

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mercredi 24 juin 2009

(121^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. GÉRARD LARCHER

Secrétaires :

MM. Jean-Pierre Godefroy, Marc Massion.

1. Procès-verbal (p. 6225)
2. Félicitations à deux sénateurs nommés au sein du Gouvernement (p. 6225)
3. Modification de l'ordre du jour (p. 6225)
4. Convocation du Parlement en session extraordinaire (p. 6225)
5. Engagement de la procédure accélérée sur cinq projets de loi (p. 6227)
6. Candidature à un organisme extraparlémenaire (p. 6227)
7. Organisme extraparlémenaire (p. 6227)
8. Réforme de l'hôpital. – Adoption des conclusions modifiées du rapport d'une commission mixte paritaire (p. 6227)

Discussion générale : M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

M. Guy Fischer.

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART

MM. Jean-Pierre Godefroy, Bernard Cazeau, Mmes Anne-Marie Escoffier, Anne-Marie Payet, M. Jean-Pierre Fourcade.

Clôture de la discussion générale.

Texte de la commission mixte paritaire

Article 6

Amendement n° 1 du Gouvernement. – Vote réservé.

Vote sur l'ensemble

Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. Jacky Le Menn, André Lardeux, Yves Daudigny.

Mme la ministre.

Adoption définitive, par scrutin public, du projet de loi.

9. Nomination d'un membre d'un organisme extraparlémenaire (p. 6318)

Suspension et reprise de la séance (p. 6318)
10. Dépôt d'un projet de loi (p. 6318)
11. Engagement de la procédure accélérée sur un projet de loi (p. 6318)
12. Évaluation du crédit impôt recherche. – Discussion d'une question orale avec débat (p. 6319)

M. Ivan Renar, auteur de la question.

MM. Serge Lagauche, Christian Gaudin, Jean-Claude Etienne, Mme Françoise Laborde.

Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche ; M. Ivan Renar, auteur de la question.

Suspension et reprise de la séance (p. (p. 6329)
13. Conférence des présidents (p. 6329)

MM. le président, Henri de Raincourt, ministre chargé des relations avec le Parlement.
14. Retrait d'une question orale (p. 6333)
15. Dépôt d'un projet de loi (p. 6333)
16. Dépôt d'une proposition de loi (p. 6333)
17. Textes soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution (p. 6333)
18. Dépôt de rapports (p. 6334)
19. Dépôt de textes de commissions (p. 6334)
20. Dépôt de rapports d'information (p. 6334)
21. Dépôt d'un avis (p. 6335)
22. Ordre du jour (p. 6335)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER

Secrétaires :

M. Jean-Pierre Godefroy,
M. Marc Massion.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quatorze heures trente-cinq.)

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

FÉLICITATIONS À DEUX SÉNATEURS NOMMÉS AU SEIN DU GOUVERNEMENT

M. le président. Madame la ministre, mes chers collègues, j'ai le plaisir de vous rappeler que deux sénateurs, d'ailleurs présidents de groupe, ont été nommés au sein du Gouvernement. Il s'agit de M. Michel Mercier et de M. Henri de Raincourt.

M. Yvon Collin. Nous voilà décimés! *(Sourires.)*

M. le président. En votre nom à tous, je leur adresse nos plus sincères et amicales félicitations. *(Applaudissements.)*

3

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR

M. le président. Mes chers collègues, j'ai bien conscience que chacun d'entre vous a hâte de connaître les conséquences du remaniement ministériel intervenu hier soir sur l'ordre du jour de la fin de notre session... *(Sourires.)*

Il se trouve que la conférence des présidents doit se réunir aujourd'hui, à dix-neuf heures, ce qui permettra au Gouvernement de nous faire part de ses intentions et, surtout, des possibilités des ministres intéressés, par rapport au calendrier que nous avons prévu.

Toutefois, monsieur le président de la commission des affaires culturelles, il me paraît d'ores et déjà plus sage de reporter le débat sur l'éducation. *(M. le président de la commission des affaires culturelles acquiesce.)*

En revanche, nous commencerons, comme prévu, par la discussion des conclusions du rapport de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Pour la suite de la séance, je me suis assuré auprès de Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, qu'elle serait présente au banc du Gouvernement, pour participer au débat sur la question orale de notre collègue Ivan Renar relative à l'évolution du crédit d'impôt recherche.

La séance, qui aura été suspendue à dix-neuf heures, sera reprise vers vingt heures pour que nous puissions vous faire connaître, mes chers collègues, l'ordre du jour des prochaines séances du Sénat d'ici à la fin de la session ordinaire, qu'il s'agisse de la semaine de contrôle ou des jours d'initiative du 29 et du 30 juin.

4

CONVOCATION DU PARLEMENT EN SESSION EXTRAORDINAIRE

M. le président. J'ai reçu de M. le Premier ministre communication du décret de M. le Président de la République, en date du 23 juin 2009, portant convocation du Parlement en session extraordinaire à compter du 1^{er} juillet 2009.

Je donne lecture de ce décret :

« Le Président de la République

« Sur le rapport du Premier ministre,

« Vu les articles 29, 30 et 48 de la Constitution,

« Décrète :

« Article 1^{er} – Le Parlement est convoqué en session extraordinaire le 1^{er} juillet 2009.

« Article 2 – L'ordre du jour de cette session extraordinaire comprendra :

« 1. Le débat d'orientation des finances publiques ;

« 2. L'examen et la poursuite de l'examen des propositions et projets de lois suivants :

« - projet de loi organique prorogeant le mandat des membres du Conseil économique, social et environnemental ;

« - projet de loi relatif à la gendarmerie nationale ;

« - projet de loi relatif à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique ;

« - projet de loi relatif à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie ;

« - projet de loi organique relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et de Mayotte ;

« - projet de loi relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et portant ratification d'ordonnances ;

« - projet de loi de programmation relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement ;

« - projet de loi relatif à la protection pénale de la propriété littéraire et artistique sur Internet ;

« - projet de loi de développement et de modernisation des services touristiques ;

« - projet de loi de règlement des comptes et rapport de gestion pour l'année 2008 ;

« - projet de loi relatif à la programmation militaire pour les années 2009 à 2014 et portant diverses dispositions concernant la défense ;

« - proposition de loi réaffirmant le principe du repos dominical et visant à adopter les dérogations à ce principe dans les communes et zones touristiques et thermales ainsi que dans certaines grandes agglomérations pour les salariés volontaires ;

« - proposition de loi relative à la lutte contre la fracture numérique ;

« - proposition de loi visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République populaire de Chine sur l'encouragement et la protection réciproques des investissements ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République du Sénégal sur la promotion et la protection réciproques des investissements ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de l'Inde sur le transfèrement des personnes condamnées ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume d'Espagne sur les dispositifs éducatifs, linguistiques et culturels dans les établissements de l'enseignement scolaire des deux États ;

« - projet de loi autorisant la ratification du traité sur le droit des brevets ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de Malte tendant à éviter les doubles impositions et à prévenir l'évasion fiscale en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune ;

« - projet de loi autorisant la ratification de la convention sur les armes à sous-munitions ;

« - projet de loi autorisant la ratification de la convention d'extradition entre la République française et le Royaume du Maroc ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de la convention d'entraide judiciaire en matière pénale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume du Maroc ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et

d'Irlande du Nord en vue d'éviter les doubles impositions et de prévenir l'évasion et la fraude fiscales en matière d'impôts sur le revenu et sur les gains en capital ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement des États-Unis d'Amérique en vue d'éviter les doubles impositions et de prévenir l'évasion et la fraude fiscales en matière d'impôt sur le revenu et sur la fortune ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention entre la France et la Belgique tendant à éviter les doubles impositions et à établir des règles d'assistance administrative et juridique réciproques en matière d'impôts sur les revenus ;

« - projet de loi autorisant la ratification de l'accord entre l'Irlande, le Royaume des Pays-Bas, le Royaume d'Espagne, la République italienne, la République portugaise, la République française et le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, établissant un centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de la convention de partenariat entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire ;

« - projet de loi autorisant l'approbation du protocole relatif à la gestion intégrée des zones côtières (GIZC) de la Méditerranée ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et l'Organisation internationale de la francophonie relative à la mise à disposition de locaux pour installer la maison de la francophonie à Paris ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le conseil des ministres de la République d'Albanie relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure ;

« - projet de loi autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République italienne visant à compléter l'accord relatif à la coopération transfrontalière en matière policière et douanière ;

« 3. Une séance de questions par semaine.

« Article 3 – Le Premier ministre est responsable de l'application du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

« Fait à Paris, le 23 juin 2009

« Par le Président de la République,

« *Signé* : Nicolas Sarkozy

« Le Premier ministre,

« *Signé* : François Fillon »

Acte est donné de cette communication.

L'ordre du jour de cette session extraordinaire vous sera communiqué à l'issue de la conférence des présidents.

5

ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE SUR CINQ PROJETS DE LOI

M. le président. En application de l'article 45, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a engagé la procédure accélérée pour l'examen :

- du projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention entre la France et la Belgique, tendant à éviter les doubles impositions et à établir des règles d'assistance administrative et juridique réciproques en matière d'impôts sur les revenus, déposé sur le bureau du Sénat le 3 juin 2009 ;

- du projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement des États-Unis d'Amérique, en vue d'éviter les doubles impositions et de prévenir l'évasion et la fraude fiscales en matière d'impôt sur le revenu et sur la fortune, déposé sur le bureau du Sénat le 3 juin 2009.

- du projet de loi autorisant la ratification de la convention sur les armes à sous-munitions, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 10 juin 2009.

- du projet de loi autorisant la ratification de la convention d'extradition entre la République française et le Royaume du Maroc, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 10 juin 2009.

- du projet de loi autorisant l'approbation de la convention d'entraide judiciaire en matière pénale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume du Maroc, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 10 juin 2009.

6

CANDIDATURE À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Mes chers collègues, je vous rappelle que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation d'un sénateur appelé à siéger au sein du Conseil supérieur de l'énergie.

La commission des affaires économiques a fait connaître qu'elle propose la candidature de M. Philippe Dominati pour siéger au sein de cet organisme extraparlamentaire.

Cette candidature a été affichée et sera ratifiée, conformément à l'article 9 du règlement, s'il n'y a pas d'opposition à l'expiration du délai d'une heure.

7

ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Mes chers collègues, je vous informe que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation du sénateur appelé à siéger au sein de Conseil national de l'habitat en tant que suppléant.

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des affaires économiques à présenter une candidature.

La nomination au sein de cet organisme extraparlamentaire aura lieu ultérieurement, dans les conditions prévues par l'article 9 du règlement.

8

RÉFORME DE L'HÔPITAL

ADOPTION DES CONCLUSIONS MODIFIÉES DU RAPPORT D'UNE COMMISSION MIXE PARITAIRE

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion des conclusions du rapport de la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 463).

Dans la discussion générale, la parole est à M. le rapporteur. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire. Madame la ministre, permettez-moi tout d'abord de saluer votre confirmation dans les fonctions qui étaient les vôtres au sein du Gouvernement et de vous indiquer combien je suis heureux, à titre personnel, de pouvoir continuer à travailler avec vous. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Mme la ministre manifeste sa gratitude et son émotion.*)

Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, avec l'examen des conclusions de la commission mixte paritaire qui s'est tenue au Sénat le mardi 16 juin, nous arrivons aujourd'hui à la dernière étape de la discussion du projet de loi dit « HPST », c'est-à-dire portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Le président de la commission des affaires sociales, Nicolas About, a pu affirmer que ce projet de loi avait été celui « de tous les records ». La liste n'était d'ailleurs pas close, car il est sans doute inédit qu'un rapport de CMP dépasse les 450 pages !

Toutefois, au-delà des records et des statistiques, l'important, mes chers collègues, est que cette longue histoire finisse bien.

La commission des affaires sociales se félicite donc que la commission mixte paritaire ait pu parvenir à un texte commun sur les 127 articles encore en discussion, parmi lesquels figuraient les plus importantes dispositions du projet de loi.

Je crois pouvoir affirmer aussi que ses travaux ont été de grande qualité et se sont déroulés dans un climat très constructif, ce qui est, pour nous comme pour nos collègues députés, un motif de satisfaction supplémentaire.

Nous sommes également heureux – pourquoi ne pas le dire ? – que le Sénat ait apporté à ce texte des contributions significatives qui, sur de très nombreux points, ont été entérinées par la CMP.

Au titre I^{er}, relatif aux établissements de santé et aux missions de service public, la CMP a apporté des aménagements rédactionnels, de précision ou de coordination qui n'ont pas remis en cause l'économie du texte adopté par le Sénat.

Je voudrais souligner, madame la ministre, le souci commun aux deux assemblées de définir à cet article la notion nouvelle d'« ESPIC », c'est-à-dire d'établissement de santé privé d'intérêt collectif. La CMP a prévu, en retenant le texte du Sénat, que les ESPIC pourraient conclure avec un établissement public ou une communauté hospitalière de territoire des accords les associant à la réalisation de missions de service public.

Sur le même sujet, il me paraît également très positif que nous ayons pu nous accorder, à l'article 28 du titre IV – j'anticipe quelque peu – sur une rédaction permettant, comme l'avait souhaité le Sénat, de conférer le statut d'ESPIC à des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

L'article 3 *bis*, qui permet d'imposer une clause de non-concurrence aux praticiens hospitaliers à titre permanent, avait été adopté par le Sénat contre l'avis du Gouvernement, contre l'avis du président de la commission des affaires sociales et contre l'avis du rapporteur.

Cet article a fait l'objet d'un long débat en commission mixte paritaire. Celle-ci a finalement décidé de le maintenir ; toutefois, en adoptant un amendement présenté par notre collègue député Jean Leonetti, elle en a restreint le champ d'application aux praticiens ayant exercé plus de cinq ans dans le même établissement.

En ce qui concerne la gouvernance de l'hôpital public, la CMP a largement confirmé les dispositions adoptées par le Sénat pour fonder l'efficacité de cette gouvernance sur un meilleur équilibre entre les instances dirigeantes et entre les pouvoirs administratifs et médicaux, conformément à l'une des propositions du rapport Larcher.

À l'article 5 du projet de loi, toutefois, revenant sur ce point au texte de l'Assemblée nationale, la commission mixte paritaire a prévu que le président du conseil de surveillance serait désigné soit parmi les membres du collège des élus, soit parmi ceux du collège des personnalités qualifiées. Madame la ministre, cette solution avait, nous le savons, la préférence du Gouvernement.

D'excellents arguments ont été invoqués à l'appui des choix respectifs des deux assemblées et je ne discuterai pas la solution retenue par la commission mixte paritaire.

Je rappellerai néanmoins, comme l'ont fait plusieurs de nos collègues au cours du débat en CMP, que les élus sont souvent les moteurs de la modernisation des hôpitaux locaux...

M. Guy Fischer. C'est sûr !

M. Alain Milon, rapporteur. ... et toujours des acteurs essentiels de la lutte contre les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

M. Paul Blanc. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. En revanche, la CMP n'a pas modifié la définition, renforcée par le Sénat, des compétences du conseil de surveillance.

À l'article 6 du projet de loi, relatif au directeur et au directoire, elle a partagé le souci de la Haute Assemblée de favoriser la coopération et le dialogue entre les médecins et l'administration.

Vous avez cependant modifié son texte sur un point, madame la ministre, en présentant à l'Assemblée nationale un amendement à nos conclusions.

En effet, la commission mixte paritaire, suivant le Sénat et conformément, d'ailleurs, à l'esprit du texte du projet de loi, avait souligné clairement que certaines décisions du directeur devraient être précédées de la consultation du directoire.

Vous avez préféré une autre rédaction, le texte prévoyant seulement que ces décisions seraient prises « après concertation avec le directoire ».

Nous le regrettons un peu,...

M. Guy Fischer. Et même beaucoup !

M. Alain Milon, rapporteur. ... d'abord parce que l'expression est imprécise et qu'il sera malaisé de contrôler le respect de cette formalité.

Ensuite et surtout, madame la ministre, cette rédaction restreint, à nos yeux, la portée des dispositions que nous avons adoptées, sur votre initiative, pour donner, au sein du directoire des CHU, comme le souhaitait la commission Marescaux, leur juste place aux autorités responsables de la formation et de la recherche.

Le président de la CME, la commission médicale d'établissement, élaborera avec le directeur le projet médical et coordonnera, comme nous l'avions souhaité, la politique médicale de l'établissement. La définition des compétences du directoire reste celle qui résultait du texte du Sénat : cette instance approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur sur la gestion et la conduite de l'établissement.

La commission mixte paritaire a maintenu l'ensemble des mesures que le Sénat avait adoptées pour introduire plus de collégialité dans la gouvernance des établissements de santé, en impliquant davantage le président de la CME dans le processus de contractualisation interne : il se prononcera sur l'organisation de l'établissement en pôles d'activité définie par le directeur ; il participera à la nomination des chefs de pôle en présentant une liste de noms au directeur ; il émettra un avis sur les contrats de pôle afin de vérifier leur cohérence avec le projet médical.

La commission mixte paritaire a également retenu les dispositions prévoyant que les pôles pourront comporter des structures internes – unités fonctionnelles, services – et que leur gestion devra s'effectuer dans le respect des missions propres à ces structures.

La CMP n'est pas revenue sur le fond de l'article 12, relatif aux CHT, les communautés hospitalières de territoire, article dont le Sénat avait souhaité que la rédaction corresponde à la philosophie du rapport Larcher. Elle a toutefois prévu la possibilité d'imposer des transferts de personnel entre établissements parties à une convention de communauté hospitalière de territoire.

Le Sénat avait estimé que ces transferts pourraient être négociés et consentis : nous souhaitons que, dans les faits, cela soit le plus souvent le cas.

La commission des affaires sociales du Sénat espère, mes chers collègues, que la CHT ainsi conçue deviendra un outil nouveau permettant des réorganisations territoriales de l'offre de soins fondées sur un projet médical élaboré et réalisé par tous les acteurs locaux et permettant, aussi, l'instauration d'un réel dialogue entre les élus, les professionnels de santé et l'administration.

