénalité envisagée concerne un professionnel de santé, un fournisseur ou autre prestataire de services, des représentants de la même profession ainsi qu'un représentant des usagers, membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique participent à la commission. Lorsqu'elle concerne un établissement de santé ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes un établissement médico-social, des représentants au niveau régional des organisations nationales représentatives des établissements ainsi qu'un représentant des usagers, membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique participent à la commission. »

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

Insérer l'article suivant :

« Créer un article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale :

« Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

« L'ordre professionnel est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Pierre Méhaignerie :**

Insérer l'article suivant :

« I. – La première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par une phrase ainsi rédigée :

« Il est égal à 200 euros par personne âgée de vingt-cinq à quarante-neuf ans, à 100 euros par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et à 500 euros par personne âgée de cinquante ans et plus.

« II. – Les dispositions du I s’appliquent aux contrats nouveaux ou reconduits à compter du premier jour du mois suivant l’entrée en vigueur de la présente loi.

« III. – Les pertes de recette pour l’État et les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la création d’une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

*(retiré en commission)*

### *Article 19*

#### **Amendement présenté par M. Guy Lefrand :**

Substituer aux alinéas 1 à 5 les six alinéas suivants :

« 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 a pour objectifs l’évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle constitue une obligation pour les médecins.

« *Art. L. 4133-2.* – Pour sa mise en œuvre, il est créé un Conseil national de la formation médicale continue dont la composition et les missions sont fixées par décret en Conseil d’État.

« Les modalités selon lesquelles les médecins satisfont à leur obligation de formation médicale continue ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixées par décret en Conseil d’État.

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

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

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par Mme Michèle Delaunay :**

Après l’alinéa 3, insérer l’alinéa suivant :

« Un organisme agréé unique par spécialité est créé. Il a vocation à animer et à encadrer l’ensemble des actions d’évaluation des pratiques professionnelles des médecins de la spécialité concernée. »



**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Après l’alinéa 10, insérer l’alinéa suivant :

« l’organisme gestionnaire de la formation continue veille au respect de l’indépendance des organismes de formation, en particulier vis-à-vis de l’industrie pharmaceutique. Les moyens de cette indépendance doivent être assurés aux organisations de formation continue. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prélé :**

Après l’alinéa 13, insérer les deux alinéas suivants :

« III. – Il est inséré un troisième alinéa à l’article L 6155-4 du code de la santé publique.

« Il est institué dans les établissements publics de santé une contribution destinée au financement de la formation continue institutionnelle et managériale des praticiens énumérés à l’article L 6152-1 du code de la santé publique. La gestion et la mutualisation de cette contribution est confiée à un organisme paritaire collecteur agréé par l’État. »

**Amendement présenté par Mme Michèle Delaunay :**

Après l’alinéa 43, insérer l’alinéa suivant :

« Tout financement de l’industrie pharmaceutique vers un médecin, pour quelque raison que ce soit (formation ou autre) est déclaré. Chaque déclaration de financement a vocation à être rendue publique. »

**Amendement présenté par M. Patrice Debray :**

Après l’alinéa 45, insérer les deux alinéas suivants :

« XV. – Le directeur des établissements mentionnés à l’article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986, arrête le montant des crédits dédiés à l’ensemble des actions de formation à destination des personnels non médicaux. Le montant des crédits toutes actions confondues ne peut être inférieur à 2,1 % de la masse salariale du personnel non médical pour une année donnée. Après avis du Comité technique d’établissement et du directoire, le directeur peut décider que les crédits peuvent être gérés totalement ou partiellement soit directement par l’établissement soit par le biais d’un organisme paritaire collecteur agréé. La procédure de choix de l’organisme de gestion est soumise au respect du code des marchés publics.

« II. – En conséquence, à l’alinéa 46, substituer aux mots : « et XIV » les mots : « , XIV et XV ».

*(retiré en commission)*

*Après l’article 19*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Insérer l’article suivant :

« Après l’article L. 4151-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4151-7-1.* – La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l’article L. 4151-7, sous réserve de l’accord du conseil régional. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l’enseignement supérieur fixe les modalités de cette

intégration à l'université et notamment le mode d'administration et les conditions de mise en œuvre. »

(devenu sans objet)

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Insérer l'article suivant :

« Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IX ainsi rédigé :

« Titre IX

« Profession d'assistant dentaire

« Chapitre 1<sup>er</sup> – exercice de la profession

« *Art. L. 4391-1.* – Est considéré comme exerçant la profession d'assistant dentaire toute personne qui, non-chirurgien-dentiste, exerce, sous la responsabilité et la surveillance du chirurgien-dentiste, les actes définis par décret en conseil d'État.

« *Art. L. 4391-2.* – Peuvent exercer la profession d'assistant dentaire et porter le titre d'assistant dentaire, les personnes titulaires des diplômes ou certificats mentionnés à l'article L. 4391-3 ou titulaires des autorisations prévues à l'article L. 4391-4 et inscrits sur une liste départementale.

« *Art. L. 4391-3.* – Les diplômes et certificats mentionnés à l'article L. 4391-2 sont le diplôme d'État français d'assistant dentaire ou le certificat de qualification d'assistant dentaire.

« *Art. L. 4391-4.* – L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser à exercer la profession d'assistant dentaire les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et qui, sans posséder l'un des diplômes ou certificats prévus à l'article L. 4391-3, sont titulaires :

« 1° D'un titre de formation délivré par l'autorité compétente d'un État, membre ou partie, qui réglemente l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans cet État ;

« 2° Ou d'un titre de formation délivré par l'autorité compétente d'un État, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à cette profession ou son exercice. Les intéressés fournissent un certificat de l'autorité compétente de cet État attestant de leur préparation à cette profession et justifient de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années dans cet État ou de leur exercice à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période ;

« 3° Ou d'un titre de formation délivré par un État tiers et reconnu dans un État, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession et dans lequel l'intéressé a acquis une expérience professionnelle pertinente, dont il atteste par tout moyen.

« Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par ce titre et fondées sur l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation.

« La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires de l'un des diplômes ou, certificats mentionnés à l'article L. 4391-3.

« *Art. L. 4391-5.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4391-2, peuvent exercer la profession d'assistant dentaire et porter le titre d'assistant dentaire, les salariés ayant exercé, à titre principal, l'activité d'assistant dentaire pendant une durée au moins égale à ... (nombre d'années) au cours des ... (nombre d'années) précédents la date du ... et qui ont satisfait, dans les ... (nombre d'années) suivant cette date, au contrôle des connaissances prévu par décret.

#### « Chapitre 2 – Règles d'exercice de la profession

« *Art. L. 4392-1.* – Les assistants dentaires sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes ou certificats auprès du service de l'État compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle ou de résidence, ils en informent ce service ou cet organisme. L'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'État compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

« L'assistant dentaire, lors de la délivrance de l'autorisation ministérielle d'exercice doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

#### « Chapitre 3 – Dispositions pénales

« *Art. L. 4393-1.* – L'exercice illégal de la profession d'assistant dentaire est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

« Les personnes physiques encourent également les peines complémentaires suivantes :

« *a)* L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée, dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal ;

« *b)* La confiscation de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction ou de la chose qui en est le produit, conformément à l'article 131-21 du code pénal ;

« *c)* L'interdiction définitive ou pour une durée de cinq ans au plus d'exercer une ou plusieurs professions régies par le présent code ou toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, suivant les modalités prévues par l'article 131-27 du code pénal.

« Le fait d'exercer l'une de ces activités malgré une décision judiciaire d'interdiction définitive ou temporaire est puni des mêmes peines.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal de l'infraction prévue au présent article.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :

« *a)* L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

« *b)* Les peines complémentaires mentionnées aux 2° à 9° de l'article 131-39 du code pénal, dans les conditions prévues aux articles 131-46 à 131-48 de ce code. L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 du code pénal porte sur une ou plusieurs professions régies par le présent code ou

toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

« Art. L. 4393-2. – L'usage sans droit de la qualité d'assistant dentaire ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de cette profession est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables de ce délit, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent les peines prévues pour le délit d'usurpation de titre aux articles 433-17 et 433-25 de ce même code. » »

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Insérer l'article suivant :

« À la fin de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes ayant suivi une formation de spécialité en France équivalente au cursus du troisième cycle des études médicales et obtenu le diplôme interuniversitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique. »

*(retiré en commission)*

*Article 20*

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

À l'alinéa 5, supprimer les mots : « instituer les mesures permettant d' ».

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

Rédiger ainsi l'alinéa 6 :

« 5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste médical sur l'ensemble de l'activité du laboratoire de biologie médicale. »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Rolland :**

Après les mots : « sur l'activité », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 6 : « du laboratoire de biologie médicale ».

*(devenu sans objet)*

**Amendements présentés par M. Jean-Marie Rolland, Mme Jacqueline Fraysse et M. Jean-Luc Prél :**

Supprimer l'alinéa 7.

*(devenus sans objet)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Substituer à l'alinéa 7 l'alinéa suivant :

« 6° Disposer que les laboratoires de biologie médicale privés doivent être exploités en nom propre ou sous la forme d'organismes à but non lucratif, de sociétés civiles professionnelles régies par la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 ou de sociétés d'exercice libéral régies par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990. »

*(devenu sans objet)*

*Après l'article 20*

**Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton :**

Insérer l'article suivant :

« Avant la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré la phrase suivante :

« L'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent. »

*(retiré en commission)*

*Après l'article 21*

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« À la fin de l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique est ajouté un alinéa rédigé comme suit :

« Les schémas prévus aux articles L. 1434-5, L. 1434-6 et L. 1434-10 prennent en compte les besoins particuliers des personnes en situation de handicap après consultation des associations de personnes en situation de handicap, de familles, d'usagers de la santé et de consommateurs agréées au sens des dispositions de l'article L 1411-1 du code de la santé publique. »

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Insérer l'article suivant :

« Compléter l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Les schémas prévus aux articles L. 1434-5, L. 1434-6 et L. 1434-10 prennent en compte les besoins particuliers des personnes en situation de handicap après consultation des associations de personnes en situation de handicap, de familles, d'usagers de la santé et de consommateurs agréées au sens des dispositions de l'article L 1411-1 du code de la santé publique. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Insérer l'article suivant :

« Rédiger ainsi l'alinéa 5 de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique :

« L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au 1<sup>er</sup> alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Olivier Jardé :**

Insérer l'article suivant :

« I. – L'article L. 1142-4 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'une personne demande réparation d'un dommage, une procédure d'information approfondie est obligatoirement organisée sous le contrôle d'un médecin indépendant qui s'assure que les parties disposent de l'ensemble des éléments susceptibles de les éclairer sur l'existence, l'importance du dommage et son imputabilité.

« Cette procédure est conclue soit par un constat d'accord des parties sur l'absence de dommage ou les conditions de sa réparation, soit par un constat de désaccord.

« Les conditions d'application du présent article et le délai dans lequel le constat concluant la procédure d'information approfondie doit être établi sont précisés par décret en Conseil d'État.

« II. – Après l'article L. 1142-4 du code de la santé publique, sont insérés deux articles L. 1142-4-1 et L. 1142-4-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1142-4-1.* – Dans chaque région, une instance régionale de conciliation est chargée de faciliter le règlement des litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements ou services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2.

« L'instance régionale de conciliation s'assure de l'application effective du deuxième alinéa de l'article L. 1142-4. Elle fait procéder aux expertises nécessaires. Elle organise la confrontation entre les positions des parties et les oriente vers un règlement équitable. Elle établit le constat d'accord ou de désaccord persistant entre les parties.

« Les conditions d'application du présent article et le délai dans lequel le constat d'accord ou de désaccord persistant doit être établi sont précisés par décret en Conseil d'État. »

« *Art. L. 1142-4-2.* – Sous peine d'irrecevabilité, les recours introduits devant la commission régionale de conciliation et d'indemnisation et les juridictions compétentes concernant les litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2 doivent être accompagnés du constat établi par l'instance régionale de conciliation visé au deuxième alinéa de l'article L. 1142-4-1.

« Les délais de prescription et de recours contentieux sont suspendus pendant toute la durée des procédures prévues aux articles L. 1142-4, et L. 1142-4-1. »

« III. – Les modalités de mise en œuvre de l'aide à l'accès au droit pour l'accomplissement des procédures prévues aux articles L. 1142-4, L. 1142-4-1 et L. 1142-4-2 du code de la santé publique sont précisées par décret.

« IV. – Le septième alinéa (5<sup>e</sup>) de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique est complété par les mots : « ainsi que les frais de gestion administrative et de fonctionnement des

instances régionales de conciliation prévues à l'article L. 1142-4-1 et les rémunérations des médecins intervenant en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 1142-4 ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Yves Bur :**

- Insérer l'article suivant :

Dans le code de la santé publique, insérer l'article suivant :

« *Art. L. 1420-2.* – Lorsqu'il s'agit de traitements informatisés de données personnelles de santé, les sanctions des délits visés par les articles 223-15-2 et suivants, 226-16 et suivants ainsi que 323-1 et suivants du code pénal sont portées à 10 ans d'emprisonnement et à 500 000 euros d'amende. »

- Insérer l'article suivant :

« I – Au chapitre 3 du titre 1 du livre Ier de la 4<sup>e</sup> partie du code de la santé publique, il est ajouté un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-15.* – La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance réalisée dans le strict respect du code de déontologie et du secret professionnel, en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, soit un patient et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé entre eux. Parmi les professionnels de santé figure au minimum un professionnel médical.

« Elle permet, à distance, d'établir un diagnostic, d'obtenir un avis spécialisé, de prendre une décision thérapeutique et de la mettre en œuvre, de mettre en place une surveillance de l'état des patients, et de réaliser, ou de prescrire, des produits, des prestations ou des actes. Sur la base de recommandations de bonnes pratiques, la définition des actes constituant la télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et, le cas échéant, de rémunération sont fixées par voie réglementaire. » »

« II – L'article 32 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

« III – L'article 33 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est ainsi rédigé :

« Les schémas régionaux d'organisation des soins intègrent la télémédecine. Les modes opérationnels pour répondre aux exigences de la santé publique et de l'accès aux soins sont définis dans des protocoles territoriaux qui déclinent le cadre national fixé par voie réglementaire. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Insérer l'article suivant :

« Au chapitre 3 du titre 1 du livre Ier de la 4<sup>e</sup> partie du code de la santé publique, il est ajouté un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-15* – La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance réalisée dans le strict respect du code de déontologie et du secret professionnel, en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, soit un patient et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé entre eux. Parmi les professionnels de santé figure au minimum un professionnel médical. Elle permet, à distance, d'établir un diagnostic, d'obtenir un avis spécialisé, de prendre une décision thérapeutique et de la mettre en œuvre, de mettre en place une surveillance de l'état des patients, et de réaliser, ou de prescrire, des produits, des

prestations ou des actes. Sur la base de recommandations de bonnes pratiques, la définition des actes constituant la télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et, le cas échéant, de rémunération sont fixées par voie réglementaire. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Insérer l'article suivant :

« Compléter l'article L. 4211-1 du code la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« La dispensation de médicaments effectuée sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine avec déconditionnement et reconditionnement individualisé et sécurisé ne nécessite pas à une nouvelle AMM. »

- Insérer l'article suivant :

« Compléter l'article L. 4211-1 du code la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Certains EHPAD étant dépourvus de pharmacie à usage intérieur, la dispensation des médicaments peut être réalisée par le pharmacien d'officine ayant passé un contrat. Les médicaments doivent être conditionnés dans un local approprié de l'officine et mentionnant le nom du médicament, le numéro du lot et la date de péremption. »

**Amendement présenté par M. Olivier Jardé :**

Insérer l'article suivant :

« I. – À la fin du troisième alinéa de l'article L. 6154-3 du code de la santé publique, les mots : « d'une redevance dans des conditions fixées par décret » sont remplacés par les mots : « d'une redevance pour occupation du domaine public dont le barème tient compte de la tarification résultant des articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. »

« II. – Les pertes de recettes qui pourraient résulter de l'application de la présente loi pour l'État sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus par les articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L. 6161-2 du Code de la Santé Publique est ainsi modifié :

« I. – Rédiger ainsi la première phrase du premier alinéa : « Les praticiens qui exercent régulièrement leur activité dans un établissement de santé privé auquel ils sont contractuellement liés forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. »

« II. – Il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'accomplissement de ses missions, la Conférence médicale d'Établissement est dotée de la personnalité morale de droit privé dont les modalités essentielles de représentation et de fonctionnement feront l'objet d'un règlement intérieur dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Le Président de la conférence Médicale d'Établissement, ou son délégué, est membre de droit à titre consultatif des organes dirigeants de l'établissement de santé privé chaque fois que l'activité médicale de l'établissement est concernée par un point de son ordre du jour.



« Dans les cas où des dispositions légales ou réglementaires prévoient sa consultation préalable, l'avis de la Conférence Médicale d'Établissement doit être joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes conventions conclues par ce dernier. »

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Insérer l'article suivant :

« À l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale, ajouter l'alinéa suivant :

« Les praticiens-conseils sont garants de la confidentialité des données médicales détenues par les organismes d'assurance maladie. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Insérer l'article suivant :

« Compléter l'alinéa 5 de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale par la phrase suivante : « Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsque est mis en œuvre un protocole de soins » est complétée par les mots : « ou lors d'une consultation dans une structure médico-sociale, de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale. »

- Insérer l'article suivant :

« Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L. 162-31-2, ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-31-2.* – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut autoriser à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, pour une période n'excédant pas trois ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire d'actes chirurgicaux exercés dans un cabinet libéral en dehors d'un établissement de santé.

« Cette autorisation prévoit un cahier des charges : qualité des soins, convention entre le cabinet médical et un établissement de santé pour la prise en charge d'éventuelles complications.

« Le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation est pris en compte dans les objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale. »

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Insérer l'article suivant :

« Rédiger ainsi le premier alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale :

« Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté fixé par l'INSEE, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Insérer l'article suivant :

« L'article L. 6111-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en conseil d'État précisera les actes, notamment les interventions sans anesthésie générale, en particulier les interventions pour la cataracte effectuées avec un simple collyre anesthésique peuvent être effectuées en cabinet. »

- Insérer l'article suivant :

« Le deuxième alinéa du IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle ;

« Les personnes ayant suivi une formation de spécialité en France équivalente au cursus du troisième cycle des études médicales et obtenu le diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS), totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi ;

« Sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique. »

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :**

Insérer l'article suivant :

« En l'absence d'autre hébergement de proximité organisé par l'établissement de santé d'accueil ou la Caisse d'assurance maladie concernée, le code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge des nuitées d'hôtel des parents accompagnant un enfant malade hospitalisé loin de son domicile dans des conditions fixées par la voie réglementaire. »

#### **Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Insérer l'article suivant :

« Un rapport sur les conditions d'attribution de la couverture complémentaire aux personnes résidant en France est présenté au Parlement avant le 31 décembre 2009. »

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Insérer l'article suivant :

« Les statuts de médecin inspecteur de la santé et de praticien hospitalier qualifiés en santé publique seront harmonisés par décret. »

### *Avant l'article 22*

#### **Amendements présentés par Mme Catherine Lemorton :**

- Insérer l'article suivant :

« I. – L'article L. 5311-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Met en œuvre, en liaison avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce

répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les spécialités de référence, leurs spécialités génériques ainsi que les spécialités considérées comme équivalents thérapeutiques conformément au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code. Il comprend pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, du prix public et du coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible au public.»

« II. – En conséquence, l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17° Équivalent thérapeutique d'une spécialité de référence, celle dont la structure chimique est proche de la spécialité de référence, qui bénéficie d'un mode ou un mécanisme d'action similaire et du même mode d'administration que la spécialité de référence pour les indications qu'elles ont en commun. Une spécialité est considérée comme un équivalent thérapeutique d'une spécialité de référence dès lors qu'elle apporte le même effet thérapeutique, quelque soit son dosage, et présente un profil de sécurité similaire. Ne peuvent être considérées comme équivalents thérapeutiques d'une spécialité de référence que les spécialités pharmaceutiques qui n'apportent pas, pour l'indication commune, d'amélioration en terme d'efficacité ou de tolérance selon le niveau d'amélioration du service médical rendu apprécié par la commission mentionnée à l'article R. 163-15 du code de la sécurité sociale. »

- Insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Au 4° bis de cet article, après les mots « pour l'évaluation du médicament », la fin du paragraphe est supprimée ;

« 2° A la fin du 5° du même article, les mots « et 4° bis » sont supprimés ;

« 3° Après le douzième alinéa du même article, il est inséré l'alinéa suivant : « En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités objet de l'engagement souscrit durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Son montant est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. »

« 4° Au treizième alinéa du même article, dans la première phrase de cet alinéa, les mots : « La pénalité est recouvrée » sont remplacés par les mots « Les pénalités sont recouvrées », et dans la seconde phrase, les mots : « Son produit » sont remplacés par les mots : « Le produit des pénalités ».

« 5° Au quatorzième alinéa du même article, le mot : « cette » est remplacé par le mot : « la ».

- Insérer l'article suivant :

« Les molécules innovantes, les médicaments et les dispositifs médicaux récents sont régulièrement soumis à une évaluation, d'une part des coûts liés à la recherche, à l'expérimentation clinique et à la production, et d'autre part à la date de leur mise sur le marché et au nombre de cas en bénéficiant.

« Chaque année, une analyse du prix pratiqué par l'entreprise pharmaceutique est réalisée au regard de ces paramètres et ceci sans attendre, en ce qui concerne les médicaments, la date de possible mise à disposition d'un générique.

« En cohérence avec les résultats du dossier ainsi établi et après avis du ministère de la santé, les prix des médicaments et autres spécialités ou produits, sont chaque année revus à la baisse. »

## *Article 22*

### **Amendement présenté par M. Philippe Boënnec :**

À l'alinéa 3, après le mot : « thérapeutique », insérer les mots : « et responsabilisation ».