Les dispositions de l'article 13, relatif aux groupements de coopération sanitaire et à la coordination par l'ARS, l'agence régionale de santé, de l'évolution du système hospitalier, ont

également été adoptées dans le texte du Sénat, sous réserve d'ajustements rédactionnels et d'une précision utile, adoptée sur l'initiative de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale, qui ouvre aux syndicats interhospitaliers la faculté de se transformer en groupements d'intérêt public.

Sur le titre II du projet de loi, relatif à l'accès de tous à des soins de qualité, la commission mixte paritaire a, pour l'essentiel, adopté le texte du Sénat.

Elle a confirmé les progrès accomplis au Sénat en matière de délégation de tâches et de santé des femmes, qui passent par un renforcement du statut des sages-femmes et l'intégration de leur formation à l'université.

Sur l'initiative du groupe CRC-SPG, la commission mixte paritaire a également décidé de permettre, à titre expérimental, la primo-délivrance des contraceptifs oraux par les pharmaciens.

Elle a entériné le dispositif de validation des acquis de l'expérience pour l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, adopté par le Sénat et attendu par de nombreux praticiens.

Sur les dispositions largement consensuelles concernant la rénovation des ordres médicaux et paramédicaux, la commission mixte paritaire, suivant le Sénat, a supprimé le seuil démographique imposé pour la création de conseils départementaux des ordres des infirmiers et des kinésithérapeutes.

Sur l'initiative de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door et Jean-Luc Prével, elle a adopté, à l'article 17 *ter*, un amendement, sous-amendé par M. François Autain, incitant à la négociation, d'ici au 15 octobre prochain, d'une convention permettant d'encadrer la pratique du secteur optionnel, cher à notre collègue Alain Vasselle.

À défaut d'un accord dans ce délai, sans doute un peu bref pour régler une question aussi complexe, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourra modifier les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.

Cette disposition peut constituer un signal à destination des professionnels sur les dépassements d'honoraires. Cependant, il me semble que la question de la revalorisation des actes doit également être abordée, pour reconnaître la valeur réelle des actes médicaux.

M. Paul Blanc. Tout à fait !

M. Alain Milon, rapporteur. Sur la question, sensible, des discriminations dans l'accès aux soins, la commission mixte paritaire a précisé les délais dans lesquels les refus de soins pourront être sanctionnés par les caisses primaires d'assurance maladie et, revenant sur ce dernier point au texte de l'Assemblée nationale, les mesures de publicité de ces sanctions.

Il convient de lutter contre les comportements contraires à la déontologie professionnelle : le Sénat et l'Assemblée nationale ont clairement œuvré dans le même sens pour clarifier la procédure et rendre le système de sanction plus efficace.

Enfin, la commission mixte paritaire a partagé le souci de transparence qui avait conduit le Sénat à rendre obligatoire l'information des patients sur le coût d'achat des prothèses et leur lieu de fabrication.

Mme Isabelle Debré. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. Elle a aussi retenu les dispositions que nous avons prévues pour assurer la continuité des soins aux malades sortant de l'hôpital.

J'en arrive au titre III, consacré à la santé.

Nous avons cherché à resserrer le contenu de ce titre sur les dispositions les plus novatrices du texte et celles qui touchent à l'organisation de notre système de santé.

Les autres sujets pourront être renvoyés aux projets de loi sur la santé publique et sur la santé mentale que vous nous annoncez, madame la ministre.

Nous avons cependant maintenu certaines dispositions s'inscrivant dans le Plan cancer, ou de nature sociale, comme la possibilité d'acheter des fruits et légumes avec des tickets restaurant.

Sur le volet « alcool », nous sommes revenus, après un débat approfondi, à l'équilibre trouvé par l'Assemblée nationale.

Sur l'éducation thérapeutique du patient, la commission mixte paritaire a approuvé le dispositif de financement adopté par le Sénat.

Nous porterons une particulière attention au futur rapport sur les possibilités de passage à un financement public des associations.

Sur la nutrition et la lutte contre l'obésité, la commission mixte paritaire a suivi le Sénat et maintenu la suppression des articles introduits par l'Assemblée nationale, hormis l'article 25 *decies*, qui tend à insérer, dans le code de la santé publique, un livre consacré aux troubles du comportement alimentaire, sans que soit abordé le vrai sujet de la nutrition.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Loin d'être obèse, ce livre est plutôt maigre !

M. Alain Milon, rapporteur. En effet, monsieur le président de la commission ! (*Sourires.*)

Le titre IV, relatif à l'organisation territoriale du système de santé, avait été substantiellement amendé par notre assemblée.

En ce qui concerne les agences régionales de santé et la détermination des responsabilités nationales et régionales en matière de gestion du risque, il nous paraît important que la commission mixte paritaire ait adopté dans le texte du Sénat les dispositions de l'article 26 B prévoyant la conclusion entre l'État et l'UNCAM, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de contrats pluriannuels définissant les objectifs de la politique nationale de gestion du risque, comme celles de l'article 26 donnant latitude aux agences régionales de santé pour arrêter les actions régionales en matière de gestion du risque.

Le texte de la commission mixte paritaire ne remet pas non plus en cause le parti pris par le Sénat de clarifier et d'alléger la rédaction de certaines dispositions de l'article 26, et de souligner que la politique de santé est une politique nationale dont les agences régionales de santé permettront l'application déconcentrée et l'adaptation aux spécificités régionales et territoriales.

Sur l'initiative de nos collègues députés et après un large débat, la commission mixte paritaire a cependant repris une disposition du texte de l'Assemblée nationale permettant de confier, à titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de certaines agences régionales de santé à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé.

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. Alain Milon, rapporteur. Nous avons aussi, répondant au souhait commun du rapporteur pour l'Assemblée nationale et des sénateurs socialistes, réintroduit la mention des observatoires régionaux de la santé.

Enfin, la commission mixte paritaire a maintenu le texte du Sénat en ce qui concerne la consultation sur le projet régional de santé des représentants des collectivités territoriales et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, ainsi que la liberté pour les collectivités territoriales d'accorder des subventions aux services de santé.

Sur l'article 27, relatif à la représentation des professionnels de santé libéraux, alors que le Sénat avait prévu de regrouper les électeurs des unions régionales de médecins en collèges, sans en préciser le nombre, la commission mixte paritaire a préféré revenir à la répartition en trois collèges prévue par l'Assemblée nationale.

M. Alain Vasselle. C'est une erreur !

M. Alain Milon, rapporteur. Je dirai un mot, pour finir, sur les apports de notre assemblée au volet médico-social, qui ont été maintenus par la commission mixte paritaire.

J'ai déjà évoqué les ESPIC médico-sociaux. Je mentionnerai aussi l'intégration, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les établissements médico-sociaux, d'objectifs de qualité de prise en charge, la garantie, dans le cahier des charges de l'appel à projets, de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes dépendantes, et la possibilité, s'agissant de l'aide aux actes de la vie courante, d'apporter une aide à la prise des médicaments.

La commission mixte paritaire a, en revanche, estimé que l'instauration, en cas de grève, d'un service minimum dans les établissements médico-sociaux ne pouvait être imposée par la loi sans concertation préalable.

Nous nous sommes ralliés au point de vue de nos collègues députés et avons adopté un amendement aux termes duquel, madame la ministre, le Gouvernement remet au Parlement avant le 30 juin 2010 un rapport relatif à la mise en œuvre, au regard des contraintes constitutionnelles, d'un service minimum dans le secteur médico-social.

M. Alain Vasselle. Il n'est pas près de sortir ! *(Sourires.)*

M. Alain Milon, rapporteur. Mes chers collègues, au moment de conclure ce long travail, je tiens à vous remercier tous,...

M. Jean Desessard. Encore ?

M. Alain Gournac. Et alors ?

Mme Isabelle Debré. C'est normal ! Nous avons travaillé !

M. Alain Milon, rapporteur. ... c'est-à-dire tous ceux d'entre vous – ils sont nombreux ! – qui ont travaillé sur ce texte...

Mme Isabelle Debré. Merci, monsieur le rapporteur !

M. Alain Milon, rapporteur. ... et qui ont participé aux débats, particulièrement, donc, les membres de notre commission, au premier rang desquels son président, M. Nicolas About. *(Mme Janine Rozier applaudit.)*

Je rends également hommage aux présidents de séance qui, pendant de longues heures, ont dirigé ces débats.

Je veux aussi, madame la ministre, vous dire notre gratitude pour votre écoute et l'excellent climat dans lequel nous avons travaillé avec vous.

M. Alain Gournac. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. Je vous demande donc, mes chers collègues, au nom de la commission des affaires sociales, d'adopter le projet de loi dans le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.)*

M. le président. Je tiens, monsieur le rapporteur, au nom du Sénat, à vous féliciter pour l'importance du travail que vous avez accompli tout au long de l'examen de ce texte, et à vous en remercier. *(Bravo ! et applaudissements sur les mêmes travées.)*

Mme Isabelle Debré. Formidable !

M. le président. J'associe à ces remerciements le président de la commission et l'ensemble des commissaires, ainsi que leurs collaborateurs. *(Nouveaux applaudissements sur les mêmes travées.)*

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je ne peux vous cacher ma joie, en ce jour, de vous retrouver ! *(Sourires.- Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.)*

C'est avec une très grande fierté que je reviens aujourd'hui devant vous achever l'examen d'un texte fondamental pour notre système de santé.

Après des semaines – plutôt des mois, d'ailleurs ! – d'un débat riche, toujours intense, souvent passionné, à l'Assemblée nationale, d'abord, puis ici, au Sénat, et après le remarquable travail de la commission mixte paritaire, nous pouvons nous féliciter d'être parvenus à un texte d'équilibre, un texte responsable.

La fierté que je ressens est celle d'une ministre dont l'action se veut entièrement guidée par une seule et même exigence : améliorer l'accès de tous nos concitoyens à des soins de qualité.

Elle est celle, également, d'une ministre qui, pour avoir elle-même fréquenté les bancs du Parlement, mesure exactement les exigences et l'investissement requis pour faire vivre un tel temps fort de la vie démocratique de notre pays.

Aussi, je veux profiter de cette nouvelle occasion qui m'est donnée de remercier toutes celles et tous ceux qui ont contribué, par la finesse de leurs analyses et de leurs propositions, à enrichir ce projet de loi.

Je veux remercier en particulier Gérard Larcher de son rapport exceptionnel sur les missions de l'hôpital. Je mesure tout ce que la loi lui devra. Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude.

Le rapport de Jean-Marc Juilhard a, lui aussi, constitué une contribution majeure.

Je tiens à remercier également le président de la commission des affaires sociales, Nicolas About, de sa hauteur de vue et sa grande expertise. Sa sensibilité aux enjeux et sa remarquable intelligence recueillent toute mon admiration. *(Exclamations sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP.)*

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est trop, madame la ministre ! *(Sourires.)*

M. Jean Desessard. Arrêtez ! *(Nouveaux sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sous son égide, la commission des affaires sociales a parfaitement su se saisir de l'enjeu majeur que représente ce projet de loi pour l'avenir de notre système de santé.

Vous avez œuvré, monsieur le président de la commission, dans des conditions particulièrement difficiles, avec notamment un changement de règlement qui nous a obligés parfois à quelques réglages... (*Sourires.*) Mais vous avez su le faire avec beaucoup d'humanité, de gentillesse et de compréhension. Je vous en suis très reconnaissante.

Je veux aussi rendre hommage à votre rapporteur, Alain Milon, pour sa précision et son écoute permanente. Je n'avais pas le droit de me joindre aux applaudissements qu'il vient de recueillir, étiquette parlementaire oblige, mais je les aurais volontiers accompagnés. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Alain Gournac. Quel triomphe!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je n'oublie pas non plus la contribution de tous les sénateurs, qui, sur toutes les travées, ont éclairé de leurs compétences notre discussion.

Mesdames, messieurs les sénateurs de l'opposition, vous ne m'avez pas ménagée- il est vrai que je ne le demandais pas – et je sens que cela va continuer dans quelques instants... (*Sourires.- Exclamations ironiques sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

J'ai eu à cœur d'écouter toutes vos contributions avec respect, et me suis efforcée de retenir un certain nombre de vos propositions, et ce dans un esprit tout démocratique et républicain. Je vous remercie de l'ambiance qui, grâce à vous, a régné tout au long de cette discussion.

Vous comprendrez cependant sans peine, mesdames, messieurs les sénateurs de l'opposition, que mes pensées reconnaissantes aillent évidemment aux sénatrices et aux sénateurs qui m'ont toujours soutenue dans ce débat.

Je pense notamment à Marie-Thérèse Hermange, Gérard Dériot, Catherine Procaccia, Jean-Pierre Fourcade, André Lardeux, Alain Vasselle, Gilbert Barbier, Anne-Marie Payet et Muguet Dini, ainsi qu'à Isabelle Debré.

Je tiens à vous témoigner à tous ma profonde reconnaissance...

M. Dominique Braye. Et Paul Blanc?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je salue également en effet Paul Blanc, ainsi qu'Alain Gournac. (*Sourires.*)

M. Alain Gournac. Et Dominique Braye?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous avez raison... Voilà comment on se fait en quelques instants bien des amis et bien des ennemis! (*Nouveaux sourires.*) Que ceux que je n'ai pas cités ne m'en tiennent pas rigueur : c'est la dure loi des énumérations!

En tout cas, soyez toutes et tous remerciés de vos contributions car, sans l'apport de chacun, ce débat parlementaire aurait eu peu de sens.

Je voudrais adresser un remerciement tout particulier aux membres du Sénat qui ont participé à la commission mixte paritaire : ils ont su y trouver un compromis qui respecte la volonté de chaque assemblée.

Le travail mené par la CMP était, en effet, difficile, nécessitant beaucoup de finesse et d'esprit de synthèse. Il en est d'autant plus, j'ose le mot, extraordinaire!

Aujourd'hui, je veux, en toute sincérité, exprimer la gratitude du Gouvernement.

Sans reprendre dans le détail l'ensemble des mesures d'un projet de loi d'envergure, j'aimerais vous rappeler tout ce que, ensemble, nous avons accompli et tout ce que nous offrirons à nos concitoyens.

Nos hôpitaux ont été modernisés.

La gouvernance de l'hôpital a été rénovée et clarifiée, pour donner à tous les acteurs les moyens d'exercer pleinement leurs rôles et leurs missions.

Les prises de décision seront facilitées, tous les patients en bénéficieront.

Pour mieux répondre aux besoins de santé de nos concitoyens, qui veulent pouvoir bénéficier de parcours de soins fluides et de qualité, nous avons voulu également faciliter les coopérations hospitalières, mieux articuler le système hospitalier avec la médecine de ville et le secteur médico-social.

Le projet de loi permettra également de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire, pour lutter contre ce que beaucoup d'entre vous ont appelé les « déserts médicaux ».

Grâce à des mesures cohérentes, nous répondrons à l'exigence d'un accès aux soins pour tous, dans le respect de la liberté d'installation. Formation, offre de soins : rien n'a été oublié. Nous avons toujours fait le pari de l'organisation et de la modernisation.

Parce que ce texte est une loi de prévention, il était bien naturel que le préventif, à côté du curatif, trouve une place accrue. Le titre relatif à la santé publique comporte des mesures fortes sur des déterminants de santé, comme le tabac ou l'alcool.

L'inscription de l'éducation thérapeutique dans le code de la santé publique n'est pas seulement une évolution, c'est bien une révolution culturelle, avec l'instauration d'une nouvelle relation entre le soignant et le soigné. Le malade sera désormais véritablement l'acteur de sa propre santé.

Enfin, la création des agences régionales de santé parachève le décloisonnement de notre système de santé, sans doute l'un des plus cloisonnés et régaliens du monde. Leur mission sera, en particulier, d'organiser l'offre de santé sur tout le territoire, au plus près de nos concitoyens.

Tout le champ de la santé et de l'autonomie se trouve désormais investi.

Ce trop bref résumé traduit-il assez la valeur et l'importance d'un texte innovant et pragmatique qui se veut aussi ambitieux et responsable?

J'aimerais vous dire toute la confiance qui est la mienne dans cette réforme élaborée avec tous et pour tous.

Pourtant, M. le rapporteur l'a souligné, il subsiste une légère ambiguïté sur le mode de fonctionnement du directoire.

Cette ambiguïté est relative à la manière dont le directoire est consulté par le directeur dans l'exercice de ses fonctions et de ses compétences. Entendons-nous bien : lever cette ambiguïté ne remet absolument pas en cause l'équilibre trouvé entre les directeurs et les médecins. Cet équilibre a été parfaitement traité par la commission mixte paritaire.

La volonté du législateur, telle qu'elle s'est exprimée sur toutes les travées, est que le directoire soit une instance collégiale, lieu d'échanges entre ses membres. C'est aussi l'avis du Gouvernement.

Pour autant, il ne faut pas que cette instance ploie sous un fonctionnement trop formaliste. Or les experts juridiques consultés ces derniers jours par le Gouvernement nous indiquent que le texte issu de la CMP peut transformer le directoire en une instance consultative formelle, qui fonctionne avec des règles de quorum, des comptes rendus, des scrutins où chacun compte ses voix, alors que ce doit être une instance de discussion collégiale opérationnelle, s'inspirant des actuels conseils exécutifs, qui fonctionnent très bien.

Dans le cheminement qui nous a amenés à ce texte, personne n'a imaginé qu'il en soit autrement.

Les règles de fonctionnement du directoire doivent faciliter les échanges nécessaires pour prendre en compte les différents points de vue. L'expression de ces points de vue est indispensable au vu de l'originalité de la structure hospitalière, mais le formalisme doit être proportionné.

Je le concède bien volontiers, la rédaction initiale du Gouvernement, indiquant « après consultation », n'évitait pas non plus cet écueil. Elle assurait l'aspect collégial, mais ne garantissait pas non plus la recherche d'un consensus positif.

C'est pourquoi nous avons besoin d'une formulation plus satisfaisante.

L'amendement que je vous propose, de nature technique, permet de lever une ambiguïté. Il substitue un terme à un autre, tout en conservant, comme vous l'avez souhaité, le principe d'un travail en pleine collégialité au sein du directoire. La rédaction que je vous propose est donc en parfaite cohérence avec les souhaits exprimés par les deux assemblées.

Ayant ainsi anticipé, je considérerai, monsieur le président, avoir défendu cet amendement.

Au final, ce texte consacre une réforme indispensable, adaptée aux besoins et aux attentes des Français et destinée à accompagner notre société dans les défis qui sont les siens.

Pour tout ce qu'il apportera à nos concitoyens, nous pouvons être collectivement fiers de ce projet de loi.

Encore merci à toutes et à tous! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. Dans la suite de la discussion générale, la parole est à M. Guy Fischer.

M. Jean Desessard. Notre collègue va-t-il nous remercier?

M. Guy Fischer. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, au terme de quatre semaines de débats en séance publique, je ne vous surprendrai pas en réaffirmant devant vous, aujourd'hui, que les sénatrices et les sénateurs du groupe CRC-SPG voteront contre ce projet de loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Quelle déception! (*Sourires sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Guy Fischer. Permettez-moi tout de même, avant d'en venir au fond de notre opposition, de dire quelques mots des conditions dans lesquelles ce texte a été travaillé en commission et sur la manière dont il a été débattu en séance publique.

Ce projet de loi était véritablement le premier à être discuté sous les auspices de la nouvelle procédure, destinée, selon les dires de ses défenseurs, à renforcer le rôle des parlementaires.

Toutefois, en lieu et place d'un tel renforcement, nous avons assisté, au contraire, à une forme d'amenuisement des droits des parlementaires, notamment en raison des délais trop courts pour le dépôt des amendements.

Par ailleurs, je regrette qu'en réponse aux amendements que nous avons défendus en séance publique le rapporteur ait eu trop souvent recours, comme seule explication quant à sa position, à une formule renvoyant les parlementaires et ceux qui suivaient les débats aux décisions prises préalablement en commission des affaires sociales.

Cette réponse n'est pas satisfaisante dans la mesure où, contrairement aux séances publiques, les débats en commission ne font pas l'objet d'une publicité complète.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Oh!

M. Guy Fischer. Eh oui, monsieur le président de la commission!

Nous ne saurions trop conseiller aux futurs rapporteurs de ne plus recourir à une telle formule, au risque de voir les parlementaires, notamment ceux de l'opposition, délaisser le travail en commission pour se consacrer à la séance publique, ce qui me semble être contraire aux objectifs de la réforme constitutionnelle et réglementaire.

Par ailleurs, si le Gouvernement dispose bien de la faculté de déposer des amendements à tout moment au cours de nos débats, nous préférierions qu'il en use avec parcimonie. Les délais entre la date limite de dépôt des amendements et l'examen par le Sénat de ceux-ci en séance publique laissent au Gouvernement tout loisir de déposer les amendements qu'il estime nécessaires.

Permettez-moi maintenant d'en venir au fond.

Au début de nos travaux, mon ami François Autain annonçait qu'avec cette réforme tout convergerait vers la privatisation du service public hospitalier.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ah bon!

M. Guy Fischer. Après la réunion de la commission mixte paritaire, je ne puis que confirmer ces propos.

En effet, dès le premier titre de ce projet de loi, dès son article 1^{er} même, le ton est donné: vous procédez à l'emblématique suppression de la notion de « service public hospitalier » et divisez la mission qui était la sienne en treize missions distinctes et séparées, permettant aux établissements de santé privés commerciaux de choisir les plus rentables.

Aujourd'hui déjà, plus de 60 % des actes de chirurgie sont réalisés par le privé commercial. À n'en pas douter, cette proportion aura, pour les opérations les plus rentables, tendance à s'accroître. Quant aux missions les moins rentables, du moins, en apparence, comme l'accueil d'urgence des patients, elles serviront certainement pour le privé commercial, comme nous l'avons déjà dénoncé dans nos débats, d'« aspirateurs à patientelles ». (*M. le président de la commission des affaires sociales le conteste.*)

Pour nous, cette division en treize missions est profondément contraire à l'esprit de la Constitution et, notamment, de son préambule. Elle desservira les intérêts des patients, notamment des plus démunis, tout en renforçant le poids des établissements de santé privés commerciaux.

Nous entendons également rappeler notre opposition à la possibilité offerte dans ce projet de loi aux établissements de santé privés commerciaux d'ouvrir des centres de santé.

Cette mesure constitue, là encore, un outil nouveau offert au secteur commercial, lui permettant d'attirer dans ses établissements des patients qui se seraient naturellement

dirigés vers les établissements de santé publics, et ce d'autant plus que vous avez refusé notre amendement visant à préciser que les patients accueillis dans des centres de santé gérés par des établissements de santé privés lucratifs bénéficient, dès lors qu'ils poursuivent les soins dans la clinique gestionnaire, d'une tarification sans dépassement.

De la même manière, vous avez refusé notre amendement visant à sanctionner spécifiquement les personnes physiques et les établissements de santé privés commerciaux qui, bien que chargés de missions de service public de santé, ne respecteraient pas les tarifs définis dans le code de la sécurité sociale pour les établissements publics de santé.

Comme les nombreux partenaires que nous avons rencontrés durant et après nos débats de première lecture nous l'ont confirmé – notre groupe a en effet pris l'initiative, en conclusion de nos travaux, de réunir au Sénat près d'une centaine de participants –, tout cela nous donne l'impression que ce texte, s'il est adopté, ce qui sera sans doute chose faite dans quelques minutes, permettra au secteur privé lucratif de venir concurrencer le secteur public.

Cette concurrence sera d'autant plus importante qu'elle portera sur les missions les plus rentables. Or, en raison de l'application de la tarification à l'activité, la T2A, contre laquelle seul notre groupe a voté, cette opération de transfert d'actes et, donc, de ressources aura pour effet d'appauvrir encore plus les établissements publics de santé. Cela vous permettra, demain, d'arguer de cette absence de rentabilité pour imposer, contre les intérêts des patients et de leurs familles, la fusion, voire la fermeture d'un certain nombre de ces établissements.

Personne n'en a parlé jusqu'à présent, mais l'enjeu est de taille, puisque deux cents à trois cents établissements hospitaliers de proximité sont concernés.

Madame la ministre, vous organisez la concurrence des services publics, dans le seul but de les fragiliser encore un peu plus !

Nous nous opposons de même à la disposition permettant à des non-fonctionnaires de diriger des établissements publics de santé. Nous avons bien compris, madame la ministre, qu'en agissant de la sorte vous entendez permettre l'émergence, dans les hôpitaux, d'une culture différente. C'en est fini de la culture de santé publique, de la culture de service public, aujourd'hui en place, et ce au bénéfice d'une nouvelle culture d'entreprise, d'où la nécessité d'imposer un directeur-manager à un hôpital-entreprise.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est reparti !

M. Guy Fischer. Non, madame la ministre, cela continue ! *(Sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et le « super-préfet sanitaire », monsieur Fischer ?

M. Guy Fischer. Il arrive ! *(Nouveaux sourires.)*

M. Charles Revet. Belle constance !

M. Guy Fischer. Il en faut, en politique, mon cher collègue !

Madame la ministre, durant nos débats, nous vous avons interrogée sur les compétences nouvelles que vous espérez réunir en autorisant des non-fonctionnaires à diriger des hôpitaux. Vous ne nous avez jamais répondu, et nous le regrettons.

Mme Annie David. Eh oui !

M. Guy Fischer. Si nous ignorons tout de ces nouvelles compétences, nous savons celles qui seront malheureusement perdues, au premier rang desquelles figurent les compétences en santé publique.

Sans doute les directeurs non fonctionnaires seront-ils plus sensibles que les directeurs fonctionnaires, qui se font une certaine idée de leurs missions, aux exigences de rentabilité et aux nouvelles contraintes financières que vous entendez imposer aux établissements publics de santé.

Cette décision s'inscrit, par ailleurs, dans un plan de plus grande ampleur de démantèlement de la fonction publique hospitalière : c'est le prélude à une opération encore plus vaste et dangereuse de privatisation des missions de service public, à l'exception de quelques rares missions régaliennes, comme la sécurité, l'armée et la justice, mais c'est un autre débat...

Je ne puis que dénoncer l'amendement déposé et adopté en commission mixte paritaire visant à assouplir encore plus cette mesure. Demain, les directeurs non fonctionnaires des établissements publics de santé n'auront plus, contrairement à ce que nous avions défendu ici, à recevoir une formation complémentaire de l'École des hautes études en santé publique.

Mme Annie David. Ce seront désormais des gestionnaires !

M. Guy Fischer. Il leur suffira de recevoir une formation de la part d'un « organisme compétent ». Cette formulation ambiguë inquiète et participe, à sa manière, un peu plus encore au démantèlement du service public de santé.

Mme Annie David. C'est la casse du service public !

M. Guy Fischer. Par ailleurs, nous continuons à nous opposer à la création des groupements de coopération sanitaire, permettant la participation indistincte des établissements de santé privés commerciaux, des établissements d'intérêt collectif et des hôpitaux dans une même structure. Cela aura pour conséquence de nourrir la confusion auprès des usagers et permettra, encore une fois, une dilution des missions de service public.

Madame la ministre, mes chers collègues, voilà un dispositif qui me paraît juridiquement incertain. Il serait en outre très difficile à mettre en œuvre, d'autant que les principaux partenaires concernés, la FEHAP, la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif, et la FHF, la Fédération hospitalière de France, annoncent ne pas vouloir y participer.

Cette privatisation du service public hospitalier en treize missions correspond à une exigence permanente de la droite la plus libérale de France et d'Europe, qui n'a de cesse de réduire les dépenses publiques, un objectif qui ne souffre aucune contradiction, y compris au regard du critère le plus fondamental, celui de la pertinence de cette politique par rapport aux intérêts de la population. Qu'il nous soit pourtant permis de douter !

En France, cette politique porte un nom : la révision générale des politiques publiques, la fameuse RGGP, au nom de laquelle 36 000 postes de fonctionnaire seront supprimés l'année prochaine.

Mme Annie David. Absolument !

M. Guy Fischer. Les agences régionales de santé, dont les directeurs s'apparentent à de véritables super-préfets sanitaires, ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les voilà ! *(Sourires.)*

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Eh oui, comme prévu ! (*Nouveaux sourires.*)

M. Guy Fischer. ... sont les instruments de cette politique de rigueur.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Les superpréfets sanitaires, les privatisations...

M. Guy Fischer. Vous ne m'empêchez pas de m'exprimer, monsieur le président de la commission des affaires sociales !

M. Jean Desessard. Ne vous laissez pas faire par les Versaillais, monsieur Fischer ! (*Rires.*)

M. Guy Fischer. Merci de votre soutien, mon cher collègue !

Pour preuve de cette politique, je relève la possibilité offerte par la loi à ces directeurs de placer seuls, sans avoir à se concerter avec les partenaires sociaux ou les élus locaux, les établissements publics de santé déficitaires sous administration provisoire, c'est-à-dire sous tutelle.

Mme Annie David. Exactement !

M. Guy Fischer. Cette procédure, on le comprend, n'aura pour seul objectif que le retour à l'équilibre.

Nous persistons à l'affirmer, les déficits que subissent les hôpitaux ne sont pas exclusivement le fait d'une mauvaise gestion de la part de leurs directeurs, mais ils résultent d'un double mouvement, la convergence public-privé et le paiement à l'acte, qui a pour conséquence d'appauvrir les hôpitaux en les privant des ressources nécessaires à l'exercice de leurs missions.

M. Alain Vasselle. Allons bon !

Mme Annie David. Mais oui !

M. Guy Fischer. Il s'agit, madame la ministre, d'une divergence de fond entre nous. À nos yeux, certaines missions de service public, notamment dans le domaine de la santé, ne peuvent, par nature, être rentables. La santé ne sera jamais, contrairement aux rêves de certains, une marchandise !

L'hôpital public souffre, en fait, de son sous-financement.

De la même manière, nous entendons dénoncer l'adoption d'une disposition par le Sénat, confirmée en commission mixte paritaire, autorisant les directeurs d'ARS à exiger des directeurs des établissements publics de santé qu'ils opèrent, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, de très nombreuses suppressions de postes.

La généralisation de ces plans de retour à l'équilibre est en marche !

Voilà la preuve de ce que nous avons dénoncé durant nos débats : ce projet de loi ouvre la voie à un large plan social à l'hôpital, pouvant se concrétiser, selon les estimations de la Fédération hospitalière de France, par la suppression de 20 000 emplois à terme. Bien sûr, celle-ci ne sera pas régulière, mais chaque année apportera son lot de postes supprimés !

Le mouvement, madame la ministre, est amorcé. Je ne reprendrai pas, comme j'ai pu le faire dans nos débats, la longue liste des hôpitaux qui procèdent déjà aujourd'hui à de telles suppressions, notamment par le biais du non-remplacement des départs à la retraite, mais il ne fait de doute pour personne que, demain, pour satisfaire à l'exigence présidentielle du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite, ce mouvement aura tendance à s'accélérer.

Pourtant, nos concitoyens, qui sont les usagers des hôpitaux, dénoncent précisément le manque de moyens, y compris en termes de personnels, et, de leur côté, les personnels, notamment paramédicaux, dénoncent des conditions de travail insoutenables. Dans ce contexte, il n'est pas acceptable d'ajouter de la pénurie à la pénurie.

De plus, concernant les questions salariales, nous entendons nous opposer à l'amendement adopté en commission mixte paritaire et tendant à autoriser le transfert automatique, au sein d'une même communauté hospitalière de territoire, des personnels d'un établissement public de santé vers un autre établissement.

Cette automaticité, à la place du volontariat que la Haute Assemblée avait instauré, est, pour notre groupe, la démonstration que la CHT sera, demain, un outil supplémentaire de réduction des dépenses et de concentration des structures, au détriment des établissements jugés par les pouvoirs publics trop petits et pas assez rentables.

Cela nous renvoie aux débats que nous avons eus en séance publique sur le caractère contraignant de la participation à une communauté hospitalière de territoire ou à un groupement de coopération sanitaire, puisque le directeur général de l'agence régionale de santé pourra décider, demain, de sanctionner financièrement les établissements qui refuseraient d'y participer.

Avec ces dispositions, madame la ministre, tout est fait pour redessiner une nouvelle carte sanitaire, une nouvelle carte hospitalière, au détriment des besoins des populations, mais une carte conforme aux exigences de rentabilité et de réduction des dépenses publiques chères à votre gouvernement.

Pour permettre l'application de cette politique de rigueur, vous aviez besoin d'un outil administratif et politique de circonstance. Avec la création des agences régionales de santé, c'est chose faite, puisque vous instaurez de véritables superpréfets sanitaires qui se substitueront, demain, aux représentants des collectivités territoriales, lesquels tirent pourtant toute leur légitimité du suffrage universel.

M. Jean-Pierre Godefroy. Très bien !

M. Guy Fischer. Aussi, je ne peux que dénoncer ici l'adoption en commission mixte paritaire, avec l'avis favorable de notre rapporteur, d'un amendement visant à autoriser la présidence du conseil de surveillance des établissements publics de santé par des membres du troisième collège, c'est-à-dire des personnes qualifiées, là où précisément le Sénat, représentant les territoires et les collectivités locales, avait fait le choix d'une présidence par un élu.

Je ne reviendrai pas longuement sur notre opposition fondamentale à la substitution des conseils d'administrations par les conseils de surveillance, dont les compétences et les missions sont réduites au simple contrôle, sinon pour redire combien nous sommes opposés à cette conception issue du secteur privé commercial, qui prive les personnels non médicaux, notamment administratifs et ouvriers, d'une véritable participation à la direction des établissements de santé dans lesquels ils œuvrent.

À notre sens, précisément parce que les hôpitaux de France ne sont pas des entreprises comme les autres, il est impératif, pour qu'ils assurent leurs missions particulières, d'associer à leur direction toutes celles et tous ceux qui, au quotidien, font la qualité et la réussite d'établissements dont la renommée est mondiale.

Mais, à une loi d'association des personnels et des compétences, vous avez préféré une loi d'opposition, d'exclusion et de cloisonnement.

S'il s'agit d'une loi de méfiance à l'égard des personnels des établissements publics de santé - cela va très loin, puisque le conseil de surveillance n'aura même pas à se prononcer sur le budget de l'établissement -, elle est également une loi de défiance à l'encontre des élus locaux et des représentants des collectivités territoriales. La présidence des conseils de surveillance des futures agences régionales de santé ne peut nous satisfaire.

En autorisant cette présidence par des personnalités qualifiées, toutes désignées directement ou indirectement par le Gouvernement, qu'il s'agisse des nominations par les directeurs des ARS, eux-mêmes nommés par le ministre chargé de la santé, ou de celles qui sont le fait des préfets de région, nommés par le Gouvernement, vous témoignez d'une défiance sans précédent à l'encontre des élus locaux et des représentants des collectivités territoriales.

Mme Annie David. Eh oui !

M. Guy Fischer. Ceux-ci participent pourtant pleinement, particulièrement dans le domaine médico-social, au financement des opérations menées dans les régions et les départements.

En réalité, pour éviter toute contestation, notamment sur la faiblesse des financements et sur les fermetures d'établissements à venir, vous avez préféré faire taire la contestation. Le schéma que vous avez retenu est, il faut le dire, contraire à l'esprit que nous nous faisons de la démocratie sanitaire.

Vous préférez, pour museler les oppositions, organiser le contrôle de l'État par l'État, ce qui, madame la ministre, n'est pas à la hauteur des enjeux.

Nous entendons également dénoncer avec force la conception même des missions confiées aux ARS.

Vous avez clairement affirmé votre volonté de faire des agences régionales de santé les acteurs clés de la dépense publique en santé, puisqu'elles seront, de votre aveu même, un nouvel opérateur de la gestion du risque « santé ».

Cela témoigne de la volonté du Gouvernement de peser directement sur la dépense publique, sur la dépense sociale, plus particulièrement sur la dépense hospitalière, cette dernière étant considérée comme la plus importante. Nous avons d'ailleurs entendu mille fois M. Vasselle dire que le déficit de l'assurance maladie était constitué au moins pour moitié par les dépenses hospitalières, et qu'il fallait donc contraindre ces dernières.

Cette analyse méconnaît à notre avis la réalité des faits, qui se traduit par une explosion continue des dépenses de soins de ville. Mais, plus grave encore, elle suppose une véritable reprise en main des dépenses de santé par l'État, rompant ainsi avec l'esprit du programme du Conseil national de la Résistance, dans le seul objectif de permettre au Gouvernement de peser sur les dépenses publiques. Et pourtant, le Président de la République utilise le Conseil national de la Résistance dans ses discours politiques... Je tiens à manifester, à cet égard, notre total désaccord !