### **Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Les alinéas 5 et 6 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 1161-1.* – L'éducation thérapeutique du patient et les actions d'accompagnement du patient font partie de la prise en charge du patient et de son parcours de soins dans le cadre d'un plan de soins coordonnés dont les modalités et les compétences requises pour les dispenser sont définies par décret. »

### **Amendement présenté par M. Boënnec :**

À l'alinéa 5, substituer aux mots : « du patient fait », les mots : « et la responsabilisation du patient font ».

*(retiré en commission)*

### **Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton :**

À l'alinéa 5, après les mots : « fait partie », insérer le mot : « intégrante ».

### **Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À l'alinéa 6, après le mot : « sont », insérer les mots : « exclusivement réservées aux professionnels de santé et ».

### **Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton :**

À l'alinéa 7 :

I. – Après les mots : « les modalités d'élaboration », insérer les mots : « tiennent compte de la diversité des situations ».

II. – Compléter l'alinéa par la phrase suivante : « L'application de ces programmes au niveau local est mise en oeuvre après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient, par ailleurs celle-ci n'est pas opposable au malade, et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. »

### **Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À l'alinéa 8, après les mots « programmes d'éducation thérapeutique du patient », insérer les mots : « dont les professionnels de santé ».

### **Amendements présentés par Mme Catherine Lemorton :**

• À l'alinéa 8, après les mots : « financement des programmes », insérer les mots : « qui doit être majoritairement public. »

- Compléter l’alinéa 8 par les mots : « selon des critères définis au niveau national, établis par la HAS, en fonction des études et enquêtes menées notamment par les observatoires régionaux de santé. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Après l’alinéa 8, insérer l’alinéa suivant :

« Les structures associatives peuvent, si leurs actions remplissent le cahier des charges national mentionné à l’article L. 1161-4, devenir des promoteurs d’éducation thérapeutique du patient. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par Mme Catherine Lemorton :**

- Au début de l’alinéa 9, insérer la phrase suivante : « Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe ou indirecte d’information, de formation ou d’éducation à destination du public relative à un médicament prescrit. »

- Compléter l’alinéa 10 par la phrase suivante : « Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe ou indirecte d’accompagnement des patients. »

*Après l’article 22*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

- Insérer l’article suivant :

« Des campagnes d’information sur la contraception mettant en avant la diversité des méthodes contraceptives afin de mieux adapter la contraception aux besoins de chacun sont organisées à intervalle régulier. »

- Insérer l’article suivant :

« Après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d’étendre aux sages-femmes la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, une expérimentation est menée dans une région française connaissant un taux important de recours à l’interruption volontaire de grossesse. Dans le cadre de cette expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuse. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :**

- Insérer l’article suivant :

« Dans la troisième partie du code de la santé publique, au Livre II les mots « Lutte contre les maladies mentales » sont remplacés par les mots « Service Public de la santé mentale ».

- Insérer l’article suivant :

« Dans le cadre de l’organisation du service public de la santé mentale, les médecins psychiatres exerçant leur activité en secteur libéral conventionné sont tenus de participer, sur le territoire de santé, à la permanence des soins ainsi qu’à des actions de formation continue. »

- Insérer l'article suivant :

« Il est institué une rémunération forfaitaire pour les médecins généralistes de premier recours réalisant des missions de service public dans le cadre du service public de la santé mentale. »

### *Article 23*

#### **Amendement présenté par Mme Muriel Marland-Militello :**

Substituer aux alinéas 2 à 4 les cinq alinéas suivants :

« 1° L'article L. 3342-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de son âge. »

« 2° L'article L. 3342-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé

« Il est interdit dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, à quelque jour ou heure que ce soit, de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de plus de seize ans, pour être consommées sur place ou à emporter, des boissons du troisième, du quatrième ou du cinquième groupe.

« La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de son âge. »

#### **Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À l'alinéa 6, substituer aux mots : « les débits de boisson », les mots : « les lieux de vente ».

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par Mme Muriel Marland-Militello :**

À l'alinéa 9 par deux fois après le mot : « mineurs », insérer les mots : « de moins de seize ans »

### *Article 24*

#### **Amendement présenté par M. Bernard Perrut :**

Substituer à l'alinéa 3 les deux alinéas suivants :

« Il est interdit d'offrir gratuitement ou sans contreprestation, ou de vendre pour une somme forfaitaire, des boissons alcooliques, à destination principalement des moins de 25 ans.

« Les chefs d'établissements d'enseignement peuvent autoriser des dégustations et présentations œnologiques et pédagogiques dès lors que la manifestation est accompagnée d'une information sur les risques liés à une consommation excessive de boissons alcoolisées. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Bernard Debré :**

Après le mot : « gratuitement », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 3 :

« ou sans contreprestation, ou de vendre pour une somme forfaitaire, des boissons alcooliques, à destination principalement des moins de vingt-cinq ans. Les chefs d’établissements d’enseignement peuvent autoriser des dégustations et présentations œnologiques et pédagogiques dès lors que la manifestation est accompagnée d’une information sur les risques liés à une consommation excessive de boissons alcoolisées. »

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton :**

Compléter l’alinéa 3 par la phrase suivante :

« Cette interdiction ne s’applique pas, aux cérémonies publiques organisées par l’État ou les Collectivités territoriales (inaugurations, commémorations..), dans les caveaux de vente, caves, châteaux, foires, salons, musées du vin ou tout autres manifestations professionnelles de la filière viticole. »

**Amendement présenté par Mme Marie-Christine Dalloz :**

Supprimer les alinéas 4 et 5.

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

L’alinéa 5 de cet article est remplacé par les sept alinéas suivants :

« Il est interdit :

« De vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans tous les commerces de vente d’alcool à emporter.

« De vendre des boissons alcooliques de 20h à 8h dans tous les commerces de vente à emporter.

« De vendre des boissons alcooliques à emporter sur l’ensemble des commerces situés sur autoroutes concédées ou non et sur les voies express.

« Un affichage permanent derrière la caisse est mis en place, relatif à l’interdiction de boissons alcooliques aux mineurs dans tous les commerces de vente d’alcool à emporter.

« Un comité de suivi composé des représentants de la Direction Générale de la Santé et de l’ensemble des Organisations professionnelles représentatives est constitué pour examiner l’impact de ces mesures. Il se réunira au moins une fois par an.

« Ces dispositions entrent en vigueur 12 mois après la publication de la présente loi au Journal Officiel. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À l’alinéa 5, supprimer les mots :

« des communes appartenant aux zones de revitalisation rurale et dans ceux ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Guy Lefrand :**

Supprimer l'alinéa 8.

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

À l'alinéa 8, insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« La distribution de boissons par le moyen d'appareils automatiques en libre accès depuis la voie publique permettant la consommation immédiate est interdite. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Après l'alinéa 8, insérer l'alinéa suivant :

« II *bis*. – L'article L. 3341-1 est complété par les alinéas suivants :

« La consommation d'alcool sur la voie publique est interdite entre 22h et 6h. »

« Le maire peut autoriser la consommation d'alcool sur la voie publique entre 22h et 6h au cas par cas pour une date ou un lieu déterminé. »

« La consommation d'alcool sur la voie publique entre 22 heures et 6 heures est punie de 20 € d'amende. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Bernard Perrut :**

Substituer aux alinéas 15 à 17 les trois alinéas suivants :

« II. –Le troisième paragraphe du 2° du III est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3351-6-2* – L'offre gratuite ou sans contreprestation, ainsi que la vente pour une somme forfaitaire, de boissons alcooliques à destination principalement de la jeunesse sont punies de 7500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Bernard Debré :**

Rédiger ainsi le début de la première phrase de l'alinéa 15

« L'offre gratuite ou sans contreprestation, ainsi que la vente pour une somme forfaitaire, de boissons alcooliques à destination principalement de la jeunesse sont punies... (*le reste sans changement*) ».

*(retiré en commission)*



**Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton :**

À l'alinéa 15, après les mots : « dans un but promotionnel » insérer les mots : « et autres que celles énumérées à l'alinéa 3 du présent article, » ;

*(devenu sans objet)*

*Après l'article 24*

**Amendements présentés par Mme Valérie Boyer :**

- Insérer l'article suivant :

« I. – Sont insérés au sein du code de la santé publique, un article L. 3322-12 et un article L. 3351-9 ainsi rédigés

« *Art. L. 3322-12.* – La vente de boissons alcooliques à emporter entre vingt-deux heures et six heures est soumise à une autorisation préalable du maire.

« *Art. L. 3351-9.* – La vente de boissons alcooliques à emporter entre vingt-deux heures et six heures sans autorisation préalable du maire est punie de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à emporter pour une durée d'un an au plus.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal. »

*(retiré en commission)*

- • Insérer l'article suivant :

« L'article L.234-1 du code de la route, il est inséré, avant le I, un alinéa ainsi rédigé :

« Il est interdit de conduire un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique. Pendant le délai probatoire défini à l'article L.223-1, le fait de conduire un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique est caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang supérieure à 0 gramme par litre. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Olivier Jardé :**

Insérer l'article suivant :

L'article L. 3341-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle subit obligatoirement un examen clinique ainsi qu'un dosage de son alcoolémie par éthylotest. Ces examens sont effectués par un médecin, sur réquisition d'un officier de police judiciaire et donnent lieu à l'établissement d'un certificat remis aux forces de l'ordre. Ce certificat doit indiquer si l'état de santé du patient est compatible avec la rétention dans une chambre de dégrisement. »

**Amendement présenté par M. Jacques Domergue :**

Insérer l'article suivant :

« Il est inséré, après le 8° de l'article L. 3323-2 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :

« 9° Sur les services de communications en ligne à l'exclusion de ceux qui, par leur caractère, leur présentation ou leur objet, apparaissent comme principalement destinés à la jeunesse, ainsi que ceux édités par des associations, sociétés, et fédérations sportives ou des ligues professionnelles au sens du code du sport, sous réserve que la propagande ou la publicité ne soit ni intrusive, ni interstitielle. »

**Amendement présenté par M. Guy Lefrand :**

Insérer l'article suivant :

« Après le deuxième paragraphe de l'article L.3323-4 du Code de santé publique, est inséré le paragraphe suivant :

« La publicité peut comporter des informations sur les modes de consommation responsables et sur les méfaits de la consommation dangereuse de l'alcool ».

*Après l'article 25*

**Amendement présenté par M. Richard Mallié :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.1111-5 du code de la santé publique est complété par un nouvel alinéa rédigé comme suit:

« Toutefois, il est possible pour une jeune fille mineure, âgée d'au moins 14 ans, de se faire prescrire et administrer le vaccin contre l'Human papilloma (HPV), et ceci même sans le consentement parental ni la présence de ses parents. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Muriel Marland-Militello :**

Insérer l'article suivant :

« I. – La section 10 du chapitre II du titre Ier du livre III de la deuxième partie du code de l'éducation est supprimée. L'intitulé de la section 9 du chapitre II du titre Ier du livre III de la deuxième partie du code de l'éducation est ainsi rédigé « Section 9 : L'éducation à la santé et à la sexualité, information et prévention des conduites à risques. »

« II. – L'article L312-17 du code de l'éducation est rédigé ainsi :

« Une information est délivrée dans les collèges et les lycées à raison d'au moins deux séances annuelles, par groupes d'âge homogène sur :

« 1° les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis ;

« 2° les conséquences des abus de consommation d'alcool, en particulier sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus, notamment les atteintes du système nerveux central ;

« 3° les méfaits du tabac ;

« 4° les troubles de l'alimentation, avec notamment une sensibilisation sur les problèmes de l'anorexie, de la boulimie et de l'obésité ;

« 5° le suicide. »

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :**

Insérer l'article suivant :

« Il est ajouté au Livre V de la Troisième partie du code de la santé publique un titre III – Lutte contre le jeu compulsif.

« Ce titre comporte un article unique L 3525-2 : Une politique plan de lutte contre les addictions au jeu est mise en œuvre par l'Etat. Il comporte des actions de dépistage, de prévention, de soins et de recherche. A cet effet, des structures spécifiques de prise en charge dénommées « centres addictions » sont créées. Cette politique est financée par une taxe de 0,5 % sur les produits des jeux d'argent (article 919A du code des impôts. »

**Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L 2111-1 du code de la santé publique est complété par un 5 :

« 5° Dans des conditions définies par la Haute Autorité de Santé, les médecins de la protection maternelle et infantile peuvent prescrire aux enfants dans les cas d'urgence vitale et d'épidémie. »

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Insérer l'article suivant :

« I. – L'article L.6311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À cet effet, chaque commune installe un défibrillateur automatique dans les enceintes sportives et lieu recevant du public de son territoire »

« II. – L'article L.1411-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 11° L'offre sur l'ensemble du territoire, de formations courtes et gratuites, à l'emploi d'un défibrillateur automatique ».

« III. – Après la première phrase de l'article L.312-13-1 du code de l'éducation, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il bénéficie aussi à chacun des quatre niveaux du collège, d'une formation courte à l'emploi d'un défibrillateur automatique. »

**Amendement présenté par M. Marc Bernier :**

Insérer l'article suivant :

« Une trousse pharmaceutique comprenant dix médicaments d'usage courant est fournie à tout foyer ayant des enfants de moins de 12 ans.

« Avant le 15 septembre 2009, le gouvernement remet un rapport au Parlement évaluant l'intérêt qu'il y aurait à fournir à tout foyer ayant des enfants de moins de 12 ans, une trousse pharmaceutique comprenant dix médicaments d'usage courant. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Insérer l'article suivant :

« La lutte contre l'épidémie d'obésité et de surpoids est déclarée Grande Cause nationale 2010. »

**Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :**

• Insérer l'article suivant :

« Le gouvernement met en œuvre dans un délai d'un an une campagne nationale de sensibilisation aux risques de l'épidémie d'obésité à laquelle il est accordé le statut de grande cause nationale. »

• Insérer l'article suivant :

« Porter à 5% le taux de la taxe sur la publicité pour les produits alimentaires manufacturés et les boissons avec ajouts de sucres et supprimer l'exonération de taxe sur la publicité pour les produits alimentaires manufacturés et les boissons avec ajouts de sucres. »

• Insérer l'article suivant :

« Engager une procédure au niveau européen pour pouvoir assujettir les produits non transformés, dont les fruits et légumes, à un taux de TVA de 2% au lieu de 5,5%. »

• Insérer l'article suivant :

« Assujettir les produits de grignotage et de snacking (trop gras, trop sucrés, trop salés) au taux normal de TVA de 19,6% au lieu du taux réduit de 5,5% actuellement applicable (augmentation progressive), car ces produits sont impliqués dans l'épidémie d'obésité et ne sont pas indispensables à une alimentation équilibrée. »

• Insérer l'article suivant :

« Interdire les acides gras trans. »

• Insérer l'article suivant :

« Prévoir dans les missions de l'école, dans le socle commun de connaissances et de compétences ainsi que dans les programmes scolaires, une éducation à la santé obligatoire, large cohérente et pratique, spécialement en matière de nutrition, sur l'ensemble de la scolarité. »

• Insérer l'article suivant :

« Prévoir une information en nutrition par le médecin scolaire des membres du personnel des établissements scolaires à l'occasion de l'examen de santé obligatoire. »

- Insérer l'article suivant :

« La médecine scolaire procède chaque année à la pesée de chaque élève ainsi qu'à la mesure de sa taille. Un suivi personnalisé médical et social est proposé à chaque famille dont l'enfant présente un risque avéré d'obésité. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

- Insérer l'article suivant :

« Après le deuxième alinéa de l'article L. 2132-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - Le carnet de santé comporte notamment des informations visant, d'une part, à souligner l'importance du dépistage précoce de l'obésité et de la surveillance de toute rupture dans la courbe de poids et du rebond d'adiposité avant deux ans et entre cinq et six ans, d'autre part, à demander aux professionnels de santé qui réalisent le dépistage de délivrer systématiquement aux parents une information adaptée en fonction des résultats obtenus.»

**Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :**

- Insérer l'article suivant :

« Instaurer une obligation de mesurer, lors de chaque visite médicale, les poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) des enfants et des jeunes et d'enregistrer ces données sur le carnet de santé et ajouter dans le carnet de santé une mention incitant à surveiller le rebond d'adiposité. »

- Insérer l'article suivant :

« La restauration collective est tenue d'afficher lisiblement la composition nutritionnelle et calorique des produits qu'elle met à la disposition des consommateurs. »

- Insérer l'article suivant :

« Vérifier l'opportunité de l'introduction de 15% en 2010 et de 20% en 2012 de denrées issues de l'agriculture biologique dans les menus proposés par la restauration collective. Etudier les conséquences sur l'exécution des contrats dans le cas où l'approvisionnement n'est pas assuré. »

- Insérer l'article suivant :

« Les cantines scolaires doivent être subventionnées pour la promotion et la distribution de fruits et légumes. »

- Insérer l'article suivant :

« La restauration scolaire doit bénéficier de l'application obligatoire des recommandations nutritionnelles relatives aux marchés publics de restauration collective et cette application doit être étendue à la restauration universitaire. »

- Insérer l'article suivant :

« Des normes doivent être fixées concernant l'environnement et la durée des repas dans les cantines scolaires. »

- Insérer l'article suivant :

« Dans chaque établissement scolaire un diététicien mutualisé au niveau des collectivités territoriales doit intervenir régulièrement (suivi qualité, éducation nutritionnelle et au goût...). »

- Insérer l'article suivant :

« Chaque établissement scolaire comporte au moins un accès à une fontaine d'eau potable et gratuite. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Insérer l'article suivant :

« I. – Le chapitre III du titre III du Livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code de la santé publique est complété par l'article L.2133-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2133-5.* – Les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves ne sont admis dans les établissements scolaires que s'ils contiennent exclusivement des fruits ou des légumes, frais ou en conserve et sans ajout de sucre, de sel ou de matière grasse ainsi que des boissons telles que des eaux minérales naturelles ou de source. »

« II. – Les dispositions du I du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.

« III. – L'article 30 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :**

Insérer l'article suivant :

« Renforcer la formation des assistantes maternelles en nutrition et en prévention de l'obésité. »

**Amendements présentés par Mme Valérie Boyer :**

- Insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 2322-6 du code de la santé publique, il est inséré l'article suivant :

« *Art. 2322-6-1.* – Dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire une information sur les vertus de l'allaitement maternel est systématiquement délivrée aux parents. »

- Insérer l'article suivant :

« À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, il est ajouté la phrase suivante : « À la demande des parents, les nourrissons accueillis dans lesdits établissements ou services sont nourris au lait maternel. »

- Insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 1225-32 du code du travail, il est inséré l'article suivant :

« *Art. 1225-32-1.* – La salariée, au moment de son retour dans l'entreprise après un congé maternité, est informée par l'employeur des dispositions relatives à l'allaitement maternel prévues par les lois, les règlements et les conventions et accords collectifs. »

- Insérer l'article suivant :

« Il est institué un diplôme d'études spécialisées complémentaires de nutrition de groupe II. »

- Insérer l'article suivant :

« À la fin de la première phrase de l'article L. 4371-3 du code de la santé publique, sont insérés les mots suivants : « de grade de licence. »

- Insérer l'article suivant :

« I. – À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 3262-1 du code du travail, sont ajoutés les mots : « ou d'acheter des fruits et légumes. »

« II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par l'institution d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

*(retiré en commission)*

#### **Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :**

- Insérer l'article suivant :

« Les PME de l'agro-alimentaire doivent bénéficier du doublement de l'aide de la recherche publique et transferts de technologies pour de véritables améliorations de la qualité nutritionnelle des produits proposés en rayon. »

- Insérer l'article suivant :

« La filière fruits et légumes doit se voir attribuer le statut « intérêt général permanent » qui permet de réduire de 50% les coûts d'achat d'espaces publicitaires et le doublement de l'aide publique à la recherche (pour améliorer l'attractivité des fruits et légumes). »

- Insérer l'article suivant :

« Créer des coupons pour l'acquisition de fruits et légumes ou de produits non transformés délivrés par l'aide alimentaire. »

- Insérer l'article suivant :

« Créer des « titres nutrition santé » permettant d'acheter des produits labellisés PNNS. »

- Insérer l'article suivant :

« Le marketing alimentaire agressif à destination des enfants doit être encadré. Il est proposé de retirer les confiseries au niveau des caisses dans les grandes surfaces et d'interdire la publicité pour les produits alimentaires de « grignotage » et les boissons sucrées dans les programmes à forte audience d'enfants et d'adolescents. »

- Insérer l'article suivant :

« Indiquer dans les publicités le contenu calorique du produit et sur les tickets de caisse des *fast food* le contenu calorique des repas servis. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Insérer l'article suivant :

« Après le 5° de l'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, il est inséré l'alinéa suivant : « 6° La diffusion gratuite des messages de prévention en santé de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, notamment concernant la nutrition et la lutte contre l'obésité et le surpoids. »

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :**

Insérer l'article suivant :

« Prévoir la gratuité des messages télévisés de prévention en santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) notamment en matière de nutrition. »

**Amendements présentés par Mme Valérie Boyer :**

• Insérer l'article suivant :

« À la fin du 17° de l'article 28 de la loi 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, sont insérés les mots : « et au respect de la diversité corporelle. »

• Insérer l'article suivant :

« À la troisième phrase du deuxième alinéa de l'article 43-11 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, après le mot : « culturelle » sont insérés les mots : « et corporelle ».