Nous considérons qu'il y avait d'autres solutions.

M. Alain Vasselle. Ah !

M. Guy Fischer. Nous aurions préféré que le Gouvernement, en lieu et place d'une action portant sur les dépenses, assure les ressources nécessaires au financement de

notre protection sociale, notamment en renonçant, comme le suggère chaque année la Cour des comptes lors de l'examen par le Parlement du projet de loi de financement de la sécurité sociale, aux quelque 42 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales consenties en 2009 aux entreprises de notre pays.

M. Alain Vasselle. Et aux salariés aussi !

M. Guy Fischer. Mais ce sont surtout les patrons qui encaissent, monsieur Vasselle !

Les salariés ne voient pas leurs fiches de paie augmenter. Au contraire, elles diminuent ! Nous assistons, depuis quelques années, à un écrasement des salaires et des retraites. Voilà la vérité ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.* – *M. Jacques Mézard applaudit également*)

Nous considérons par ailleurs que, contrairement à ce qu'indique l'intitulé du titre II, ce texte ne sera pas de nature à garantir l'« accès de tous à des soins de qualité ».

Nous avons présenté, au cours de nos débats, de très nombreux amendements destinés à résorber deux phénomènes ayant indéniablement une incidence sur l'accès de tous aux soins : les déserts médicaux et les dépassements d'honoraires.

La majorité du Sénat, soutenue par le Gouvernement, a malheureusement refusé tous nos amendements visant à résorber les déserts médicaux, c'est-à-dire les zones géographiques dans lesquelles l'accès aux soins est devenu compliqué ou impossible en raison d'un déficit d'installation des professionnels de santé. Pourtant, et nous l'avons tous dénoncé, la situation est des plus paradoxales : jamais le nombre de professionnels de santé n'a été aussi important et jamais l'accès aux soins n'a été aussi difficile. Pour notre part, nous avons défendu l'idée, présente dans les politiques menées en Allemagne, en Autriche ou au Québec, d'un aménagement de la notion de « liberté d'installation », afin que celle-ci ne soit pas en contradiction avec les intérêts des populations.

Vous avez écarté toutes ces pistes, madame la ministre, renonçant ainsi à garantir le droit fondamental de tous nos concitoyens à l'accès aux soins. Le gouvernement auquel vous appartenez aura, pour l'avenir, la lourde tâche d'assumer cette posture de renoncement et devra s'en expliquer un jour ou l'autre devant nos concitoyens qui, dans les zones de montagne – n'est-ce pas, Annie David ? –, de campagne ou dans les quartiers populaires, n'ont plus, ou ont difficilement, accès aux soins.

Je regrette à cet égard l'adoption en commission mixte paritaire d'un amendement supprimant la disposition, votée par le Sénat sur l'initiative de mon amie Annie David, qui visait à préciser que le comité de massif était tenu informé de la situation de la démographie médicale dans les territoires qui le concernent.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Parce qu'il le sera !

M. Guy Fischer. Cette volonté de ne plus informer les comités de massif est une preuve supplémentaire de votre conception des contre-pouvoirs. Je regrette d'autant plus la suppression de cette disposition qu'elle répondait à une demande forte de l'Association nationale des élus de la montagne, l'ANEM, à laquelle participent des représentants des communes de toutes les sensibilités politiques.

Mme Annie David. Eh oui !

M. Guy Fischer. De la même manière, je regrette le refus de la majorité et du Gouvernement de légiférer, dans le cadre de ce projet de loi, sur les dépassements d'honoraires qui constituent, nous le savons bien, une entrave particulièrement importante à l'accès aux soins.

Je ne reviendrai pas, afin de ne pas alourdir mon propos, sur les résultats du grand *testing* mené par les associations de malades concernant l'accès aux soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle, la CMU, ou de l'aide médicale de l'État, l'AME. Ces résultats montrent à ceux qui pouvaient en douter que, contrairement à ce qu'édictent nos grands principes républicains, la discrimination en matière d'accès aux soins est également fondée sur les ressources financières de nos concitoyens, soit que certains praticiens refusent de soigner les plus pauvres, soit que ces derniers renoncent d'eux-mêmes, en raison de l'absence de professionnels pratiquant des tarifs opposables, à consulter un médecin, *a fortiori* un spécialiste. Les patients sont d'ores et déjà de plus en plus nombreux à opérer des choix entre les soins qui sont urgents et ceux qui peuvent attendre: la faute en revient aux franchises médicales et à la crise économique qui frappe nos concitoyens les plus pauvres de manière particulièrement aiguë et se traduit, par exemple, par un grand mouvement de démutualisation.

J'ai bien noté, madame la ministre, la timide avancée résultant de l'adoption en commission mixte paritaire d'un amendement relatif au secteur optionnel. Mais cet amendement est trop timoré pour avoir des effets suffisants et réels. En outre, il présente l'inconvénient majeur de renvoyer l'action non pas à la discussion parlementaire, mais au secret de l'élaboration du décret ou au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

J'aurai, à ce sujet, une suggestion à vous faire.

M. Alain Vasselle. Ah !

M. Guy Fischer. Depuis plusieurs années, il est devenu de coutume que le projet de loi de financement de la sécurité sociale soit l'occasion d'un débat particulier. En 2008, nous avons ainsi discuté de l'hôpital. Compte tenu de l'intérêt des Françaises et des Français mais aussi des sénatrices et des sénateurs pour ce sujet, je vous propose de consacrer le débat à venir à la question des dépassements d'honoraires et de laisser les parlementaires, qui ont fait preuve durant nos travaux de beaucoup d'imagination, libres d'agir par voie d'amendements.

Vous pouvez compter sur les sénatrices et les sénateurs du groupe CRC-SPG pour défendre une nouvelle fois les amendements qui leur sont chers, comme ceux qui sont relatifs au *testing*, à l'inversion de la charge de la preuve et à l'interdiction d'installation des professionnels en secteur 2 dans les zones sous-denses, toutes mesures qui, selon nous, sont nécessaires et urgentes.

Par ailleurs, je tiens à rappeler, en accord avec mon amie Isabelle Pasquet, l'opposition du groupe CRC-SPG à la suppression des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, les CROSMS, et à leur remplacement par une procédure d'appels à projets. Ce mécanisme, inspiré du secteur privé commercial, nous semble totalement contraire à l'histoire du mouvement médico-social qui fait sa force aujourd'hui. Comme nous l'avons dit au cours de nos débats, nous ne sommes pas opposés à une certaine forme de décentralisation, mais nous souhaitons que cette dernière soit

plus solidaire. Nous voulons faire vivre une véritable démocratie sanitaire, renforcée par rapport à la situation actuelle.

La suppression de la consultation des CROSMS sur les schémas départementaux revient en réalité à se priver de compétences, de savoir-faire, d'analyses diverses et complémentaires, alors même que ces schémas, arrêtés tous les cinq ans, revêtent une grande importance pour les personnes en situation de dépendance et de handicap et pour leurs familles. Nous regrettons d'autant plus cette mesure que la consultation des CROSMS aurait permis de confronter les différents schémas départementaux au niveau régional, considéré dans le projet de loi comme pertinent, dans un souci de solidarité et d'équité territoriale.

Nous craignons également, d'une part, que cette suppression ne se traduise par la création d'une concurrence entre les établissements et, d'autre part, que ce choix ne privilégie la plupart du temps le « moins-disant » économique au détriment du « mieux-disant » social. Cela reviendrait en effet à ouvrir un boulevard aux établissements privés.

Comme les associations concernées, je crains que la réponse à un cahier des charges préétabli, en privilégiant un processus uniforme du haut vers le bas par rapport à un processus partant du terrain, ne favorise les grands opérateurs et des projets trop « formatés » au détriment des projets innovants. Or c'est bien d'innovation, puisée dans sa longue expérience, que le secteur médico-social fait preuve depuis cinquante ans ! Comment peut-on le déposséder ainsi de sa capacité à inventer au plus près des besoins des personnes handicapées ? Ce n'est pas la mise en place d'un cahier des charges allégé pour les projets à caractère expérimental ou innovant qui va leur rendre l'initiative, surtout lorsqu'il n'y a plus de secrétaire d'État chargé des personnes handicapées ! Dans tous les cas, il s'agira avant tout de garantir une mise en concurrence qui sera, à n'en pas douter, contraire aux intérêts des personnes concernées. Croyez-moi, le reste à charge sera d'autant plus important pour les familles !

Avant de conclure cette longue intervention, qui témoigne de la richesse de nos travaux et de l'ampleur des différences qui nous opposent, j'aborderai deux dispositions qui nous inquiètent.

Tout d'abord, avec mon amie Nicole Borvo Cohen-Seat, j'entends réaffirmer l'opposition du groupe CRC-SPG à la suppression du statut particulier de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, l'AP-HP. Cette suppression témoigne, là encore, de la volonté de reprendre en main l'organisation hospitalière dans son ensemble ; elle aura pour conséquence de mettre à mal l'unicité de l'AP-HP, qui faisait pourtant la spécificité de cette dernière et a permis jusqu'à aujourd'hui une prise en charge des populations les plus diverses vivant en région parisienne, tout en permettant à l'hôpital public, au travers des hôpitaux de la région parisienne, d'être à la pointe de la recherche médicale mondiale. Ce démantèlement inquiète les personnels de l'AP-HP, y compris les directeurs de service, réunis voilà peu en assemblée générale à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. Ils nous ont fait part de leurs inquiétudes : ils craignent la casse d'un outil formidable composé de trente-sept établissements, actuellement au service des populations.

Je ne perds pas de vue que, dans des territoires désertés par la médecine de ville pour cause de rentabilité insuffisante, l'offre publique est la seule structure à accueillir les patients. Je tiens à dire aux personnels de l'AP-HP que nous sommes à

leurs côtés et qu'ils pourront compter sur nous pour défendre partout le modèle public, seul garant du droit de tous à accéder, sans distinction de ressources, d'origines ou de pathologies, à des soins de grande qualité.

Enfin, je veux dénoncer ici l'amendement adopté en commission mixte paritaire supprimant la disposition, introduite à l'unanimité par le Sénat, instituant l'accès direct aux gynécologues médicaux sans pénalité financière. C'est un mauvais signal envoyé aux femmes de notre pays, particulièrement aux plus jeunes d'entre elles qui pourraient ne plus recourir à cette spécialité. Cette décision est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit dans un contexte de pénurie grandissante des gynécologues obstétriciens, qui constitue un véritable risque pour la santé des femmes.

Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je vous remercie pour votre écoute attentive. En l'état actuel de ce projet de loi, particulièrement après son passage en commission mixte paritaire, le groupe CRC-SPG votera résolument contre. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

(*M. Roland du Luart remplace M. Gérard Larcher au fauteuil de la présidence.*)

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART vice-président

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Jean-Pierre Godefroy. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, nous voici donc parvenus au terme de la procédure législative d'examen de ce projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Cette procédure a été particulièrement longue : quatre semaines de débat, une centaine d'heures de séance publique, un rapport de commission mixte paritaire record de 450 pages et, pour la commission des affaires sociales, son président, son rapporteur et ses collaborateurs, près de six mois de travail...

Avant d'entrer dans le détail du texte de la commission mixte paritaire, je souhaite revenir sur la façon dont mes collègues du groupe socialiste et moi-même avons abordé l'examen de ce texte.

Chaque année, notre pays consacre près de 200 milliards d'euros aux dépenses de santé. Si ce système est l'un des plus coûteux au monde, c'est aussi et surtout l'un des plus performants. Pourtant, les dysfonctionnements sont de plus en plus nombreux : engorgement des urgences, allongement des délais de rendez-vous, complexification du parcours de santé, difficultés à assurer la permanence des soins, augmentation du taux de retour des personnes soignées, crise des vocations, déserts médicaux, etc. Notre système de santé est en fait fragile, même si nos concitoyens reconnaissent à juste titre la qualité des soins qui leur sont prodigués ainsi que la valeur des personnels soignants.

Une réforme s'imposait donc. C'est bien l'un des seuls points sur lesquels nous aurons été vraiment en accord.

Mais au lieu de conforter notre modèle de solidarité sociale, de garantir l'accès de tous, dans tous les territoires, à des soins de qualité et de promouvoir l'efficacité de notre système

d'organisation des soins, ce projet de loi met en place, en fait, le démantèlement du service public hospitalier et la privatisation de notre système de santé.

Dans votre texte, madame la ministre, il y a d'ailleurs non plus des « hôpitaux publics », mais des « établissements de santé », ce qui n'est pas neutre.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Mais avec des missions de service public !

M. Jean-Pierre Godefroy. Je vais y venir !

C'est pourquoi, tout au long de ce débat, nous nous sommes efforcés de dénoncer les aspects dangereux de ce texte, mais, surtout, nous nous sommes attachés à défendre une autre vision de la modernisation de notre système de santé. Pour nous, cela passe par une politique hospitalière volontariste et ambitieuse, une vaste réorganisation de la médecine de ville et un pilotage régional s'appuyant sur un renforcement de la démocratie sanitaire et sociale.

Au lieu de cela, votre projet de loi, madame la ministre, affaiblit l'hôpital public, laisse la médecine de ville à ses dysfonctionnements et à ses dérives et met en place un pilotage centralisé et autoritaire qui ne laisse que bien peu de place à la démocratie sanitaire pourtant essentielle.

Ces dernières semaines, le débat s'est largement focalisé sur la réforme hospitalière. C'est en effet un aspect important du texte sur lequel nous sommes en profond désaccord avec votre logique.

C'est pourquoi nous avons insisté sur quatre points fondamentaux.

Premièrement, nous avons affirmé notre refus du morcellement des missions de service public : en confiant à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, la possibilité d'assurer tout ou partie des missions de service public, le texte ouvre la porte à un service public à la carte où les cliniques privées pourront choisir les missions les plus lucratives et laisser aux hôpitaux publics le soin d'assumer les missions les plus délicates et les plus coûteuses, comme l'aide médicale d'urgence ou encore la lutte contre l'exclusion sociale. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Deuxièmement, il nous paraît nécessaire de donner à l'hôpital public des moyens à la hauteur de ses besoins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Nous avons les dépenses hospitalières les plus élevées du monde !

M. Jean-Pierre Godefroy. Depuis de trop nombreuses années, l'hôpital est sous-financé et reçoit des moyens inférieurs à ses besoins minimaux de fonctionnement. De nombreux projets d'investissements sont gelés ; l'hôpital se paupérise et perd les moyens de répondre aux défis de la médecine de demain. En programmant ainsi son étranglement, comme vous le faites, dans le droit fil de vos prédécesseurs, année après année, budget après budget, c'est bien la fin de l'hôpital public que vous préparez !

Troisièmement, il est nécessaire, selon nous, de revoir les modalités d'application de la tarification à l'activité, la T2A, et d'abandonner l'objectif de convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques privées, négation de la spécificité des missions de l'hôpital public, lequel ne choisit ni ses patients ni les pathologies qu'il traite. Madame la ministre, vous avez annoncé le report concernant la convergence. Si c'est une bonne chose, ce n'est cependant pas suffisant. Quant à la tarification à l'activité, vous nous avez renvoyés au PLFSS.

Nous verrons ce qu'il en sera ! En tout état de cause, il est bien évident que le maintien à 100 % de la tarification à l'activité signe véritablement l'arrêt de mort des hôpitaux publics !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comment expliquez-vous que 60 % soient en excédent budgétaire, alors ?

M. Jean-Pierre Godefroy. Quatrièmement, nous refusons cette énième réforme de la gouvernance, qui calque la gestion des hôpitaux sur celle des établissements privés...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Oh, non !

M. Jean-Pierre Godefroy. ... autour d'un « patron » appelé avant tout à être un gestionnaire financier, aux ordres de l'État, sans véritable association des équipes soignantes et en négligeant le rôle des élus locaux.

Sur ce premier volet du texte, la CMP n'a pas permis d'inverser la tendance. Au contraire, elle est même revenue sur deux points essentiels adoptés par le Sénat.

Elle a d'abord fait marche arrière sur la présidence du conseil de surveillance des établissements : après d'âpres débats avec le Gouvernement, le Sénat avait voté un amendement de notre collègue Jean-Pierre Chevènement, qui permettait de confier cette présidence à un élu local, traduisant ainsi son attachement traditionnel aux pouvoirs des collectivités territoriales.

Mais la CMP a décidé de revenir au texte initial et de permettre de confier cette présidence à une personnalité qualifiée, nommée par le représentant de l'État – directeur de l'ARS ou préfet.

Nous l'avons déjà dit, selon nous, l'absence de fondement démocratique à la nomination des personnalités qualifiées ne permet pas à ces dernières de se substituer à des élus pour la présidence du conseil de surveillance. Nous ne comprenons pas cette défiance envers les élus, si ce n'est pour renforcer la tutelle déjà très stricte mise en place par le texte.

M. Guy Fischer. Voilà la vérité !

M. Jean-Pierre Godefroy. Ouvrir un processus de concurrence électorale au sein des conseils de surveillance nous semble périlleux pour l'avenir, madame la ministre !

La CMP a ensuite considérablement affaibli la portée du dispositif de non-concurrence que le Sénat avait introduit au profit du secteur hospitalier. Certes, l'article n'a pas été purement et simplement supprimé, comme vous en aviez l'intention initiale, monsieur le rapporteur ; mais l'adoption d'un amendement Léonetti ajoutant un délai de cinq ans à la date d'obtention du statut de praticien hospitalier rend *de facto* cette clause de non-concurrence quasiment inapplicable.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est sage !

M. Jean-Pierre Godefroy. C'est particulièrement dommage alors que le secteur privé, lui, sait parfaitement faire jouer ce type de clause.

M. Guy Fischer. Voilà ! C'est la vérité !

M. Jean-Pierre Godefroy. Là encore, vous mettez les hôpitaux publics en déséquilibre de concurrence avec le secteur privé.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. Jean-Pierre Godefroy. S'agissant de la médecine de ville, comment ne pas voir et dénoncer le contenu notoirement insuffisant des dispositions prévues par rapport à l'objectif fondamental, qui doit être celui de l'égal accès aux soins ? C'est pourquoi nous avons insisté sur une triple nécessité.