• Insérer l'article suivant :

« La haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité conduit des travaux d'études et de recherches sur les discriminations à l'égard des personnes obèses. »

• Insérer l'article suivant :

« Dans tous les lieux publics et établissements recevant du public, il est apposé au pied des escaliers, des escaliers mécaniques et des ascenseurs un panneau d'information conseillant aux personnes n'ayant pas de problème de mobilité d'emprunter les escaliers plutôt que les escaliers mécaniques ou ascenseurs. »

**Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :**

• Insérer l'article suivant :

« Il est créé, auprès du ministre de la Santé, un Haut comité de lutte contre l'obésité. Ce comité rassemble, outre les administrations concernées, des représentants des associations de malades, des industriels de l'alimentation et de la distribution. »

• Insérer l'article suivant :

« Il est créé un « Observatoire de l'épidémie d'obésité ». Cet observatoire remet chaque année un rapport au ministre chargé de la santé, au Parlement et au Haut comité de lutte contre l'obésité, sur l'évolution de l'épidémie et l'évaluation des politiques menées. »



- Insérer l'article suivant :

« Les produits et boissons alimentaires comportent une information lisible et compréhensible pour le consommateur : la densité calorique, la composition en sucres, en acides gras et en sel sont indiquées dans des conditions fixées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. »

- Insérer l'article suivant :

« En cas de composition alimentaire incompatible avec le respect des règles nutritionnelles fixées par décret après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, le ministre de la santé peut imposer, en raison de cette incompatibilité, la présence d'un message d'éducation sanitaire sur l'étiquette du produit. Il peut également en interdire la publicité à la télévision. »

- Insérer l'article suivant :

« En liaison avec les professionnels du commerce de l'agroalimentaire, le Haut comité de lutte contre l'obésité établit une charte "Alimentation Plaisir Santé" qui assure le respect par les entreprises de distribution d'un "code de bonne conduite" en matière de promotion des ventes de produits alimentaires. L'engagement du respect de ce code donne lieu à un label qualité. »

- Insérer l'article suivant :

« Le comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail tel que définis à l'article L. 236-1 du code du travail débat chaque année des politiques de prévention de l'obésité mises en place au sein de l'entreprise. »

- Insérer l'article suivant :

« Les plans de déplacements urbains et de transport scolaire établis par les collectivités locales doivent, préalablement à leur mise en place, faire l'objet d'une étude d'impact pour s'assurer que les recommandations du Haut comité de lutte contre l'obésité en matière d'activité physique quotidienne sont respectées. »

### *Avant l'article 26*

#### **Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord :**

Compléter l'intitulé du titre du chapitre 1<sup>er</sup> du titre IV par les mots : « et médico-sociales ».

*(retiré en commission)*

#### **Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Au chapitre 1<sup>er</sup> du titre IV, après les mots « agences régionales de santé », ajouter les mots « et du médico-social ».

*(retiré en commission)*

### *Article 26*

#### **Amendement présenté par M. Guy Lefrand**

Avant l'article 26, rédiger ainsi l'intitulé chapitre 1<sup>er</sup> du titre IV : « Création des agences régionales de santé et de l'autonomie ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Yves Bur**

À la première phrase de l'alinéa 25, après les mots : « collectivités territoriales », insérer les mots : « et leur groupement ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par MM. Marcel Rogemont et Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 6, après les mots : « des dispositions des articles », insérer les mots : « L. 116-1, L. 116-2 et ».

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Compléter l'alinéa 6 par une phrase ainsi rédigée : « L'agence régionale de santé s'assure de l'articulation de sa politique avec celles de ces institutions. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant : « L'agence régionale de santé s'assure de l'articulation de sa politique avec celles de ces institutions. »

**Amendements présentés par MM. Marcel Rogemont et Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 8, après les mots : « l'article L.1411-1 », insérer une phrase ainsi rédigée : « en articulation avec les autorités compétentes en ce qui concerne les services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-1 du code du travail et les services de santé scolaire et universitaire définis au chapitre V du titre II du livre troisième de la deuxième partie du présent code. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À l'alinéa 9, après les mots : « l'observation de la santé dans la région », insérer les mots : « mise en œuvre par l'observatoire régional de la santé, » ;

*(devenu sans objet)*

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À la deuxième phrase de l'alinéa 9, après les mots : « crise sanitaire », insérer les mots : « ou environnementale, ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 10 par les mots : « en s'appuyant sur les observatoires régionaux de la santé ».

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

• Après l'alinéa 10, insérer l'alinéa suivant : « 1° bis : De définir et de mettre en œuvre avec les collectivités territoriales concernées, les représentants de l'État dans la région, les organismes de protection sociale, les organisations représentatives des gestionnaires et des usagers, la politique d'action sociale et médico-sociale visée à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles. »

• À l'alinéa 11, supprimer les mots : « afin de répondre aux besoins en soins ».

• À l'alinéa 11, après les mots : « et en services médico-sociaux », insérer les mots : « , de garantir l'accès à ces services et aux soins et de lutter contre les inégalités en la matière ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

À l'alinéa 11, après le mot : « garantir », insérer les mots : « la qualité de la prise en charge des personnes obèses, ».

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Au début de l'alinéa 12, insérer les mots : « Elle organise la formation des professionnels de santé en fonction des besoins prévisibles ».

- A l'alinéa 12, après les mots : « la qualité des formations », insérer les mots : « initiales et continues ».

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Après l'alinéa 12, insérer l'alinéa suivant : « b) Elle favorise de nouvelles formes d'organisations de soins et de prises en charge ou des modes d'exercice partagé en tenant compte de la nécessaire évolution des modes de rémunérations des différents acteurs du système de santé. »

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

- À l'alinéa 13, après le chiffre : « 7° » insérer le chiffre : « ,9° »

- Rédiger ainsi le début de l'alinéa 14 : « Dans le respect des compétences de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des mécanismes d'accréditation et d'évaluation institués par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, elle... (*le reste sans changement*) ».

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

À l'alinéa 14, après le mot : « veille », insérer les mots : « , en lien avec les ordres compétents ».

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

- À la dernière phrase de l'alinéa 14, substituer aux mots : « à la prévention et à la lutte contre la maltraitance », les mots : « au développement de la bientraitance ».

- Compléter l'alinéa 14 par la phrase suivante : « Elle publie chaque année un indicateur de qualité pour chaque établissements et services de santé de son ressort, en lien avec la Haute autorité de santé. »

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Après l'alinéa 14, insérer l'alinéa suivant : « c bis) Elle favorise la mise en place de réseaux de santé ville-hôpital afin d'accroître l'offre de proximité en matière d'interruption volontaire de grossesse et de contribuer au raccourcissement des délais de prise en charge. Elle veille notamment à la diffusion de la pratique des IVG médicamenteuses en médecine de ville grâce à la formation de médecins généralistes au travers de ces réseaux de santé. »

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

- À l'alinéa 15, après le mot « œuvre », supprimer les mots : « avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

- Compléter l'alinéa 15 par la phrase suivante : « Elle passe des conventions avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Après l'alinéa 15, insérer l'alinéa suivant : « e) Elle répertorie l'ensemble des associations effectuant des actions de prévention en santé publique sur le territoire de son ressort. »

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Après l'alinéa 15, insérer l'alinéa suivant : « e) Elle favorise la coordination entre les professionnels de santé et les établissements et les services médico-sociaux. Elle contribue à l'élaboration d'outils facilitant cette collaboration. »

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Après l'alinéa 15, insérer les quatre alinéas suivants :

« e) Elle transmet avant le 15 juillet au comité de coordination visé à l'article L 1433-1 du code de la santé publique, un rapport d'orientation budgétaire indiquant les évolutions de l'organisation régionale en matière de médecine ambulatoire et des établissements et services de santé et médico-sociaux qui sont programmées pour l'année à venir, conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L 1434-6 et au schéma d'organisation médico-sociale prévu à l'article L 1434-10, et qui sont de nature à justifier une modification de la répartition de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie entre les sous-objectifs définis au 3° du D de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Ce rapport d'orientation budgétaire est accompagné de l'avis des instances régionales énumérées au 1° et au 2° de l'article L 1432-1 du code de la santé publique.

« Les évolutions retracées dans le rapport d'orientation budgétaire respectent les dispositions du I de l'article L 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles relatives aux financements relevant de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et ne peuvent se traduire par une diminution du montant des dépenses de l'année en cours affectées dans les deux sous-sections définies au 1 et au 2 du I de l'article L 14-10-5 du même code.

« Ce rapport d'orientation budgétaire est également transmis au parlement avant le 15 octobre par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le cadre des dispositions figurant au 7° du III de l'article LO 111-4 et à l'article LO 111-6 du code de la sécurité sociale. Une synthèse nationale des évolutions retracées dans les rapports d'orientation budgétaire de chacune des agences régionales de santé est également transmise au parlement par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées avant le 15 octobre de l'année en cours, ainsi qu'aux membres de la section plénière du comité national d'organisation sanitaire et sociale. Cette synthèse indique les augmentations des sous-objectifs définis au 3° du D de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale et affectés à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, résultant des évolutions définies au premier alinéa ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

- Au 16<sup>ème</sup> alinéa, supprimer les mots : « créer des agences interrégionales de santé et ».
- Après l'alinéa 17, insérer les 4 alinéas suivants :

« Elle transmet avant le 15 juillet au comité de coordination visé à l'article L 1433-1 du code de la santé publique, un rapport d'orientation budgétaire indiquant les évolutions de l'organisation régionale en matière de médecine ambulatoire et des établissements et services de santé et médico-sociaux qui sont programmées pour l'année à venir, conformément au schéma

régional d'organisation des soins prévu à l'article L 1434-6 et au schéma d'organisation médico-sociale prévu à l'article L 1434-10, et qui sont de nature à justifier une modification de la répartition de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie entre les sous-objectifs définis au 3° du D de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Ce rapport d'orientation budgétaire est accompagné de l'avis des instances régionales énumérées au 1° et au 2° de l'article L 1432-1 du code de la santé publique.

« Les évolutions retracées dans le rapport d'orientation budgétaire respectent les dispositions du I de l'article L 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles relatives aux financements relevant de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et ne peuvent se traduire par une diminution du montant des dépenses de l'année en cours affectées dans les deux sous-sections définies au 1 et au 2 du I de l'article L 14-10-5 du même code.

« Ce rapport d'orientation budgétaire est également transmis au parlement avant le 15 octobre par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le cadre des dispositions figurant au 7° du III de l'article LO 111-4 et à l'article LO 111-6 du code de la sécurité sociale. Une synthèse nationale des évolutions retracées dans les rapports d'orientation budgétaire de chacune des agences régionales de santé est également transmise au parlement par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées avant le 15 octobre de l'année en cours, ainsi qu'aux membres de la section plénière du comité national d'organisation sanitaire et sociale. Cette synthèse indique les augmentations des sous-objectifs définis au 3° du D de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale et affectés à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, résultant des évolutions définies au premier alinéa. »

- I. À l'alinéa 17, supprimer les mots : « sauf disposition contraire ».

II. En conséquence, aux alinéas 23, 37, 40, 67 et 113, après le mot : « décret », insérer les mots : « en Conseil d'État ».

#### **Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Après l'alinéa 23, insérer l'alinéa suivant : « 1° Les Observatoires régionaux de la santé. Ceux-ci regroupent tous les observatoires existants et ont pour mission d'observer la santé au niveau régional, de proposer l'adéquation de l'offre aux besoins et de conseiller les ARS et conseils régionaux. Un décret pris en Conseil d'État permettra de supprimer les autres observatoires, devenus inutiles. »

- Après l'alinéa 23, insérer les deux alinéas suivants :

« 1° les Observatoires régionaux de la santé qui auront pour mission d'observer la santé de la population au niveau régional et prépareront les travaux du conseil régional de la santé et les décisions de l'ARS,

« 2° une conférence régionale de santé chargée de participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé. »

- À l'alinéa 24, substituer aux mots : « conférence régionale », les mots : « conseil régional ».