Tout d'abord, il faut améliorer la répartition des médecins sur le territoire : le problème est urgent, mais le texte renvoie la solution à plus tard ; la régionalisation du *numerus clausus* ne produira aucun effet avant une dizaine d'années, si tant est que cela puisse produire un effet.

Quant au contrat santé-solidarité, il ne pourra pas s'appliquer avant 2013. Nous en sommes persuadés, il est aujourd'hui nécessaire d'aller plus loin et de freiner les installations dans les zones excédentaires. Je l'ai déjà dit et je le redis : d'autres professionnels, comme les infirmiers, ont montré l'exemple, sans drame, en suivant une démarche conventionnelle et en subordonnant les installations aux départs dans les zones trop denses. Ce n'est pas dramatique !

Aujourd'hui, les médecins ne peuvent pas rester à l'écart d'une réflexion. Une régulation est indispensable. Au tout début de l'examen du texte, vous aviez l'intention de bouger les lignes, madame la ministre. Vous avez malheureusement dû y renoncer. C'est dommage ! Il faut absolument que les médecins comprennent qu'ils ne peuvent camper sur un refus total d'aménagement du droit d'installation !

Ensuite, il importe de lutter contre les refus de soins : aujourd'hui, en France, des citoyens ne peuvent plus se soigner en raison de leur appartenance sociale. Ces discriminations vont à l'encontre des préceptes fondateurs de la République !

Et pourtant, il ne reste rien des mesures initialement prévues pour protéger les usagers contre ces refus de soins : renversement de la charge de la preuve, *testing*, aggravation des sanctions... Rien n'a trouvé grâce aux yeux de la majorité, qui a choisi de privilégier l'intérêt des médecins par rapport à celui des patients. L'idée émise par mon collègue Guy Fischer d'un débat sur ce sujet lors de l'examen du PLFSS me semble, vu l'urgence, tout à fait pertinente.

Enfin, il faut mettre un frein aux dépassements d'honoraires,...

Mme Gisèle Printz. Ah oui !

M. Jean-Pierre Godefroy. ... qui excluent de plus en plus de concitoyens de l'accès aux soins : sans mesure ni contrôle, ces derniers relèvent du mercantilisme médical. Rien ne justifie qu'ils échappent à un encadrement. Pourtant, une fois de plus, le Gouvernement a refusé de traiter le sujet !

La CMP a quand même permis l'adoption d'un amendement qui « invite » les partenaires conventionnels à négocier, d'ici au 15 octobre prochain, les modalités de mise en œuvre d'un secteur optionnel censé permettre une pratique encadrée des dépassements d'honoraires.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est fondamental !

M. Jean-Pierre Godefroy. Sinon, le Gouvernement sera autorisé à procéder par arrêté. Il eût été préférable, nous semble-t-il, que nous en débattions et votions dans le cadre de ce texte. Le problème se pose depuis tellement longtemps que je ne vois pas pourquoi on le renvoie à une énième concertation dont on préjuge déjà le résultat !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Cela va se faire !

M. Guy Fischer. Nous saurons vous le rappeler !

M. Jean-Pierre Godefroy. Nous verrons le résultat !

Ce qui figure dans le texte est un minimum, une sorte de placebo, dont nous doutons de l'efficacité réelle. Voilà cinq ans que le dossier est bloqué, et, malgré nos demandes réitérées, le Gouvernement a toujours refusé d'agir.

S'agissant de l'organisation et du pilotage territorial, nous regrettons une occasion manquée. La création des agences régionales de santé aurait pu constituer une véritable innovation permettant de décloisonner notre système de santé, en rapprochant la médecine de ville de la médecine hospitalière pour une plus grande efficacité. Au départ, c'était même une idée qui faisait consensus.

Mais, en fait, madame la ministre, vous avez conçu ces ARS comme des superstructures technocratiques qui s'inscrivent dans une logique d'étatisation et consacrent l'avènement de véritables préfets sanitaires. Je ne reprendrai pas la formule qui avait été employée dans cet hémicycle et qui avait fait bondir mon collègue Guy Fischer. Je ne voudrais pas le fâcher une seconde fois! (*Sourires.*)

Une véritable innovation permet de décloisonner notre système de santé en rapprochant la médecine de ville de la médecine hospitalière, pour une plus grande efficacité. Mais en fait, madame la ministre, vous avez conçu une superstructure technocratique. C'est une logique d'étatisation, qui consacre l'avènement de préfets en matière de santé. En effet, un pouvoir sans partage est accordé aux directeurs d'ARS, en même temps qu'est renforcée la chaîne de responsabilité exécutive contrôlée par l'État et que sont affaiblis ou isolés les intérêts locaux et les acteurs territoriaux. La régionalisation est simplement mise au service d'une recentralisation dont l'objectif principal est la maîtrise des dépenses de santé.

Je ne parlerai pas longtemps du volet santé du texte, tant son contenu nous semble à la fois véritablement insuffisant et totalement incohérent. En témoigne la controverse sur l'alcool qui aura encore une fois animé les débats. Vous avez annoncé, madame la ministre, une prochaine loi de santé publique; nous l'attendons avec impatience ...

Bref, alors que l'objectif initial du texte était la modernisation de notre système de santé et qu'une réforme globale, accompagnée d'investissements structurels majeurs, s'imposait, on nous propose finalement une vision cloisonnée et étriquée de ce système!

Progressivement, les objectifs économiques prennent le pas sur les enjeux de santé publique et d'égalité d'accès aux soins et rendent un peu plus inéluctable l'avènement d'une médecine à deux vitesses.

Ce choix politique, allié à la perspective des 20 milliards d'euros de déficit de la sécurité sociale que nous enregistrerons à la fin de cette année – et 30 milliards d'euros annoncés par M. le ministre du budget pour 2010 –, risque fort d'accroître cette rupture fondamentale. À n'en pas douter, l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale sera décisif pour la sauvegarde de notre système de protection sociale!

En attendant ce futur débat, le groupe socialiste du Sénat vous fera connaître son vote par la voix de notre collègue Bernard Cazeau. Même si certains de nos amendements ont été adoptés, ils ne peuvent pas changer l'orientation négative de cette réforme. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du groupe du RDSE.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ne restera pas dans les annales, sinon pour les remous qu'elle a provoqués au sein du monde de la santé.

Je n'ai pas connaissance d'une seule catégorie d'acteurs de la santé qui se soit réjouie de l'élaboration et des mesures de ce texte,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous avez tort!

M. Bernard Cazeau. ...texte qui aura battu des records d'impopularité et qui est déjà décrié avant d'être appliqué.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ne prenez pas vos désirs pour des réalités, monsieur Cazeau!

M. Bernard Cazeau. J'ai bien le droit de m'exprimer, madame la ministre! Il faut comprendre le sentiment d'humiliation de ces praticiens hospitaliers qu'on a tout d'un coup soupçonnés de contribuer à la mauvaise gestion de l'hôpital alors qu'ils en sont les piliers et qu'ils portent haut, pour un certain nombre d'entre eux, les couleurs de la médecine française dans le monde.

Il faut mesurer le scepticisme des médecins libéraux qui voient dans vos propositions une hyperadministration de leur activité et peu de solutions à leurs difficultés.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous voulez des mesures coercitives!

M. Bernard Cazeau. Il vous faut entendre l'inquiétude des personnels hospitaliers que l'on se propose de réorganiser sans ménagement, pour transférer leurs missions à d'autres opérateurs.

Il vous faut admettre que les usagers du système de soins sentent que notre système se délite peu à peu, la carte de crédit se substituant à la carte vitale.

Il vous faut enfin écouter les attentes des élus locaux qui n'ont pas envie que se créent demain des déserts sanitaires, abandonnés des professions libérales de santé et des pouvoirs publics.

Faute d'avoir fondé votre approche sur ces problèmes essentiels, vous avez produit une loi partielle et détachée des enjeux du moment. En un mot, vous avez renoncé au grand texte d'orientation, de financement et d'organisation, dont le système de santé français a tant besoin, pour ne traiter qu'une partie du sujet: le volet administratif de l'organisation des soins.

Oui, madame la ministre, nous attendions une loi ambitieuse, ouvrant la voie du renforcement et de la pérennité de notre système de soins, et nous obtenons en retour un texte bancal qui réorganise l'administration de la santé et règle quelques questions subalternes, mais dans lequel les vrais problèmes ne sont bien souvent qu'effleurés et non pas réellement traités.

Les parlementaires des deux assemblées l'ont d'ailleurs bien compris puisqu'ils ont multiplié par trois le nombre d'articles que comptait le projet de loi, et cela malgré les promesses de textes futurs relatifs tant au financement qu'à la santé publique et à la santé mentale: en ce qui concerne le financement, le Gouvernement nous soumettra bien sûr, puisque c'est obligatoire, un projet de loi de financement de la sécurité sociale; mais quand examinerons-nous les autres textes?

À quoi sommes-nous en effet parvenus au terme de six mois de travaux et de controverses?

En matière de gouvernance de l'hôpital public, le Sénat a su faire preuve d'écoute à l'endroit des acteurs de la santé, et le Gouvernement a fait machine arrière – certes à contrecœur, et je constate qu'il tente hélas! encore, à travers un dernier amendement à l'article 6, d'imposer ses vues –, revenant sur ses intentions les plus caricaturales qui conduisaient à calquer le fonctionnement de l'hôpital sur le modèle militaire...

De la même façon, le caractère facultatif de l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire apparaît comme une modification opportune, conforme au souci de préserver la liberté de gestion des établissements hospitaliers, même si nous ne sommes pas dupes des moyens de pression à la disposition des futures ARS en ce domaine.

Cependant, les menues concessions que l'on recense restent bien dérisoires face aux grands enjeux que ce texte a soulevés.

Tout d'abord, s'agissant de la garantie des moyens et du champ d'intervention de l'hôpital public, rien n'est venu entraver la généralisation des missions de service public au secteur privé lucratif, laquelle constitue à nos yeux une régression discutable.

Il n'y a plus de domaine réservé des financements publics! Il y avait des accréditations au secteur privé, des possibilités de subvention; il y aura désormais le financement intégral des services médicaux.

Nous savons ce que cela cache: vous vous dotez là d'un outil juridique qui permettra de perfuser la partie la moins rentable de l'activité des établissements privés. Cela porte un nom, madame la ministre: la socialisation des pertes.

Les cliniques françaises perdent en rentabilité et attendent un coup de pouce de la collectivité. Par le biais du contrat de service public, elles l'auront, mais, dans le même temps, les profits, eux, resteront privés.

Le mélange des genres entre secteur privé lucratif et argent public n'annonce selon nous rien de bon.

Concernant l'accès aux soins, le texte est une déception: en matière de démographie médicale, les mesures sont renvoyées à plus tard; le *numerus clausus* régionalisé mettra beaucoup de temps à produire ses effets; la mesure coercitive du contrat santé solidarité est renvoyée à l'après-2012; le contrat d'engagement de service public en contrepartie d'une bourse universitaire produira ses effets sous dix ans... Quant aux autres mesures incitatives, elles existent déjà.

Sur la question des discriminations dans l'accès aux soins, votre position frôle l'hypocrisie. En refusant l'usage encadré du *testing*, vous continuez de considérer que ce problème n'en est pas un. C'est là une curieuse posture: la discrimination est réprouvée dans les mots, mais ne peut être testée dans les faits! Cela revient un peu à définir des limitations de vitesse sans les assortir de contrôles des excès potentiels... À quoi bon se draper dans des principes protecteurs si aucun moyen n'est mis en place pour évaluer leur application? Le *testing* est aux yeux de certains une marque de suspicion; nous y voyons plutôt un moyen de dissuasion.

S'agissant des dépassements d'honoraires, c'est le mutisme le plus complet! Renvoyée à une négociation ultérieure entre les professionnels et l'assurance maladie, la question est pour ainsi dire balayée d'un revers de main. Même les parlementaires de votre majorité ont dû se rendre à l'évidence, madame la ministre: le Gouvernement fait peser une véritable chape de plomb sur ce débat. Nous connaissons vos raisons, nous savons qui a votre oreille. Je vous pose cependant la question:

a-t-on encore le droit, en République, de contrarier quelques intérêts privés, ou bien l'argent libre est-il devenu la mesure de toute chose?

J'évoquerai enfin le titre IV et l'avènement des ARS, qui s'annonce difficile.

Par sagesse, il est question de reporter la mise en place définitive de cette gigantesque administration à juillet 2010. Quel aveu d'impréparation! On découvre soudainement que la fusion d'administrations différentes ne va pas de soi et qu'il faudra examiner les conditions d'évolution des agents. Bref, on découvre l'existence d'un statut de la fonction publique!

Plus généralement, par-delà les vicissitudes administratives, ce report illustre la complexité des ARS, qui sont de véritables mastodontes. Leurs règles hiérarchiques comme les modalités des délégations de pouvoir devront être codifiées avec la plus grande précision.

Les ARS naîtront dans la douleur. Nous ne sommes pas contre la coordination entre soins libéraux, secteur hospitalier et secteur médico-social, mais, pour nous, coordonner n'est pas régenter. Force est d'admettre que rien n'a été prévu pour limiter l'autoritarisme administratif du directeur de l'ARS, qui disposera de tous les pouvoirs sur les établissements placés sous sa tutelle.

Le drame de votre texte, madame la ministre, c'est son anachronisme: à peine en terminons-nous l'examen que les mauvaises nouvelles consacrent ses limites. La commission des comptes de la sécurité sociale vient en effet d'annoncer un record historique, le déficit s'établissant à 20,1 milliards d'euros en 2009, soit un doublement par rapport à 2008. La Cour des comptes évoque de son côté un déficit de 30 milliards d'euros en 2010.

Dans cet effondrement, c'est la branche maladie qui a le déficit le plus important, représentant 10 milliards d'euros à elle seule.

En réaction, le Gouvernement n'a trouvé pour seule parade que de communiquer pour la énième fois sur la chasse aux abus en matière d'arrêts de travail pour maladie. Cet artifice de communication ne tient pas, car nous savons toutes et tous ici que c'est le vieillissement de la population active qui est en cause et que les arrêts de travail pour maladie sont utilisés par les travailleurs d'un certain âge, parfois d'ailleurs avec la complicité de leurs employeurs.

Il n'y a désormais plus de diversion possible, et je ne pense malheureusement pas que ce texte vous sera d'un réel secours pour redresser la barre. Vous aurez sans doute ainsi compris, madame la ministre, quelle position adoptera le groupe socialiste lors du vote de ce projet de loi! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier.

Mme Anne-Marie Escoffier. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires achève aujourd'hui son parcours parlementaire, un parcours dans l'urgence, à travers un labyrinthe au cœur duquel nous aurions voulu lire en lettre d'or le mot « patients ».

Tant le nombre d'amendements déposés que la durée exceptionnelle des débats – près de six mois – démontrent, s'il en est encore besoin, l'ampleur des sujets abordés par le texte et l'implication forte des députés et des sénateurs pour apporter aux Français une réponse à la hauteur des enjeux.

Longtemps vanté comme l'un des meilleurs du monde, notre système de santé présente aujourd'hui de redoutables symptômes : un financement fragilisé, un pilotage contesté et éclaté, et, surtout, des inégalités très profondes d'accès aux soins.

Derrière la crise budgétaire bien réelle est apparue la fracture sanitaire.

Dans certains territoires, en particulier ruraux, la permanence des soins n'est plus qu'approximative, les délais d'accès en cas d'urgence sont incompatibles avec l'efficacité des soins, les files d'attente pour les spécialistes s'allongent. En bref, le désert médical s'installe et gagne du terrain dans nos campagnes !

Face à cette situation, dont on pressentait qu'elle était inéluctable, on ne pouvait plus se contenter de mesures isolées, de vœux pieux. Il était temps de décider et d'agir, d'autant que, en matière de santé plus encore que dans d'autres domaines de l'action publique, les fruits se récoltent à moyen et à long terme. C'est dire combien ce projet de loi, dont on ne peut que saluer la présentation dans un tel contexte, était attendu.

Votre projet de loi initial, madame la ministre, a subi de profondes modifications tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat. Je n'ai pu être présente tout au long de nos débats, mais il m'avait semblé un temps que la grogne des médecins et des personnels hospitaliers avait réussi à infléchir un peu la philosophie qui sous-tendait votre texte.

La lecture des conclusions de la commission mixte paritaire ne m'a pas confortée dans cette opinion : il s'agissait en réalité d'un trompe-l'œil !

M. Yvon Collin. Eh oui ! C'est dommage !

Mme Anne-Marie Escoffier. Par ce projet de loi, vous disiez vouloir renforcer le service public hospitalier ; il est en réalité menacé.

Ainsi, demain, les établissements privés à but lucratif pourront exercer des missions de service public. Avec vous, je pense que toutes les bonnes volontés sont les bienvenues, surtout quand il y a carence sur un territoire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est bien là le problème !

Mme Anne-Marie Escoffier. Néanmoins, le système que vous proposez s'apparente à une vente à la découpe, et, même s'il apporte quelques garanties, il ne peut pas nous convaincre.

Nous aurions en effet souhaité que soit au moins affirmée la primauté des établissements publics dans l'exercice de ces missions. Nos amendements en ce sens n'ont pas été retenus. Nous le regrettons.

La seule garantie finalement obtenue lors de nos débats est la reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des missions déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné. Le caractère obligatoire de cette reconnaissance a malheureusement été supprimé par la commission mixte paritaire.

Je veux tout de même relever un motif de satisfaction : le maintien de la clause de non-concurrence au profit du secteur public hospitalier, introduite par le Sénat sur proposition de plusieurs groupes et de certains membres du RDSE. C'est une avancée, même si la commission mixte paritaire l'a limitée dans sa portée.

Il eut été paradoxal qu'au nom de la spécificité du secteur public on refusât d'appliquer à ce dernier une clause valable dans le secteur privé alors que l'article 1^{er}, en autorisant la formation des internes par le secteur privé, provoque déjà un fort appel d'air vers celui-ci.

S'agissant de la gouvernance de l'hôpital, nous avons des désaccords sur le fond.

Dans sa sagesse, le Sénat a redonné aux personnels médicaux une place qu'ils méritent : ce sont eux, en effet, qui font l'excellence de l'hôpital. Il n'était ni digne ni juste de les stigmatiser et de les écarter de la gouvernance.

Malgré les pressions de quelques députés pour revenir à une ligne plus « pro-directeurs », la commission mixte paritaire n'a pas remis en cause le compromis trouvé au Sénat. Je m'en félicite ; mais, ne nous leurrions pas, il s'agit là de quelques concessions pour mieux faire passer la logique de rentabilité qui fonde votre texte,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comment peut-on dire des choses pareilles ?

Mme Anne-Marie Escoffier. ...une rentabilité au nom de laquelle le dernier mot revient toujours au directeur, y compris pour le projet médical et la nomination des chefs de pôle.

Le Gouvernement ne vient-il pas d'ailleurs de faire adopter hier, par l'Assemblée nationale, un amendement, pas du tout anodin, transformant l'avis du directoire en simple concertation ?

M. Yvon Collin. Eh oui !

Mme Anne-Marie Escoffier. Il faut sans doute un décideur, mais n'oublions pas que l'hôpital n'est pas une entreprise comme une autre. S'il ne saurait être question de l'exonérer d'une juste et nécessaire rigueur dans sa gestion et son organisation, on ne peut pour autant lui appliquer les objectifs de rentabilité d'une entreprise commerciale. Cela nous paraît tout à fait incompatible avec les fondements de notre système de santé, avec tout simplement l'éthique du corps médical qui sait regarder et veut regarder chaque patient comme un homme unique en soi, avec encore le vœu bien légitime du patient de ne pas être un numéro parmi d'autres, voire une marchandise.

M. Yvon Collin. Tout à fait !

Mme Anne-Marie Escoffier. Autre motif de forte déception, la présidence du conseil de surveillance ne revient plus de droit à un membre du collège des élus, comme le prévoyait notre amendement adopté à l'unanimité par le Sénat.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est vrai !

Mme Anne-Marie Escoffier. Cet amendement venait en quelque sorte « réparer » l'éviction des collectivités territoriales dans la désignation des membres du troisième collège, celui des personnalités qualifiées.

Nous regrettons qu'il n'ait pas été plus vigoureusement défendu en commission mixte paritaire par ceux qui l'ont adopté et se font d'habitude les chantres de ces mêmes collectivités territoriales ! (*M. Jean-Pierre Chevènement applaudit.*)

M. Jean-Pierre Godefroy. Très bien !

Mme Anne-Marie Escoffier. Est-ce parce que, comme on a pu le ressentir ici ou là, il existe une certaine suspicion sur la tendance des élus à bloquer les évolutions de l'hôpital ? Je tiens à m'élever contre cette idée ! Quelques-uns ont pu faire de l'hôpital un lieu d'affrontements politiques, mais, dans leur très grande majorité, les élus sont souvent des moteurs, y compris dans les regroupements, ...

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme Anne-Marie Escoffier. ... et ils jouent un rôle d'intercesseur vis-à-vis des personnels hospitaliers et des usagers. (*Applaudissements sur les travées du RDSE, du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Dès lors, ce projet de loi met l'hôpital public sous la tutelle forte du directeur de l'ARS.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Avant, il était sous la tutelle du ministre !

Mme Anne-Marie Escoffier. Il affaiblit le rôle du conseil de surveillance par rapport au conseil d'administration actuel. Accepter que la présidence de cette instance soit assurée non plus par un élu mais par une personnalité qualifiée nommée par l'État, c'est nier l'attachement démocratique de l'hôpital. Mon collègue Jean-Pierre Chevènement, qui a défendu notre amendement en séance publique, est particulièrement déçu.

Si nous voulons bien admettre que l'accès aux soins, la régionalisation du *numerus clausus*, la reconnaissance de la médecine de premier recours et même le contrat d'engagement de service public sont des mesures positives, nous sommes néanmoins obligés de relever qu'elles ne trouveront leur plein impact que dans un délai de quatre ans, voire de dix ans pour certaines d'entre elles. Or il y a urgence. Sans être adeptes de la coercition, nombre de mes collègues du RDSE croient nécessaire d'adopter des mesures plus contraignantes pour qu'elles soient efficaces. À cet égard, comment croire que, compte tenu des difficultés de mise en œuvre de la mesure et de la faiblesse des pénalités, le contrat santé solidarité permettra de lutter contre les déserts médicaux ?

J'en viens aux dépassements d'honoraires. La CMP a adopté un amendement invitant les partenaires conventionnels à négocier, d'ici au 15 octobre 2009, les modalités d'un secteur optionnel permettant une pratique encadrée des dépassements. En cas d'échec, le Gouvernement pourra fixer lui-même les règles dans le projet de loi de finances pour 2010.

Nous nous félicitons de cet ajout. Beaucoup de patients sont confrontés à des difficultés financières liées aux déremboursements, aux franchises, aux coûts de transport et plus encore aux dépassements d'honoraires. Dans certaines zones, il devient même difficile de trouver des médecins du secteur 1.

M. Jean-Pierre Godefroy. Oui !

Mme Anne-Marie Escoffier. Il était choquant que, dans un texte traitant de l'accès aux soins, cette question ne soit pas abordée. Toutefois, cet amendement constitue, à nos yeux, une position de repli : il aurait été en effet préférable que le texte garantisse une offre de soins à tarifs opposables.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme Anne-Marie Escoffier. Enfin, nous regrettons le sort réservé par la CMP à un amendement défendu en commission par notre collègue Gilbert Barbier et adopté par le Sénat, visant à confirmer le principe de l'accès direct aux gynécologues, ophtalmologues et psychiatres, sans pénalité financière.

Quant au titre III du projet de loi, censé être relatif à la prévention et à la santé publique, il nous laisse perplexes tant il est vide de contenu : rien sur l'obésité, la toxicomanie, la prévention des pathologies chez les jeunes ou encore la santé mentale. Vous vous êtes engagée, madame la ministre, à présenter un autre projet de loi consacré à ces enjeux de santé publique. Nous nous montrerons très vigilants sur le respect de cet engagement.

J'en arrive enfin au dernier volet de ce projet de loi, l'organisation territoriale du système de santé. Nous approuvons la création des agences régionales de santé, qui permettront une unité d'action. En effet, l'émiettement de l'État dans le domaine sanitaire, le cloisonnement entre l'hôpital et la médecine de ville, le corporatisme, les concurrences excessives entre les établissements de santé figurent également parmi les raisons du désordre actuel.

Toutefois, les pouvoirs très larges qui sont confiés aux ARS nous inquiètent. Le remaillage offensif des territoires exige une démocratie sanitaire participative, dont le plus haut représentant de l'État dans la région, le préfet de région, aurait pu être le garant : de tels propos ne peuvent vous étonner de ma part, madame la ministre ! Or le mode de gouvernance des ARS ne présage rien en ce sens. Instrument de cette démocratie sanitaire, la conférence régionale des territoires reste un organe purement consultatif.

Ce constat est également vrai pour la modernisation du réseau hospitalier. Vous avez souhaité, madame la ministre, donner des moyens au directeur général de l'ARS pour, sinon imposer, à tout le moins piloter d'une main ferme la coopération et la restructuration hospitalières, si les établissements n'en prenaient pas l'initiative eux-mêmes.

Nous comprenons bien l'intérêt de développer une complémentarité entre les hôpitaux publics ou d'organiser le regroupement d'établissements qui ne seraient pas en mesure d'offrir à leurs patients des conditions de sécurité suffisante, du fait par exemple de leur manque d'équipements ou de leur taux d'activité trop faible. Mais ne faut-il pas que cette démarche soit d'abord négociée et non imposée ?

Les ARS devront veiller avec la plus grande attention à ce que la restructuration hospitalière ne s'apparente pas à un « cannibalisme hospitalier », qui ferait disparaître complètement les hôpitaux locaux.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme Anne-Marie Escoffier. Je veux bien admettre que la proximité n'est pas toujours un gage de qualité. Pour autant, les hôpitaux locaux constituent un renfort indispensable pour les médecins généralistes et un point d'appui pour de nombreuses spécialités.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous allons les garder !

Mme Anne-Marie Escoffier. Enfin, je tiens à souligner combien ces nouvelles agences régionales de santé devront encourager vigoureusement, dans les zones urbaines sensibles comme dans les zones rurales, les maisons de santé, les pôles de santé, les réseaux, ces modèles innovants de l'organisation professionnelle qui permettent de rompre l'isolement – c'est l'une des causes du désert médical – et de mieux partager les tâches.

Madame la ministre, vous l'aurez compris, la grande majorité des membres du groupe RDSE n'est pas convaincue par ce projet de loi, même amélioré par le Sénat. Ils n'en partagent pas la philosophie, trop éloignée des conceptions humanistes qui sont les leurs ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous, nous ne sommes pas des humanistes, c'est bien connu !

Mme Anne-Marie Escoffier. ... et qui sont essentielles dans un monde où l'exclusion prend le pas sur la dignité humaine.

C'est pourquoi, à l'exception de mes collègues Gilbert Barbier et Aymeri de Montesquiou qui voteront pour, les membres du groupe du RDSE voteront contre ce texte. *(Bravo ! et applaudissements sur les travées du RDSE, du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

Mme Anne-Marie Payet. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, nous voici donc parvenus au terme de la discussion d'un projet de loi qui fera date.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Oui !

Mme Anne-Marie Payet. Le texte issu de la CMP est à nos yeux très satisfaisant, car il respecte pleinement les grands équilibres déterminés par le Sénat.

Nous n'avons cessé de le répéter, ce projet de loi est important. C'est particulièrement vrai en matière de gouvernance du système de santé, de gouvernance hospitalière et d'organisation des soins ambulatoires. Il porte aussi des avancées significatives dans le domaine de la prévention et de la santé publique, auquel je me suis personnellement plus spécialement intéressée.

En créant les agences régionales de santé et en rationalisant la gouvernance hospitalière, ce projet de loi donne corps à des propositions que nous avons nous-mêmes formulées à de nombreuses reprises.

Ce texte annonce aussi la mise en œuvre d'une véritable politique de lutte contre les déserts médicaux, que nous appelions de nos vœux de longue date.

S'appuyant sur un texte déjà très ambitieux, la Haute Assemblée a effectué un travail colossal. Je tiens d'ailleurs à saluer une fois encore l'excellence des travaux de la commission des affaires sociales, de son rapporteur, Alain Milon, et de son président, Nicolas About.

En effet, tel qu'il était issu des travaux de l'Assemblée nationale, le projet de loi posait encore d'importants problèmes, que le Sénat a aplanis.

En matière de gouvernance régionale et hospitalière, nous sommes parvenus à un résultat qui satisfait maintenant l'ensemble des parties prenantes au système de santé.

À l'échelon régional, l'ARS est sortie démocratisée de nos travaux.

De même, au sein de l'hôpital, nous sommes parvenus à un juste équilibre entre efficacité et concertation, entre pouvoir administratif, pouvoir sanitaire et pouvoir politique. D'ailleurs, l'amendement que Mme la ministre nous présentera dans un instant ne le rompt nullement.

C'est cet équilibre que la CMP a entendu respecter, en confirmant très largement les positions du Sénat, ce dont nous ne pouvons que nous réjouir. En matière de gouvernance, elle ne s'en est écartée notablement que sur un point : la présidence du conseil de surveillance de l'hôpital. Nous

souhaitions rétablir la primauté des élus au sein de cette institution, et le Sénat avait prévu qu'eux seuls pourraient présider le conseil de surveillance. Mais, en vertu de la version issue de la CMP, la fonction sera également ouverte aux personnalités qualifiées. Nous le regrettons sur le plan des principes, même si nous sommes conscients du peu d'implications qu'aura sans doute en pratique cette possibilité.

Pour le reste, en matière de gouvernance, la CMP est restée globalement fidèle au texte. Elle l'a même amélioré sur certains points.

Il en est ainsi en matière de démographie médicale. Nous sommes par exemple favorables à la réinscription explicite de la régulation de la démographie médicale au nombre des missions de l'ARS ainsi qu'à la remise d'un rapport sur la création d'un sous-objectif à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, qui serait relatif aux inégalités territoriales de santé.

Ensuite, la CMP a apporté des modifications intéressantes en matière de gouvernance, notamment en ajoutant les pôles de santé au nombre des acteurs et professionnels de santé susceptibles d'assurer une mission de service public.

Enfin, certaines avancées sont aussi à noter dans le champ de l'accès aux soins. Obliger les médecins ayant bénéficié d'une bourse au titre d'un contrat d'engagement de service public à exercer un temps en secteur 1 nous semble parfaitement légitime. De même, la majoration du rachat de la bourse perçue dans le cadre d'un tel contrat est de nature à rendre cette contrepartie plus opérante.

Un autre point est important. Nous suivrons de près l'avancée des négociations relatives à la mise en œuvre d'un secteur optionnel, qui permettra une pratique encadrée des dépassements d'honoraires. En matière d'accès aux soins, encadrer les dépassements est devenu une priorité.

J'en viens au volet relatif à la prévention et à la santé publique, qui m'est le plus cher, plus particulièrement à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

Je me réjouis que la CMP ait conservé mes amendements visant à appliquer la notion de zones protégées à la vente de tabac et à interdire la vente de tabac en outre-mer dans les grandes surfaces et les galeries attenantes.

Dans le champ de la lutte contre l'alcoolisme, le texte issu de la CMP est également équilibré. Certes, je déplore que l'amendement de Nicolas About interdisant la vente d'alcool sur les autoroutes à quatre voies n'ait pas résisté à la CMP.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Moi aussi ! Nous y reviendrons !

Mme Anne-Marie Payet. Toutefois, la CMP a interdit la vente de boissons alcoolisées dans les stations-service à partir de dix-huit heures et non de vingt heures. C'est un véritable progrès.

Pour toutes ces raisons, madame la ministre, l'immense majorité des membres du groupe de l'Union centriste votera ce texte,...

M. René Garrec. Très bien !

Mme Anne-Marie Escoffier. ... tout en conservant à l'esprit que beaucoup reste à faire, par exemple pour promouvoir la formation au métier de médecin généraliste de premier recours ou pour développer l'exercice regroupé et pluridisciplinaire de la pratique ambulatoire. *(Très bien ! et applaudissements sur certaines travées du RDSE et de l'UMP.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade.

M. Jean-Pierre Fourcade. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, il serait étonnant que, après Anne-Marie Payet qui vient d'indiquer que la plus grande majorité des membres de son groupe votera ce projet de loi, aucune voix ne s'élève pour affirmer que le groupe UMP soutient ce texte et le votera! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Nous sommes rassurés! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Fourcade. Il me semble important de le souligner, alors que ce projet de loi a provoqué de si importants débats, de si fortes oppositions, a entraîné la mobilisation des corporations et des confusions dans l'opinion et est encore aujourd'hui prétexte à de si longues interventions.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ce sont des coups bas!

M. Jean-Pierre Fourcade. Pour nous, ce projet de loi repose sur deux idées essentielles.

Tout d'abord, ce texte organise le « décloisonnement » – c'est le terme que vous avez employé, madame la ministre – de notre système de santé. Ce dernier était en effet caractérisé par une segmentation beaucoup trop forte, qui provoquait des conflits entre le secteur public et le secteur privé, entre l'AP-HP et le reste des hôpitaux, entre les médecins et les gestionnaires, oppositions aussi stériles que dépassées.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Oui!

M. Jean-Pierre Fourcade. Si nous voulons soutenir l'effort financier nécessaire à la politique de santé, il nous faut procéder à une réforme des structures avant d'augmenter les moyens. Sinon, c'est le tonneau des Danaïdes, le déficit permanent, et nous ne parviendrons à aucun résultat.

Ensuite, ce texte va permettre la territorialisation de l'offre de soins grâce à la création des agences régionales de santé. Il a beaucoup été question dans cet hémicycle du désert médical dans certaines zones, du refus de soins auquel se heurtent les titulaires de la CMU – il nous faudra y apporter des solutions –, des listes d'attente, de l'engorgement des services des urgences, notamment. Pour toutes ces raisons, l'offre de soins doit être territorialisée.

À cet égard, je souhaite remercier et féliciter, au nom de mon groupe, Alain Milon et Nicolas About, le rapporteur et le président de la commission des affaires sociales. Ils ont énormément et excellentement travaillé (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est vrai!

M. Jean-Pierre Fourcade. S'agissant de la commission mixte paritaire, nous regrettons tous cette malheureuse affaire de la présidence du conseil de surveillance.

M. Guy Fischer. Nous sommes heureux de vous l'entendre dire!

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. On pourra toujours y revenir! Mme la ministre s'y engage!

M. Jean-Pierre Fourcade. En effet, quiconque a présidé un établissement sait que, très souvent, les personnalités qualifiées sont d'éminents retraités n'ayant que peu de liens avec le milieu concerné.

M. Alain Milon, rapporteur. Ah oui!

M. Jean-Pierre Fourcade. Il nous faudra donc rénover la notion de personnalités qualifiées, afin de pouvoir confier à ces dernières la présidence de ces outils extrêmement complexes et difficiles à manier que sont les établissements de santé.

Je m'étonne que, hormis Mme Payet, personne n'ait souligné les avancées du texte.

Madame la ministre, j'ajouterai deux observations.

Nous allons être confrontés à l'avenir à de nombreuses difficultés. Notons, évidemment, le vieillissement de la population, et les problèmes qui seront ceux de nombre de personnes âgées. Relevons aussi les pandémies internationales : notre système de santé doit être à l'état de veille pour pouvoir résister et s'adapter rapidement et efficacement aux différentes pandémies qui peuvent survenir n'importe où, sous quelque forme que ce soit.

Par ailleurs, les conditions de formation des personnels des services de santé et de l'ensemble des acteurs de la politique de soins devront être réformées profondément. En effet, le *numerus clausus* et certaines mesures prises au cours des trente dernières années ont abouti à une situation difficile.

Un effort énorme devra être fait quant à la soutenabilité du financement tant de la prévention que des systèmes de soins. Il importera de rénover les structures – il ne servirait en effet à rien d'octroyer des moyens supplémentaires à des structures anciennes –, et cela doit primer sur l'augmentation des moyens.