#### **Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Après l'alinéa 24, insérer un alinéa ainsi rédigé : « 1°bis : Un comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale qui, par ses avis, contribue à l'élaboration de la politique d'action sociale et médico-sociale mentionnée aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Après l'alinéa 24, insérer les deux alinéas suivants :

« 2° Un observatoire régional de la santé chargé d'étudier la santé de la population, la démographie des professionnels de santé ;

« 3° Un comité régional d'éducation à la santé chargé de promouvoir la prévention et l'éducation à la santé. »

• Après l'alinéa 24, insérer l'alinéa suivant : « 2. Un observatoire régional de la santé chargé d'étudier la santé de la population, les besoins de santé, l'offre des soins, la démographie des professionnels de santé. »

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

• A la dernière phrase de l'alinéa 25, après le mot : « fonctionnement », insérer les mots : « au sein de la conférence régionale de santé ».

- Supprimer l'alinéa 26.

• Compléter l'alinéa 30 par la phrase suivante : « Les modalités et conditions de nomination du directeur général sont fixées par décret pris en Conseil d'État. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À la seconde phrase de l'alinéa 32, après le mot : « arrête », insérer les mots : « après avis du Conseil de surveillance ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À l'alinéa 33, après le mot : « arrête », insérer les mots : « après avis du Conseil de surveillance ».

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Après l'alinéa 39, insérer l'alinéa suivant : « Il est assisté par un directeur adjoint spécialement chargé de l'organisation médico-sociale prévue dans le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1. Les modalités et conditions de nomination du directeur général adjoint sont fixées par décret pris en Conseil d'État. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À la seconde phrase de l'alinéa 42, après les mots : « Union nationale des caisses d'assurance maladie », insérer les mots : « ... de représentants de la mutualité française, ».

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

• À la seconde phrase de l'alinéa 42, après les mots : « Union nationale des caisses d'assurance maladie », insérer les mots : « avec une prééminence des représentants du régime général des travailleurs salariés ».

• À la seconde phrase de l'alinéa 42, après les mots : « Union nationale des caisses d'assurance maladie », insérer les mots : « un représentant désigné par le conseil de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À la seconde phrase de l'alinéa 42, après le mot : « territoriales », insérer les mots : « dont au moins un tiers sont issus du conseil régional ».

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

À la seconde phrase de l'alinéa 42, après le mot : « territoriales », insérer les mots : « , du président de la Fédération Régionale des Professions de Santé Libéraux et de son représentant ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À la seconde phrase de l'alinéa 42, après le mot : « territoriales », insérer les mots : « , des représentants élus de la conférence régionale de santé, ».

**Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

À la seconde phrase de l'alinéa 42, après le mot : « qualifiées », insérer les mots : « de représentants des associations régionales de patients ».

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

- À la seconde phrase de l'alinéa 42, après le mot : « usagers », insérer les mots : « du système de santé et du système d'action sociale et médico-sociale ».

- À la seconde phrase de l'alinéa 42, après le mot : « désignés », insérer les mots : « et des organisations représentatives des gestionnaires d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ».

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

- Compléter l'alinéa 42 par les mots : « en Conseil d'État ».

- Après l'alinéa 42, insérer l'alinéa suivant : « La composition du conseil de surveillance devra respecter la parité entre les représentants des syndicats de salariés et ceux des organisations d'employeurs, ainsi que la prépondérance des représentants du régime général des travailleurs salariés. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Compléter l'alinéa 44 de cet article par une phrase ainsi rédigée : « Avant que ceux-ci soient arrêtés par le Directeur général de l'agence, il émet un avis sur le projet régional de santé, sur les différents schémas régionaux et sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- À l'alinéa 46, substituer aux mots : « Conférence régionale de santé », les mots : « Conseil régional de santé ».

- À la première phrase de l'alinéa 47, après le mot : « collègues, » insérer les mots : « dont un collègue représentant les établissements de santé, un collègue représentant l'union des professionnels de santé libéraux, un collègue représentant les associations de malades et d'anciens malades et un collègue représentant l'éducation et la prévention de la santé, ».

- Au début de l'alinéa 47, insérer les deux phrases suivantes : « La conférence régionale de santé participe à l'élaboration de la politique de santé régionale en s'appuyant sur les travaux des observatoires régionaux de la santé. Elle veille à l'adéquation de l'offre aux besoins. »

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Après la première phrase de l'alinéa 47, insérer les neuf alinéas suivants :

« Les collèges sont formés de représentants au niveau de la région des :

« 1° Collectivités territoriales ;

« 2° Services de l'État et établissements publics de l'État ;

« 3° Organismes d'assurance maladie;

« 4° Usagers du système de santé et des services médico-sociaux ;

« 5° Organisations syndicales et patronales représentatives des salariés et des employeurs du système de santé ;

« 6° Professionnels du système de santé ;

« 7° Fédérations et organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux publics et privés ;

« 8° Personnalités qualifiées représentant des groupements constituant des territoires de développement pertinent. »

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

• À la première phrase de l'alinéa 47, substituer au mot : « plusieurs », le mot : « six ».

• À l'alinéa 47, après la première phrase, insérer les sept alinéas suivants :

« ces six collèges sont les suivants :

« – organismes d'assurance maladie et des collectivités territoriales, dont l'ensemble des conseillers régionaux ;

« - malades et usagers du système de santé ;

« - professionnels de santé, paramédical, de médecine préventive et de santé publique

« - institutions et établissements publics et privés de santé, sociales et médico-sociales, organismes d'observation et d'éducation de la santé, associations à but humanitaire intervenant dans le domaine de la santé ;

« - Personnalités qualifiées ;

« - Représentants des acteurs économiques désignés par le Conseil économique et social. »

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

• À la première phrase de l'alinéa 47, après le mot : « collèges », insérer les mots : «, représentant par secteur les différents acteurs du système de santé ainsi que ses usagers, ».

• Après la première phrase de l'alinéa 47, insérer la phrase suivante : « Ces différents collèges sont organisés en commissions spécialisées sectorielles qui sont consultées pour avis sur les sujets relevant de leurs compétences respectives. »



**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 47 par la phrase suivante : « La conférence régionale de santé est un organisme délibératif composé de plusieurs collèges élus, qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Elle se réunit en formation plénière et en commissions spécialisées. »

**Amendement présenté par MM. Marcel Rogemont et Jean-Luc Prél :**

Compléter l'alinéa 47 par l'alinéa suivant : « La conférence régionale de santé rend un avis sur le projet régional de santé et participe à l'évaluation des politiques régionales de santé. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

- Après l'alinéa 47, insérer l'alinéa suivant :

« Elle évalue l'adéquation de l'offre aux besoins de santé et elle veille à l'égal accès aux soins sur le territoire. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian et M. Jean-Luc Prél :**

Après l'alinéa 66, insérer l'alinéa suivant :

« 5° d'autres agents de droit privé ayant développé une expertise utile à la réalisation de la mission de l'agence. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Supprimer l'alinéa 74.

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

- Rédiger ainsi le début de l'alinéa 74 : « Une agence nationale de santé réunit .... *(le reste sans changement)* »

- Compléter la première phrase de l'alinéa 74 par la phrase suivante : « cette agence est dirigée par un président nommé en conseil des ministres. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Compléter la première phrase de l'alinéa 74 par les mots : « un représentant de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie. »

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

- Compléter la première phrase de l'alinéa 74 par les mots : « et des représentants nationaux des collectivités locales représentées dans les agences régionales de santé et des usagers. »

- Compléter la première phrase de l'alinéa 74 par la phrase suivante : « La coordination du comité est assurée par un secrétaire général nommé en conseil des ministres. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél et M. Marcel Rogemont :**

Compléter l'alinéa 74 par les deux phrases suivantes : « Ce comité est chargé de piloter, de coordonner et d'évaluer les agences régionales précitées. Un secrétariat général permanent est chargé d'en préparer les décisions et de s'assurer de leur bonne exécution. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

• Rédiger ainsi l'alinéa 75 : « Le secrétaire général est seul habilité à contracter avec au nom du comité de coordination, avec le directeur général de l'agence un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Compléter l'alinéa 75 par les mots : « , après avis du Conseil de surveillance. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Compléter l'alinéa 80, par les mots : « et du médico-social. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prétel :**

• Après l'alinéa 81, insérer l'alinéa suivant : « Il s'appuie sur les travaux des observatoires régionaux de santé ».

• Substituer à l'alinéa 85 l'alinéa suivant : « 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins, d'organisation médico-sociale et de formation des professionnels de santé. »

**Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Compléter l'alinéa 86 par la phrase suivante : « la programmation peut prendre la forme de projets territoriaux de santé, d'action sociale et médico-sociale donnant lieu à des contrats territoriaux de santé et d'action sociale conclus notamment avec les collectivités territoriales et les territoires de développement durable dont le projet territorial partagé prévoit la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins ainsi que toute action à caractère sanitaire et social visant au bien-être des populations de leur territoire et à l'amélioration de la qualité de leur environnement ; »

**Amendement présenté par Mme Michèle Delaunay :**

Après l'alinéa 86, insérer l'alinéa suivant : « 4° D'un plan régional relatif au développement des nouvelles technologies de la communication et de l'information établi en cohérence avec le 1°, le 2° et le 3° du présent article. Ce plan régional comporte un volet spécifique relatif au développement de l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées aux dites technologies qui peuvent faciliter leur accès à toute information, et aux soins ou leur accompagnement, à domicile ou en établissement de santé, social et médico-social, ainsi que leurs échanges avec leur famille et leurs proches. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À l'alinéa 87, après le mot : « avis », insérer les mots : « de la conférence régionale de santé, du conseil régional, et ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prétel :**

Compléter l'alinéa 87 par les mots suivants : « , et de la conférence régionale de santé. »

*Article 26*

**Amendements présentés par Mme Valérie Rosso-Debord et M. Jean-Luc Prétel :**

Compléter l'alinéa 87 par les mots : « et est approuvé par le conseil de surveillance ».

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Après l'alinéa 87, insérer l'alinéa suivant :

« Art. L. 1434-3-1. – La conférence régionale de santé prévue à l'article L. 1432-4 du code de la Santé publique est consultée sur le projet régional de santé sur lequel elle émet un avis. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prével :**

Après l'alinéa 90, insérer l'alinéa suivant :

« Le plan stratégique régional de santé comporte notamment les axes suivants : la santé au travail, la santé en milieu scolaire, la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »

**Amendement présenté par M. Rémi Delatte :**

A l'alinéa 91 substituer au mot : « prévention », le mot : « promotion ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Compléter l'alinéa 94 par les mots : « et de qualité de la prise en charge des personnes obèses. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Rédiger ainsi l'alinéa 95 :

« Il est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu notamment des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord :**

Supprimer l'alinéa 97.