Le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire est certes un peu complexe, difficile à mettre en œuvre, mais, grâce au décloisonnement et à la territorialisation, il va nous permettre de développer l'offre de soins pour l'ensemble de nos concitoyens.

Madame la ministre, je ne veux pas terminer mon intervention sans saluer le courage et l'obstination – au bon sens du terme – que vous avez manifestés au cours de nos débats. C'est grâce à vous et à votre ténacité que nous allons parvenir à un texte satisfaisant, qui marque un tournant. Il reste à l'appliquer.

Tout à l'heure, l'un de nos collègues a soutenu que le présent projet de loi resterait dans l'anthologie des textes inapplicables et qu'il faudrait le réviser. Je ne partage pas ce point de vue. Je crois beaucoup au rapprochement – enfin! – de l'administration de la santé et des caisses de sécurité sociale pour que la soutenabilité du financement de la prévention et de l'action en matière de soins soit durable et efficace.

C'est la raison pour laquelle je tenais à faire entendre ma voix au cours de cette discussion générale. On vous a beaucoup critiquée, madame la ministre. Permettez-moi, en quelques mots, de vous féliciter! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Merci!

M. le président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale?...

La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion du texte élaboré par la commission mixte paritaire.

Je rappelle que, en application de l'article 42, alinéa 12, du règlement, lorsqu'il examine après l'Assemblée nationale le texte élaboré par la commission mixte paritaire, le Sénat se

prononce par un seul vote sur l'ensemble du texte en ne retenant que les amendements ayant reçu l'accord du Gouvernement.

Je donne lecture du texte élaboré par la commission mixte paritaire :

TITRE I^{ER}

MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Article 1^{er} A

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

CHAPITRE I^{ER}

MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Article 1^{er}

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

« *Art. L. 6111-1.* - Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

« Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.

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

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

II. - L'article L. 6111-2 du même code est ainsi rédigé :

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

« Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »

III. - L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Missions de service public des établissements de santé ».

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

« *Art. L. 6112-1.* - Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

« 1° *bis* La prise en charge des soins palliatifs ;

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

« 2° *bis* La recherche ;

« 3° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

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

« 5° Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

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

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

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

« 9° Les actions de santé publique ;

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

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

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

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

« *Art. L. 6112-2.* - Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :

« - les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;

« - l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

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

« - les groupements de coopération sanitaire ;

« - les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ;

« - les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

« Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

« La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Elle fait l'objet au préalable d'une concertation avec les praticiens de l'établissement.

« Les missions de service public qui, à la date de publication de la loi n° ... portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« *Art. L. 6112-3.* - L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

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

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

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

« Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

« Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public. »

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

« *Art. L. 6112-3-1.* - Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3.

« Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

« Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L. 6146-2 du présent code et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1 du même code sont ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. »

V *bis.* - 1. L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Le Gouvernement présente avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :

« - pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;

« - pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;

« - pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne. »

2. Jusqu'en 2018, le rapport prévu au V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

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

« Elle peut également être subordonnée à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

« L'autorisation peut être suspendue ou retirée selon les procédures prévues à l'article L. 6122-13 si les conditions mises à son octroi ne sont pas respectées. »

VI *bis.* - Après le premier alinéa de l'article L. 6122-10 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut également être subordonné aux conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6122-7. »

VII. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

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

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

« 1° Les centres de lutte contre le cancer ;

« 2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé.

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

« Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

VII *ter.* - L'article L. 6161-8 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-8.* - Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une communauté hospitalière de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public. Ces accords sont conclus sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-6 et L. 1434-7 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-8. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

VII *quater.* - L'article L. 6161-9 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-9.* - Un établissement de santé mentionné aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peut être admis par le directeur général de l'agence régionale de santé à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés d'une redevance. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux missions de service public et aux activités de soins de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. »

VIII. - Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 6162-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Le 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigé :

« 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ; »

3° À l'article L. 6162-11 qui devient l'article L. 6162-13, les mots : « particulières de » sont remplacés par les mots : « afférentes au » ;

4° Après l'article L. 6162-10, il est rétabli un article L. 6162-11 et inséré un article L. 6162-12 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6162-11.* - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° de l'article L. 6162-9 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

« Les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 sont applicables au 3° du même article.

« Les délibérations mentionnées aux 5° à 9° du même article sont soumises au dernier alinéa de l'article L. 6143-4.

« *Art. L. 6162-12.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un centre de lutte contre le cancer de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

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

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

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

« S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur général de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par le centre concerné. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du même code. »

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

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

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

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

« Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente.

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

« Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours.

« Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix. »

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

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

« *Art. L. 6323-1.* - Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

« Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

« Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif.

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

« Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

« Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

« Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire. »

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

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

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

XV. - Les articles L. 6161-3-1 et L. 6161-10 du même code sont abrogés.

XVI. - Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par

l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

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

XVII. - Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

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

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

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

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables.

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

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique ou le compte financier font apparaître un déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

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

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

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

En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du même code.

XIX. - Les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier conclus en application de l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, ne sont pas renouvelés. Ils prennent fin au plus tard à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Article 1^{er} bis A

(Texte du Sénat)

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

Article 1^{er} bis

(Texte du Sénat)

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

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

II. - Après l'article L. 5126-5 du même code, il est inséré un article L. 5126-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5126-5-1.* - Les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur peuvent confier à des pharmacies d'officine, dans des conditions précisées par voie réglementaire, une partie de la gestion, de l'approvisionnement, du contrôle, de la détention

et de la dispensation des médicaments non réservés à l'usage hospitalier, ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles. »

III. - L'article L. 5121-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « ou à l'article L. 5126-2 » ;

2° À la première phrase du 2°, le mot : « dans » est remplacé par le mot : « par » et sont ajoutés les mots : « ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-2 ».

IV. - Avant le dernier alinéa de l'article L. 5126-2 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour certaines catégories de préparations, une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut confier, par un contrat écrit, la réalisation de préparations à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Ces préparations sont réalisées en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5. »

V. - L'article L. 5126-14 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les modalités d'application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 5126-2 et notamment les catégories de préparations concernées. »

Article 1^{er} ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

« Le fait de faire usage de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile en violation des dispositions du présent article est puni d'une amende de 3 750 €.

« Les personnes morales reconnues pénalement responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'alinéa précédent encourrent une peine d'amende dans les conditions prévues à l'article 131-38 du code pénal. »

Article 2

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

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

« Art. L. 6144-1. - Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

« Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

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

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

« Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent. »

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

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

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

2° Sont ajoutés sept alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

« Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.

« La conférence médicale d'établissement est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence médicale d'établissement est joint à toute demande d'autori-

sation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier. »

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

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

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

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

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

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

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

V quater. - L'article L. 6122-4 du même code est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « dont les modalités sont fixées par décret » sont supprimés ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La visite de conformité est réalisée au plus tard six mois après la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ou la mise en service de l'équipement matériel lourd. Le maintien de la conformité est vérifié après toute modification des conditions d'exécution de l'autorisation. Le défaut de conformité peut donner lieu à l'application des mesures prévues à l'article L. 6122-13 du présent code. Les modalités de visite et de vérification de conformité sont fixées par décret. »

V quinquies. - Le premier alinéa de l'article L. 6122-8 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Au 1^{er} janvier 2010, les autorisations d'activités de soins délivrées pour une durée indéterminée prennent fin au terme de la durée applicable en vertu du présent article. Les titulaires d'autorisation devront obtenir le renouvellement de leur autorisation dans les conditions prévues à l'article L. 6122-10. »

VI. - L'article L. 1151-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux pour les patients » sont remplacés par les mots : « nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées » ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

VII. - Le dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est supprimé. Les mesures prises au titre de cet article, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent applicables.

VIII. - L'article L. 165-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase, les mots : « au sein de la dotation prévue à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « relevant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9 » ;

2° La troisième phrase est complétée par les mots : « , ainsi que les modalités d'allocation du forfait aux établissements de santé » ;

3° La dernière phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et des frais d'hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé. »

IX. - Le VIII entre en vigueur à compter du 1^{er} mars 2010.

Article 3

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - L'intitulé du chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ».

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Le cinquième alinéa est supprimé ;

3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Le contrat peut être résilié par l'agence régionale de santé en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles. » ;

4° Le huitième alinéa est supprimé ;

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

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

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

3° *bis* Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération. » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles relatives aux compétences des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale, les litiges relatifs à l'application de ces stipulations sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. » ;

2° Le second alinéa est supprimé.

Article 3 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après l'article L. 6152-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6152-5-1.* - Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

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

CHAPITRE II

STATUT ET GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Article 4

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

« *Art. L. 6141-1.* - Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas.

« Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directeur. »

II. - Les premier, quatrième et dernier alinéas de l'article L. 6141-2 du même code sont supprimés.

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

« *Art. L. 6141-2-1.* - Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre :

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

« 2° Les subventions et autres concours financiers de l'État, des collectivités territoriales et de leurs groupements et de toute personne publique, ainsi que les dotations et subventions des régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les revenus de biens meubles ou immeubles et les redevances de droits de propriété intellectuelle ;

« 4° La rémunération des services rendus ;

« 5° Les produits des aliénations ou immobilisations ;

« 6° Les emprunts et avances ;

« 7° Les libéralités, dons, legs et leurs revenus ;

« 8° Toutes autres recettes autorisées par les lois et règlements en vigueur. »

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

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

« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

« Les règles applicables aux fondations d'utilité publique, prévues notamment par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des dispositions du présent article.

« Un décret en Conseil d'État détermine les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières. Il précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.

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

Article 5**(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)**

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

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

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

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

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

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

« 3° *bis* Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

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

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

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

« Il donne son avis sur :

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

« - les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;

« - le règlement intérieur de l'établissement.

« Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

« À tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

« Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

« Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. »

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

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

« 1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant ;

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

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'État dans le département.

« Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

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

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

« Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

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

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

« Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

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

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

- « 1° À plus d'un titre ;
- « 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
- « 3° S'il est membre du directoire ;
- « 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;
- « 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;
- « 6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;
- « 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé. »
- IV. - L'article L. 6143-6-1 du même code est abrogé.
- V. - L'article L. 6143-8 du même code est ainsi rédigé :
- « *Art. L. 6143-8.* - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret. »

Article 6

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

- I. - L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- « *Art. L. 6143-7.* - Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.
- « Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.
- « Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceu-

tiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

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

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

« Après avis du directoire, le directeur :

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

« 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

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

« 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

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

« 5° *bis* Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I *bis*. - Après l'article L. 6143-7-1 du même code, il est inséré un article L. 6143-7-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-7-1-1.* - Le directeur est nommé :

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

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

« 2° Pour les établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance.

« Dans le cadre de sa prise de fonction, le directeur suit une formation adaptée à sa fonction et dont le contenu est fixé par décret. »

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

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

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

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

« *Art. L. 6143-7-4.* - Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

« Il comporte sept membres et neuf dans les centres hospitaliers universitaires :

« - le directeur, président du directoire ;

« - le président de la commission médicale d'établissement, vice-président. Dans les centres hospitaliers universitaires, il est premier vice-président, chargé des affaires médicales ; sont en outre vice-présidents un vice-président doyen, directeur de

l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, et un vice-président chargé de la recherche nommé par le directeur sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen ;

« - le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« - des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

« La durée du mandat des membres du directoire est déterminée par décret. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire. »

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

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

« *Art. L. 6143-3-2.* - Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

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

« À peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus. »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 3° Les décisions du directeur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relatives au programme d'investissement et au plan global de financement pluriannuel mentionnées aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 sont réputées approuvées si le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget n'ont pas fait connaître leur opposition dans des délais déterminés par voie réglementaire, du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.

« Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut l'approuver dans les conditions fixées au septième alinéa, après avis conforme des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

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

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

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

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

Article 7

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

1° À l'article 3, les trois premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'article 3 du titre I^{er} du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées sur les emplois de directeur des établissements mentionnés à l'article 2 :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article 2, à l'exception des centres hospitaliers universitaires ;

« - par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4^o, 5^o et 6^o du même article.

« Ces personnes suivent, à l'École des hautes études en santé publique ou dans tout autre organisme adapté, une formation les préparant à leurs nouvelles fonctions. » ;

2^o 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 ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur général du Centre national de gestion est l'autorité investie du pouvoir de nomination des agents nommés dans ces corps et emplois sous réserve des dispositions de l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique. » ;

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

« *Art. 9-2.* - Par dérogation à l'article 3 du titre I^{er} du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, les fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être détachés, par le directeur général du Centre national de gestion, sur un contrat de droit public. Ce détachement est prononcé pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un de ces établissements. Les établissements placés sous administration provisoire, dans les conditions fixées à l'article L. 6143-3-1 du même code, ainsi que les centres hospitaliers universitaires sont exclus du présent dispositif.

« Le détachement est proposé et le contrat est signé :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article 2 ;

« - par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4^o, 5^o et 6^o du même article.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3^o *bis* L'article 31 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers, certains concours peuvent donner lieu à l'établissement d'une liste d'aptitude classant par ordre alphabétique les candidats déclarés aptes par le jury ; l'inscription sur cette liste ne vaut pas recrutement. » ;

b) Le septième alinéa est complété par les mots : « ou l'ordre alphabétique dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers » ;

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

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

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

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements mentionnés aux 1^o à 3^o de l'article 2, après avis du président du conseil de surveillance ou du conseil d'administration pour les maisons de retraite publiques ;

« - par l'autorité compétente de l'État dans le département pour les directeurs des établissements mentionnés aux 4^o à 6^o de l'article 2, après avis du président de l'assemblée délibérante ;

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

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

7^o L'article 116 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « des personnels de direction », sont insérés les mots : « et des directeurs des soins » et les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « à la date de clôture du pénultième exercice » ;

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

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

II. - Le cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1^o Après les mots : « l'Institut national de jeunes aveugles », sont insérés les mots : « propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination dans leur emploi des directeurs adjoints et, le cas échéant, des directeurs des soins, » ;

2^o Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« La commission administrative paritaire nationale compétente émet un avis sur les propositions précitées soumises au directeur général du Centre national de gestion. »

III. - Après l'article L. 313-24-1 du même code, il est inséré un article L. 313-24-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-24-2.* - Le représentant de l'État ou le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes relevant de sa compétence exclusive ou conjointe mentionnés aux 3^o, 5^o et 6^o de l'article 2 de la loi n^o 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière de conclure une convention de direction commune lorsque ces établissements n'ont pas préalablement, et à leur initiative, sollicité ce type de coopération. Cette demande, qui vise à mieux répondre aux besoins de la population et à garantir la qualité de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent, doit être motivée. Elle comprend l'avis du président du conseil général concerné lorsque la demande porte sur un établissement relevant d'une compétence conjointe. Les

assemblées délibérantes des établissements concernés rendent alors un avis motivé sur cette demande dans un délai de trois mois. »

Article 8

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

« Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

« Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Dans les centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

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

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la

cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. »

« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. »

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

« Art. L. 6146-2. - Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance.

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

III. - Les articles L. 6146-3 à L. 6146-6 et L. 6146-10 du même code sont abrogés. À l'article L. 6146-11 du même code, après les mots : « en tant que de besoin, », sont insérés les mots : « sauf disposition contraire, ». Le second alinéa de l'article L. 6112-7 du même code est supprimé.

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

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

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

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

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

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi n° 61-825 du 29 juillet 1961 de finances rectificative pour 1961. »

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

« *Art. L. 6161-5-1.* - Les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients peuvent recourir à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement privé de santé. Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions particulières de rémunération autres que le paiement à l'acte. »

Article 8 *ter* A

(Texte du Sénat)

À la seconde phrase du septième alinéa de l'article L. 6147-2 du code de la santé publique, les mots : « sont adaptées par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « peuvent faire l'objet, par voie réglementaire, de dérogations en vue de les adapter ».

Article 9

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

« *Art. L. 6145-16.* - Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés.

« Les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes, sont coordonnées par cette dernière et fixées par voie réglementaire. »

II. - L'article L. 6145-16 du code de la santé publique issu de la présente loi s'applique au plus tard aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

Article 9 *bis*

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

« 1° Le président du conseil d'administration et le directeur général du groupement sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;

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

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

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

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

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

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

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

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

bation de sa convention constitutive. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu ni à imposition ni à rémunération.

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

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

Article 10

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

1° Le 3° devient le 4° ;

2° Le 3° est ainsi rétabli :

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

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

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

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

« Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 sont fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1. »

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

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

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

« 2° Les troisième et quatrième alinéas de l'article 46-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

« 3° L'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

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

IV. - À l'article L. 112-2 du code de la recherche, les mots : « et les établissements publics de recherche » sont remplacés par les mots : «, les établissements publics de recherche et les établissements de santé ».

V. - Le dernier alinéa de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigé :

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

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

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

VI *bis*. - L'article L. 4111-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat et titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions que les praticiens dont les nationalités relèvent du 2° du présent article. »

VI *ter*. - L'article L. 4121-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre définis aux articles L. 4221-2 à L. 4221-8, ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat ou titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions que les pharmaciens dont les nationalités relèvent du 2° du présent article. »

VI *quater*. - Après l'article L. 4381-3 du même code, il est ajouté un article L. 4381-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4381-4.* - Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, l'autorité compétente peut également, après avis d'une commission, autoriser individuellement les ressortissants d'un État non membre de la Communauté européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen à exercer les professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13.

« Ils doivent être titulaires d'un titre de formation obtenu dans un État, membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et leur expérience professionnelle doit être attestée par tout moyen.

« Le nombre maximum de demandeurs susceptibles d'être autorisés à exercer est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Les autorisations sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France. »

VII. - Le I de l'article L. 4111-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. Les personnes ayant obtenu en France un diplôme interuniversitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au-delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées en France au cours des deux années précédant la publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires sont réputées avoir satisfait à l'exigence de maîtrise de la langue française. » ;

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

2° Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

3° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

VII bis. - Au second alinéa du I bis de l'article L. 4111-2 du même code, le chiffre : « deux » est remplacé par le chiffre : « trois ».

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. » ;

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

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

Article 10 bis

(Texte du Sénat)

Le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière tient à la

disposition des établissements publics de santé la liste des praticiens volontaires pour y exercer en qualité de praticiens contractuels.