**Amendements présentés par MM. Marc Bernier et Christian Paul :**

Après l'alinéa 97, insérer les cinq alinéas suivants :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les règles d'accessibilité aux soins mentionnés à l'article L. 1411-11. Ces règles prennent en compte :

« – la distance et la durée d'accès aux professionnels de santé qui dispensent ces soins ;

« – les délais dans lesquels ces professionnels sont en mesure de recevoir les patients en consultation, hors cas d'urgence médicale ;

« – le nombre de professionnels de santé libéraux autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Sauf circonstances exceptionnelles, ces règles doivent permettre que la durée d'accès à un médecin mentionné à l'article L. 4130-1 n'excède pas trente minutes de trajet automobile dans les conditions normales de circulation du territoire concerné. »

**Amendements présentés par MM. Marc Bernier et Christian Paul :**

Compléter l’alinéa 98 par les sept alinéas suivants :

« Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

« – la densité et le niveau d’activité des professionnels de santé ;

« – la part de la population qui est âgée de plus de 75 ans ;

« – la part des professionnels de santé qui exerce dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« – l’éloignement des centres hospitaliers ;

« – la part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d’honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis la conférence régionale de santé. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Compléter l’alinéa 98 par l’alinéa suivant :

« Il est tenu compte de l’accessibilité d’une offre aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l’article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale dans la détermination de ces zones ainsi que pour les mesures prévues pour leur installation. Ces mesures sont incitatives pour les zones considérées comme sous-dotées et désincitatives, déterminées de façon graduée, pour les zones considérées comme sur-dotées. Les formes d’exercice regroupé que sont les maisons de santé et centres de santé sont favorisées. ».

**Amendement présenté par M. Dominique Tian et Mme Bérengère Poletti :**

• Après l’alinéa 98, insérer l’alinéa suivant :

« Il s’assure de la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l’alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l’Agence Régionale de Santé. ».

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

• Après l’alinéa 98, insérer l’alinéa suivant :

« Il détermine si l’externalisation des services périphériques de l’offre de soins par les établissements de santé publics est suffisante et, le cas échéant, veille à l’encourager ».

**Amendement présenté par M. Jacques Domergue :**

Après l’alinéa 98, insérer l’alinéa suivant :

« Il détermine également les zones dans lesquelles, en raison d’une densité particulièrement élevée de l’offre de soins, l’installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, est subordonnée à l’autorisation de l’agence régionale de santé. »

**Amendements présentés par M. Marc Bernier :**

- Après l'alinéa 98, insérer l'alinéa suivant :

« Il détermine également les zones où, en raison d'une offre de soins particulièrement dense, l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé est soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé. »

- Après l'alinéa 98, insérer l'alinéa suivant :

« Il détermine également les zones où, en raison d'une offre de soins particulièrement dense, la participation mentionnée au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale n'est pas allouée aux professionnels de santé qui s'installent. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prétel :**

Après l'alinéa 98, insérer l'alinéa suivant :

« Il est tenu compte de l'accessibilité d'une offre aux tarifs des honoraires prévus au 1 de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dans la détermination de ces zones ainsi que pour les mesures prévues pour leur installation. Ces mesures sont incitatives pour les zones considérées comme sous-dotées et désincitatives, déterminées de façon graduée, pour les zones considérées comme sur-dotées. Les formes d'exercice regroupé que sont les maisons de santé et centres de santé sont favorisées. »

**Amendement présenté par MM. Marcel Rogemont et Jean-Luc Prétel :**

À l'alinéa 99, après le mot : « ...fixe... », insérer les mots : « en tenant compte des besoins de santé de la population... ».

**Amendement présenté par MM. Marcel Rogemont et Jean-Luc Prétel :**

Compléter l'alinéa 99 par les mots « de santé », ajouter les mots « , en tenant compte de l'accessibilité d'une offre aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale : »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Rédiger ainsi les alinéas 102 à 106 :

3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé ;

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

Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 2° et 3° du présent article doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins ».

L'article L. 1434-8 du code de la santé publique est ainsi rédigé « Le schéma régional d'organisation des soins est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conférences sanitaires de territoires et de la conférence régionale de santé.

Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, plusieurs directeurs généraux d'agence régionale de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins, après avis des conférences régionales de santé compétentes.

Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional ».

**Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :**

Après l'alinéa 103, insérer les mots : « – 5° L'organisation du service public de la santé mentale ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 104, substituer au mot : « conformes », le mot : « compatibles ».

**Amendement présenté par MM. Marc Bernier et Christian Paul :**

Après l'alinéa 104, insérer l'alinéa suivant :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les règles d'accessibilité aux activités mentionnées au 1°. Sauf circonstances exceptionnelles, ces règles doivent permettre que la durée d'accès aux établissements et services chargés de la prise en charge des urgences obstétricales, pédiatriques, gériatriques et psychiatriques n'excède pas quarante-cinq minutes de trajet automobile dans les conditions normales de circulation du territoire concerné. »

**Amendement présenté par Mme Valérie Boyer :**

Compléter l'alinéa 110 par les mots : « et des personnes obèses. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Compléter l'alinéa 110 par les mots : « ou confrontées à des difficultés spécifiques. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Substituer à l'alinéa 111, l'alinéa suivant :

« Ce schéma veille à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de l'agence régionale de santé et médico-sociale. En ce qu'il porte sur les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées, ce schéma agrège au niveau régional les éléments des schémas départementaux ayant le même objet arrêté conjointement par le Directeur de l'agence régionale et les Présidents de conseils généraux ».

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À l'alinéa 112, après les mots : « la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 », insérer les mots « et de la commission spécialisée sectorielle concernée prévue à l'article L. 1432-4 ».

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

- Compléter l'alinéa 112 par les mots : « et du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ».

- Après l'alinéa 112, insérer les deux alinéas suivants :

« Il est proposé de compléter l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique par un alinéa supplémentaire :

« Les schémas prévus aux articles L. 1434-5, L. 1434-6 et L. 1434-10 prennent en compte les besoins des personnes en situation de handicap après consultation des associations de personnes en situation de handicap, de familles, de malades et de consommateurs agréées au sens des dispositions de l'article L 1411-1 du code la santé de la santé publique. »

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 115, après les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, », insérer les mots : « ainsi qu'avec les organismes d'assurance maladie complémentaires ».

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À l'alinéa 116, après le mot : « déterminé », supprimer le mot : « conjointement ».

**Amendements présentés par M. Yves Bur :**

• À l'alinéa 124, après les mots « représentant de l'État dans la région », insérer les mots « et de la conférence régionale de santé ».

• Compléter l'alinéa 126 par les mots : « à savoir, les organismes locaux d'assurance maladie du territoire, les représentants des collectivités locales, les représentants des usagers, les représentants des établissements de santé privés et publics, les représentants des professions de santé et les représentants de l'État. »

**Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :**

- Aux alinéas 127 et 128, substituer aux mots : « peut faire », le mot : « fait ».
- Après l'alinéa 131, insérer l'alinéa suivant : « moyens financiers ».

**Amendements présentés par Mme Valérie Rosso-Debord :**

- À l'alinéa 144, substituer au mot : « conventionnés », le mot : « libéraux ».
- À la deuxième phrase de l'alinéa 145, supprimer les mots : « lorsqu'il existe ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 145, avant les mots : « et les ministres », insérer les mots : « , les organismes professionnels représentatifs mentionnés à l'article R. 182-2-8 du code de la sécurité sociale ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord :**

Supprimer la dernière phrase de l'alinéa 145.

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

À l'alinéa 147, après les mots : « avec le représentant de l'Etat », insérer les mots : « et le Conseil de l'Ordre ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord :**

Supprimer l'alinéa 148.

**Amendement présenté par M. Christian Paul :**

Après l'alinéa 148, insérer les trois alinéas suivants :

« Art. L. 1435-6 – L'agence régionale de santé peut confier aux professionnels de santé conventionnés, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, les maisons de santé, les services médico-sociaux ainsi que les réseaux de santé de son ressort, un mandat de santé publique.

« Les professionnels, centres ou établissements investis d'un mandat de santé publique participent à des actions de prévention, de promotion de la santé ou de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

« Ce mandat de santé publique ouvre droit à une rémunération forfaitaire modulée, le cas échéant, en fonction de l'atteinte d'objectifs par le professionnel, centre de santé ou établissement concerné. »

*Après l'article 26*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 1431-1 du code de la santé publique, insérer un dernier chapitre « le conseil national de santé ».

« Le ministre chargé de la santé veille à la convocation annuelle du Conseil national de la santé.

« Ce Conseil national de la santé est l'émanation des conseils régionaux de santé composés de tous les acteurs de santé.

« Ceux-ci sont élus par collèges et constituent l'échelon essentiel de la régionalisation de la santé.

« Le conseil régional de santé a trois missions : estimer les besoins à partir des travaux de l'ORS, veiller à l'adéquation offre-besoins et contrôler l'exécutif régional, l'ARS.

« Le conseil national à partir des travaux des conseils régionaux de santé a pour mission de faire la synthèse, de définir les priorités de santé qui seront financées par la loi de financement de la sécurité sociale.

« Un décret pris en conseil d'Etat en précisera les modalités. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« L'article L.1435-6 du code de la santé publique est modifié dans les conditions suivantes :

« Art. L. 1435-6. – L'agence régionale de santé conclut avec les fédérations représentatives des établissements de santé au niveau régional un accord déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

« La définition des principes communs régissant les contrats prévus notamment à l'article L. 1435-3 du code de la santé publique et L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;



« L'information sur la politique d'attribution de financements au titre des plans d'investissement ;

« L'information sur la répartition annuelle de la dotation prévue à l'article L. 162-22-13 du Code de la sécurité sociale ;

« Le suivi annuel des objectifs quantifiés des activités de soins prévus à l'article L. 6114-2 du Code de la Santé Publique ;

« L'information sur la préparation des programmes annuels de contrôle prévus par l'article R162-42-8 du Code de la Sécurité sociale ;

« L'information sur la préparation, le suivi des programmes de mise sous entente préalable prévus par l'article L. 162-1-17 du Code de la sécurité sociale. » ».

« Un comité dont la composition et les modalités d'organisation sont fixées par voie réglementaire concourt à la mise en œuvre de cet accord régional. »

**Amendement présenté par MM. Dominique Tian, Marcel Rogemont et Jean-Luc Prél :**

Insérer l'article suivant :

« A titre expérimental et pour une durée de deux ans, l'Etat et l'agence régionale de santé peuvent conclure avec les collectivités territoriales un contrat fixant les conditions particulières de l'intervention de ces dernières dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé. Cette expérimentation est fondée sur les indicateurs de santé du territoire concerné. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

Insérer l'article suivant :

« Chapitre III bis

« Contractualisation nationale entre l'Etat et les représentants des établissements de santé »

« Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations prévues aux articles L162-22-1 et L162-22-6, l'Etat et l'assurance maladie conclut avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

« 1°– Le partage des informations sur les productions de séjours, l'activité des établissements et la prise en charge par les régimes obligatoires des catégories de prestations ainsi que la mise en commun des études produites à cet effet dans le cadre de l'observatoire prévu à l'article L.162-21-3

« 2°– Le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé

« 3°– La mise en œuvre commune d'une politique de régulation des dépenses des établissements de soins dont l'objectif est la recherche de sources d'économies et, le cas échéant, la détermination des orientations en matière de choix de prise en charge des prestations dans un but d'efficience

« 4°– La signature d'accords de bonnes pratiques et de maîtrise médicalisée prévus à l'article L6113-12 du Code de la Santé Publique

« 5°– La constitution d’une instance nationale d’appel visant à proposer un règlement amiable des éventuels différends survenus en matière de financement au niveau régional

« 6°– Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d’actions ciblées sur certaines activités

« L’accord-cadre visé ci-dessus pourra déterminer un cadre pluriannuel d’évolution des tarifs de certaines prestations sur le fondement des résultats des études citées au 1° du présent article.

« Les modalités d’application du présent article, et notamment les conditions de mise en œuvre de l’accord-cadre visé ci-dessus sont définies par décret en Conseil d’Etat. »

### *Article 27*

#### **Amendements présentés par Mme Valérie Rosso-Debord :**

- À la dernière phrase de l’alinéa 9, après le mot : « syndicales », insérer le mot : « nationales ».

- Compléter la dernière phrase de l’alinéa 9 par les mots : « représentées au niveau régional et existant depuis au moins deux ans ».

#### **Amendement présenté par MM. Jacques Domergue et Dominique Tian :**

Après la première phrase de l’alinéa 10, insérer la phrase suivante :

« Les électeurs de l’union régionale rassemblant les médecins votent selon trois collèges distincts : l’un regroupant les médecins généralistes, un autre les médecins des plateaux techniques (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens) et enfin les autres spécialistes. »

#### **Amendements présentés par Mme Valérie Rosso-Debord :**

- À la dernière phrase de l’alinéa 10, supprimer les mots : « à la même date pour toutes les unions professionnelles ».

- Compléter la dernière phrase de l’alinéa 10 par les mots :

« et au moins six mois avant la date d’échéance des conventions ou accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 ; L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, les résultats devant être un critère de représentativité. »

#### **Amendement présenté par M. Jean-Luc Prével :**

À l’alinéa 13, après les mots : « Et les fédérations », insérer les mots : « constituant le collège professionnels de santé libéraux de la conférence régionale de santé, ».

#### **Amendement présenté par MM. Marcel Rogemont et Jean-Luc Prével :**

I.– Après l’alinéa 13, insérer l’alinéa suivant :

« L’agence régionale de santé devra informer et associer les organismes professionnels représentatifs mentionnés à l’article R. 182-2-8 du code de la sécurité sociale à la négociation et à la signature de tout contrat qu’elle conclut avec les unions régionales professionnelles. »

II.– Compléter l’article 27 par l’alinéa suivant :

« VII.— Au septième alinéa de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, après les mots « à l'article L. 162-14-3 » insérer les mots : « et à l'article L. 4031-3 du code de la santé publique ».

**Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord :**

Après l'alinéa 14, insérer l'alinéa suivant :

« Les unions professionnelles des médecins sont chargées de recueillir les informations issues du codage des actes médicaux et transmises individuellement par les médecins libéraux selon les modalités définies par décret. »

*Article 28*

**Amendements présentés par M. Marcel Rogemont :**

- Supprimer les alinéas 3, 4, 5, 6 et 7 de cet article.

*(retiré en commission)*

- À l'alinéa 11, après le mot : « établi », insérer les mots : « , après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ».

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Substituer à l'alinéa 16, l'alinéa suivant :

« Les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés conjointement par le conseil général et par le directeur de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant de l'État dans le département. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité. »

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

À l'alinéa 16, après le mot : « département », insérer les mots : « et après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés M. Jean-Marie Rolland :**

- À l'alinéa 16, substituer aux mots : « du comité prévu », les mots : « de la commission prévue »

*(retiré en commission)*

- À l'alinéa 16, après le mot : « territoriale », rédiger ainsi la fin de la dernière phrase de l'alinéa : « de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. »

- À la première phrase de l'alinéa 18, supprimer la première occurrence du mot : « la ».

**Amendement présenté par M. Marcel Rogemont :**

Substituer aux alinéas 20 à 24 l'alinéa suivant : « 6° Lorsque sur un territoire, des besoins de la population ne sont pas satisfaits et qu'aucun gestionnaire ne propose d'y répondre, la ou les

autorités visées à l'article L. 313-3 peuvent lancer un appel à projet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti :**

Rédiger ainsi l'alinéa 22 :

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection des projets sociaux ou médico-sociaux. Cet avis est rendu sur les projets présentés à l'initiative des promoteurs ou en réponse à l'appel à projet présenté par les autorités administratives compétentes en matière d'autorisation. L'avis de la commission de sélection des projets n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil fixé par arrêté ministériel. »

*(retiré en commission)*

**Amendement présenté par M. Claude Leteurre :**

Rédiger ainsi l'alinéa 22 :

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection des projets sociaux ou médico-sociaux. Cet avis est rendu sur les projets présentés à l'initiative des promoteurs ou en réponse à l'appel à projet présenté par les autorités administratives compétentes en matière d'autorisation et sur la base de critères définis par voie réglementaire. L'avis de la commission de sélection des projets n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil fixé par arrêté ministériel. »

**Amendement présenté par M. Dominique Tian :**

À l'alinéa 22, après les mots : « Lorsque les projets », insérer les mots : « , à l'exception des projets expérimentaux ou innovants, ».

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Yves Bur :**

• À l'alinéa 22, après les mots : « Lorsque les projets », insérer les mots : « présentés dans le cadre d'un appel à projet ou à l'initiative des promoteurs ».

*(retiré en commission)*

• À l'alinéa 22, après les mots : « commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social », insérer les mots : « , composée de représentants des fédérations et organisme de gestion d'établissements et de services du secteur médico-sociaux. »

*(retiré en commission)*

**Amendements présentés par M. Dominique Tian :**

• Après l'alinéa 31, insérer les cinq alinéas suivants :

« 7 bis<sup>o</sup>— Il est inséré après l'article L. 313-2 un article L. 313-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-2-1 – Les demandes d'autorisation portant sur des projets soumis pour avis à la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social prévue à l'article L. 313-1-1

donnent lieu à un appel à projet lancé par arrêté soumis à une procédure de publicité permettant la présentation de plusieurs offres concurrentes.

« La ou les autorités compétentes pour délivrer l'autorisation établissent, pour chaque appel à projet, un cahier des charges définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives attendues du projet, et précisant les critères objectifs de sélection qui seront mis en œuvre pour la désignation du projet lauréat.

« La procédure d'appel à projet respecte les principes d'égalité de traitement des candidats, de transparence des procédures et de bonne utilisation des deniers publics.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par Décret en Conseil d'Etat. » »

• Rédiger ainsi l'alinéa 35 : « 3°– Répond au cahier des charges mentionné à l'article L. 313-13-2-1 ».

**Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :**

Supprimer les alinéas 38 à 41.

**Amendement présenté par Mme Michèle Delaunay :**

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

«17°– À l'article L314-8 du code de l'action sociale et des familles et après les mots « est défini par voie réglementaire. », il est ajouté « Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un décret adapte les dispositions de l'article R 314-194 du code de l'action sociale et des familles aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans des établissements et services visés au 6° de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au parlement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avant le 15 octobre 2012. »

*(retiré en commission)*

*Après l'article 28*

**Amendement présenté par Mme Michèle Delaunay :**

Insérer l'article suivant :

« Il est inséré dans le Code de l'action sociale et des familles, un article L. 314-14 ainsi rédigé :

« Les usagers des établissements et services mentionnés aux 1°) à 9°) du I. de l'article L. 312-1 peuvent bénéficier, lorsque leur état de santé le nécessite, des soins médicaux et paramédicaux dispensés par les professionnels de statut libéral, sans préjudice des dispositions des articles R. 314-26, R. 314-122, D. 312.12, D. 312-59-2, D. 312-59-9 et R. 344-2. »

*Avant l'article 29*

**Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

• Insérer l'article suivant :

« À l'alinéa 2 de l'article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale, ajouter la phrase suivante :

« 4°– Un représentant des associations d'usagers désignés par le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein. »

- Avant l'article 29, insérer l'article suivant :

« I.– Dans le chapitre II du code de la sécurité sociale, il est proposé de créer une section IV « Union nationale des représentants d'associations d'usagers agréées » et un article L.182-5 rédigé comme suit :

« L'Union nationale des représentants d'associations d'usagers agréées regroupe les représentants d'usagers des différentes associations agréées et dont social concerne la défense des droits des usagers du système sanitaire. Sa composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

« L'Union nationale des représentants d'associations d'usagers émet des avis sur les propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 162-14-1, L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4.

« L'Union nationale des représentants d'associations d'usagers rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale.

« Ces avis sont rendus dans les mêmes conditions que les avis mentionnés à l'article L. 200-3.

« L'UNRAU examine annuellement un programme annuel de concertation avec l'Uncam et l'UNOCAM. »

« L'UNRAU peut être constituée sous la forme d'une association régie par la loi du 1er juillet 1901. Elle reçoit une contribution à son fonctionnement de la CNAMTS. Le montant de cette contribution est défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ».

« II – à l'article L. 182-2 du code de la sécurité sociale, ajouter un 9ème alinéa ainsi rédigé :

« L'UNCAM associe l'UNRAU à la négociation et à la signature de tout accord, contrat ou convention prévus aux articles L.162-5 ».

### *Après l'article 31*

#### **Amendement présenté par Mme Catherine Génisson :**

Insérer l'article suivant :

« Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi ainsi que les personnes ayant suivi une formation en France équivalente au cursus du deuxième ou troisième cycle des études médicales, totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant d'au moins une fonction rémunérée au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique. »

### *Article 31*

#### **Amendement présenté par Mme Valérie Rosso-Debord :**

À l'alinéa 1, après les mots : « 15° et 16° », insérer les mots : « , 18° bis ».

*(retiré en commission)*

### *Article 33*

#### **Amendement présenté par M. Yves Bur :**

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« 3°– Simplifier et améliorer l'organisation et le fonctionnement des ordres des professions de santé, notamment par une modification de la durée des mandats des conseillers ordinaires et des règles d'éligibilité, de saisine de la juridiction disciplinaire et de contrôle en matière financière et budgétaire des instances régionales et départementales et par l'instauration d'une procédure permettant d'évaluer l'éventuelle incompétence professionnelle d'un praticien. »

#### **Amendement présenté par M. Claude Leteurtre :**

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« 4°– D'une part, simplifier et améliorer l'organisation et le fonctionnement des ordres des professions de santé, notamment par une modification de la durée des mandats des conseillers ordinaires et des règles d'éligibilité, de saisine de la juridiction disciplinaire et de contrôle en matière financière et budgétaire des instances régionales et départementales et par l'instauration d'une procédure permettant d'évaluer l'éventuelle incompétence professionnelle d'un praticien; d'autre part, tirer toutes les conséquences sur l'organisation ordinaire du nouveau statut conféré aux collectivités territoriales de Saint Barthélemy et Saint Martin par la loi organique n° 2002-223 du 21 février 2007. »

### *Après l'article 33*

#### **Amendement présenté par M. Patrick Lebreton :**

Insérer l'article suivant :

« Dispositions spécifiques à l'Outre-mer »

« Les mesures permettant aux établissements de santé des départements-régions d'Outre-mer d'être en capacité d'offrir un niveau de prestations conforme aux standards du système hospitalier national et de garantir un égal accès aux soins feront l'objet d'un plan spécifique et complémentaire aux dispositions de la présente loi. »

### *Titre*

#### **Amendement présenté par Mme Rosso-Debord :**

Au titre du projet de loi, substituer aux mots : « de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires », les mots : « du système sanitaire et médico-social ».

*(retiré en commission)*