Article 11

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

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

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

III. - La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi modifiée :

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

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

2° La première phrase du dernier alinéa de l'article 20 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

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

CHAPITRE III

FAVORISER LES COOPÉRATIONS ENTRE
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Article 12

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Communautés hospitalières de territoire*

« *Art. L. 6132-1.* - Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télé-médecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires.

« Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« *Art. L. 6132-2.* - La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements après avis de leurs conseils de surveillance ou, dans le cas visé au 3° bis de l'article L. 6143-1, par les conseils de surveillance des établissements.

« Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétente ;

« Cette double approbation entraîne création de la communauté hospitalière de territoire.

« La convention de communauté hospitalière de territoire définit :

« - le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires, ainsi, le cas échéant, que les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;

« - les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

« - les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

« - en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

« - le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire ;

« - la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention.

« La désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements parties à la convention. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

« La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

« La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

« Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« *Art. L. 6132-3.* - La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'État dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence ou aux agences régionales de santé compétentes.

« Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

« *Art. L. 6132-4.* - Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, l'autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

« *Art. L. 6132-5.* - En application du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :

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

« 2° Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-2 du même code.

« La cession ou l'échange mentionnés aux 1° et 2° du présent article, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

« *Art. L. 6132-6.* - L'application d'une convention de communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé parties à cette convention.

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

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

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

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

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

« *Art. L. 6132-7.* - La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée :

« 1° Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;

« 2° Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;

« 3° Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de non-application de la convention.

« Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes, ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

« *Art. L. 6132-8.* - Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6132-9 à L. 6132-15.* - Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire

II. - 1. Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets

tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Les agences régionales de santé s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire et aux groupements de coopération sanitaire bénéficient d'un financement majoré de 15 %.

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

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

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

b) Après les mots : « et groupements », la fin du premier alinéa du III est ainsi rédigée : « , de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1 ».

Article 13

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« Groupements de coopération sanitaire

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

« Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

« 1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;

« 2° Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ;

« 3° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

« Ce groupement poursuit un but non lucratif.

« *Art. L. 6133-2.* - Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé.

« D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque, en application de l'article L. 6321-2, un réseau de santé est constitué en groupement de coopération sanitaire de moyens, ce groupement peut être composé des personnes mentionnées à l'article L. 6321-1.

« *Art. L. 6133-3.* - I. - Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication.

« Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication.

« 1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public :

« - soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;

« - soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à ses charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public.

« 2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé :

« - soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;

« - soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à son fonctionnement proviennent de personnes de droit privé.

« Les modalités d'évaluation des apports ou des participations en nature sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« II. - Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur.

« *Art. L. 6133-4.* - La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet.

« Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes.

« Elle détermine, sous réserve des dispositions du présent chapitre, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement.

« L'assemblée générale des membres du groupement de coopération sanitaire de moyens est habilitée à prendre toute décision dans les conditions prévues par la convention. Elle élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en œuvre de ses décisions. L'administrateur représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

« *Art. L. 6133-5.* - Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable désigné dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.

« *Art. L. 6133-6.* - Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement, les professionnels

médicaux des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

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

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

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

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

« *Art. L. 6133-6-1.* - Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes :

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

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

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

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

« *c*) Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'État dans le département.

« *Art. L. 6133-6-2.* - Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.

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

« Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au *d* du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au *d* du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

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

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

« *Art. L. 6133-7.* - Des mesures réglementaires prises par décret en Conseil d'État déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

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

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. »

III. - Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public. Jusqu'à cette transformation, ils restent régis par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

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

IV *bis.* - L'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

V. - Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE I^{ER}*

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

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

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

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

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

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

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

« 1° De conclure une convention de coopération ;

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

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

« Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les

compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6131-2-1.* - Lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou qu'un déséquilibre financier important est constaté, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un ou plusieurs établissements de santé concernés de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire.

« La demande du directeur général de l'agence régionale de santé est motivée.

« Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention.

« Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de communauté hospitalière de territoire.

« *Art. L. 6131-3.* - Lorsque la demande du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnée au premier alinéa de l'article L. 6131-2 n'est pas suivie d'effet, celui-ci peut également prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

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

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

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

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

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

« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements mentionnés à l'article 2, les fonctionnaires et agents concernés sont de plein droit mis à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités,

sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil. »

Article 13 bis A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase et à la seconde phrase, les mots : « de l'assuré » sont remplacés par les mots : « du patient » ;

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice des recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale. »

Article 13 bis B

(Texte du Sénat)

L'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par les mots : « et des structures de santé auxquelles ils participent ou qu'ils gèrent » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Assurer, sur le même champ, des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion. »

Article 13 bis C

(Texte du Sénat)

Les articles L. 6161-4, L. 6161-6 et L. 6161-7 du code de la santé publique sont abrogés.

Article 13 quater A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

« *Art. L. 162-26-1.* - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au *d* de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. »

Article 13 quater**(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)****Article 13 quinquies****(Texte du Sénat)**

Le IV de l'article 21 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, dans un secteur d'activité dans lequel un accord interprofessionnel n'a pu être signé, un décret peut, après avis de l'Autorité de la concurrence fondé sur une analyse des conditions spécifiques du secteur, prolonger cette échéance à une date ultérieure. »

Article 13 sexies**(Texte du Sénat)**

La première phrase de l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics est complétée par les mots : « ainsi que les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

Article 13 septies**(Texte du Sénat)**

Après la première phrase du sixième alinéa de l'article L. 711-1 du code de l'éducation, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« S'agissant des composantes médicales de l'université, ces contrats prennent en compte les éléments figurant dans la convention prévue à l'article L. 713-4 passée avec le centre hospitalier régional. »

Article 13 octies**(Texte du Sénat)**

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. »

Article 13 nonies**(Texte du Sénat)**

L'article L. 6142-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « préciser », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional » ;

2° Après le deuxième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Ces conventions sont élaborées en cohérence avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1, les projets d'établissements mentionnés à l'article L. 6143-2, les contrats pluriannuels d'établissement mentionnés à l'article L. 711-1 du code de l'éducation et les contrats de projets État-régions.

« Elles portent en particulier sur la politique de recherche biomédicale de l'université et les modalités de son déploiement au sein du centre hospitalier et universitaire et les modalités de participation du centre hospitalier régional et le cas échéant des autres établissements de soins à l'enseignement universitaire et post-universitaire.

« Des établissements de santé ainsi que des établissements publics à caractère scientifique et technologique ou autres organismes de recherche peuvent être associés à ces conventions pour tout ou partie de leurs clauses.

« Ces conventions sont révisées tous les cinq ans. »

Article 13 decies**(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)**

Il est créé un comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, placé auprès du ministre chargé de la santé. Sa composition et ses missions sont définies par voie réglementaire. Il remet un rapport au Parlement deux ans après la promulgation de la présente loi.

TITRE II

ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

Article 14**(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)**

I. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

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

« *CHAPITRE I^{ER} BIS*

« *Organisation des soins*

« *Art. L. 1411-11.* - L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6. Ces soins comprennent :

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

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

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

« 4° L'éducation pour la santé.

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

« *Art. L. 1411-12.* - Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

III. - À l'article L. 1411-19 du même code, la référence : « du présent chapitre » est remplacée par les références : « des chapitres I^{er} et du présent chapitre ».

IV. - Au début du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« *CHAPITRE PRÉLIMINAIRE*

« *Médecin généraliste de premier recours*

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

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

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

« 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

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

« 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

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

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

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

V. - *Supprimé par la commission mixte paritaire*

Article 14 bis A

(Texte du Sénat)

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations

nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

Article 14 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

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

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

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

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

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

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

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

« 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

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

II. - Une expérimentation est menée dans une région connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse tendant à autoriser les pharmaciens d'officines ayant reçu une formation spécifique, à délivrer pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception oestroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans, dans des conditions définies par voie réglementaire.

Article 14 ter**(Texte du Sénat)**

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

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

II. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

Article 14 quater**(Texte du Sénat)**

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

« CHAPITRE III TER

« **Pôles de santé**

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

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

Article 14 quinquies A**(Texte du Sénat)**

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

« CHAPITRE III QUATER

« **Dotation de financement des services de santé**

« Art. L. 6323-5. - Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. »

Article 15**(Texte du Sénat)**

I et I *bis*. - *Supprimés*

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

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

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

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

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.

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

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

III. - Les articles L. 631-3, L. 632-1-1, L. 632-3, L. 632-9, L. 632-10 et L. 632-11 du même code sont abrogés.

III *bis*. - L'article L. 632-12 du code de l'éducation est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles l'expérience acquise au cours de l'exercice professionnel peut être validée, en tout ou partie, en vue de l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, dans une limite compatible avec les besoins de soins de la population et après une durée minimum d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale ; ».

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

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

2° Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

V. - L'article L. 634-1 du même code est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

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

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

Article 15 bis AA

(Texte du Sénat)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre III du titre II du livre I^{er} est ainsi rédigé : « École nationale de la protection sociale » ;

2° L'article L. 123-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État définit les missions de l'École nationale de la protection sociale. » ;

3° L'article L. 123-4 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale » ;

b) À la fin du second alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale ».

Article 15 bis A

(Texte du Sénat)

Au 1° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation, les mots : « autres que la France » sont supprimés et les mots : « à un troisième cycle de médecine générale ou spécialisée » sont remplacés par les mots : « au troisième cycle des études médicales ».

Article 15 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Après l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est rétabli un article L. 632-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-6.* - Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans. Pendant la durée de cet engagement, qui n'équivaut pas à une première installation à

titre libéral, ceux qui exercent leurs fonctions à titre libéral pratiquent les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

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

« Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice où le schéma visé à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.

« Les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une fraction des frais d'études engagés. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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

II. - L'article L. 632-6 du code de l'éducation est applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010.

Article 15 ter

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

Article 15 quater

(Texte du Sénat)

À compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :

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

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

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

Article 16 A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique, après les mots : « à l'article L. 162-22-14 du même code », sont insérés les mots : « , des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales, ».

Au même article, après la référence : « L. 174-1 », les mots : « du même code » sont remplacés par les mots : « du code de la sécurité sociale ».

Article 16

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6314-1.* - La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

« La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.

« Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire. »

I bis. - *Supprimé par la commission mixte paritaire*

II. - Après l'article L. 6314-1 du même code, sont insérés deux articles L. 6314-2 et L. 6314-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6314-2.* - L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès

de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes énoncés dans le présent article est nulle.

« *Art. L. 6314-3.* - Les modalités d'application de l'article L. 6314-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »

III et IV. - Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire

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

VI. - Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

VII. - Le titre I^{er} du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*

« *Continuité des soins en médecine ambulatoire*

« *Art. L. 6315-1.* - La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret.

« Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé. »

Article 16 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I A. - 1. Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 3 intitulée : « Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique », comprenant les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L. 161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale, qui deviennent respectivement les articles L. 1111-14, L. 1111-15, L. 1111-16, L. 1111-17, L. 1111-18, L. 1111-19, L. 1111-21, L. 1111-22, L. 1111-23 et L. 1111-24 du code de la santé publique.

2. La section 5 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est abrogée.

I B. - L'article L. 1111-15 du code de la santé publique tel qu'il résulte du I A est ainsi modifié :

1^o Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« L'accès au dossier médical personnel des professionnels mentionnés au premier alinéa est subordonné à l'autorisation que donne le patient d'accéder à son dossier. » ;

2^o Le dernier alinéa est supprimé.

I. - Après l'article L. 1111-19 du code de la santé publique tel qu'il résulte du I A, il est inséré un article L. 1111-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-20.* - Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 1111-14 et avant le 31 décembre 2010, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expéri-

mental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3^o ou 4^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation. Avant le 15 septembre de chaque année, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-14 et l'article L. 1111-19 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

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

II. - Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 1111-14 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

Article 17

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

« *LIVRE PRÉLIMINAIRE*

« *DISPOSITIONS COMMUNES*

« *TITRE I^{er}*

« *COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ*

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 4011-1.* - Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« *Art. L. 4011-2.* - Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

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

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

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

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

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »

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

Article 17 bis

(Texte du Sénat)

I. - L'article L. 2323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les premier et deuxième alinéas sont supprimés ;

2° Après la référence : « L. 5311-1 », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « sont assurés par des lactariums gérés par des établissements publics de santé, des collectivités publiques ou des organismes sans but lucratif et autorisés à fonctionner par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région siège de l'implantation du lactarium. » ;

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les activités réalisées par les lactariums à partir du lait maternel mentionné au 8° de l'article L. 5311-1 doivent être réalisées en conformité avec des règles de bonnes pratiques définies par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

II. - L'article L. 2323-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2323-3. - Les modalités d'application du présent chapitre, et notamment les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums, sont déterminées par décret. »

Article 17 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de cette contribution forfaitaire. » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

II. - Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Avant cette date, les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale peuvent définir des dérogations à l'obligation prévue à l'article L. 161-35 du même code, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels.

III. - Après le premier alinéa de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »

IV. - À défaut de conclusion avant le 15 octobre 2009 d'un avenant conventionnel, pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifie à cet effet, pendant un délai de quatre mois, les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté modifie également les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer.

Article 18**(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)**

I. - L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

« Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

« En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

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

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1.

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

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

1° Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

2° Après l'article L. 162-1-14, il est inséré un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-14-1.* - Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

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

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

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

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :

« - une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;

« - une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

« - en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

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

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

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

Article 18 bis**(Texte du Sénat)**

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

« *Art. L. 162-1-18.* - Les assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt-cinq ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais.

« Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

Article 18 ter**(Texte du Sénat)**

I. - Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-19. - Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

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

II. - *Supprimé*

Article 18 quater A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue aux articles R. 5211-21 à R. 5211-24 dans des conditions fixées par décret.

« Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines. »

Article 18 quater B

(Supprimé par la commission mixte paritaire)

Article 19

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I A. - Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

I. - Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du même code sont remplacés par les articles L. 4133-1 à L. 4133-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4133-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

« Art. L. 4133-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« Art. L. 4133-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu des médecins.

« Art. L. 4133-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

II. - Après le titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du même code tel qu'il résulte de l'article 17, il est inséré un titre II ainsi rédigé :

« TITRE II

« **GESTION DES FONDS DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4021-1. - La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.

« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu et est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés participant aux actions de développement professionnel continu.

« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu peut comporter des sections spécifiques à chaque profession.

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

III. - A. - L'alinéa unique des 14° de l'article L. 162-5, 3° des articles L. 162-14 et L. 162-16-1, 2° des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 et 7° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

B. - Après le 7° de l'article L. 162-9 du même code, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

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

V A. - Le chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

V. - L'article L. 4143-1 du code de la santé publique est remplacé par quatre articles L. 4143-1 à L. 4143-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4143-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes.

« Art. L. 4143-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les chirurgiens-dentistes satisfont à leur obligation de développement professionnel odontologique continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« Art. L. 4143-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les chirurgiens-dentistes de leur obligation de développement professionnel continu.

« Art. L. 4143-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux chirurgiens-dentistes salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

VI A. - Le chapitre VI du titre III du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

VI. - Les articles L. 4236-1 à L. 4236-6 du même code sont remplacés par quatre articles L. 4236-1 à L. 4236-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4236-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les pharmaciens tenus pour exercer leur art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7.

« Art. L. 4236-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les pharmaciens satisfont à leur obligation de développement professionnel pharmaceutique continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« Art. L. 4236-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre de leur obligation de développement professionnel continu.

« Pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7, leurs employeurs s'assurent du respect de leur obligation de développement professionnel continu.

« Art. L. 4236-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux pharmaciens salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

VII A. - Le chapitre III du titre V du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

VII. - L'article L. 4153-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4153-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes. »

VIII. - Après l'article L. 4153-1 du même code, sont insérés trois articles L. 4153-2 à L. 4153-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4153-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les sages-femmes satisfont à leur obligation de développement professionnel continu en maïeutique ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« Art. L. 4153-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les sages-femmes de leur obligation de développement professionnel continu.

« Art. L. 4153-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux sages-femmes salariées d'assumer leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

IX. - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 4133-1, L. 4143-1 et L. 4236-1 ».

IX bis. - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « participant au service public hospitalier » sont remplacés par les mots : « d'intérêt collectif ».

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

X *bis*. - Le chapitre V du titre V du livre I^{er} de la sixième partie du même code est intitulé : « Développement professionnel continu ».

X *ter*. - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « formation continue » sont remplacés par les mots : « développement professionnel continu ».

X *quater*. - Au premier alinéa de l'article L. 6155-4 du même code, les mots : « à la formation continue » sont remplacés par les mots : « au développement professionnel continu » et les mots : « telle qu'elle est organisée » sont remplacés par les mots : « tel qu'il est organisé ».

XI. - Les articles L. 6155-2, L. 6155-3 et L. 6155-5 du même code sont abrogés.

XII A. - Le chapitre II du titre IV du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

XII. - L'article L. 4242-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4242-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

« Le développement professionnel continu est une obligation pour les préparateurs en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

XIII A. - Le chapitre II du titre VIII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

XIII. - L'article L. 4382-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4382-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

« Le développement professionnel continu est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

XIV. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens et les droits et obligations contractés par l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu font l'objet d'une convention entre ces deux organismes. Si, à cette date, l'exécution du budget de l'organisme gestionnaire conventionnel présente un résultat excédentaire, l'excédent constaté est intégralement reversé aux caisses nationales d'assurance maladie signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 du même code. Si, dans un délai de six mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la convention entre les organismes n'a pas été signée, il revient au ministre chargé de la santé d'opérer les opérations nécessaires au transfert.

Ce transfert est effectué à titre gratuit et ne donne lieu ni à indemnité, ni à perception de droits ou taxes, ni à versement de salaires ou honoraires.

XIV *bis*. - Au chapitre I^{er} du titre VIII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 4381-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4381-1. - Les auxiliaires médicaux concourent à la mission de service public relative à la formation initiale des étudiants et élèves auxiliaires médicaux.

« À ce titre, ils peuvent accueillir, pour des stages à finalité pédagogique nécessitant leur présence constante, des étudiants et élèves auxiliaires médicaux en formation.

« La réalisation de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée de ces praticiens. Les stagiaires peuvent bénéficier de l'indemnisation de contraintes liées à l'accomplissement de leurs stages, à l'exclusion de toute autre rémunération ou gratification au sens de l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. »

XIV *ter*. - Le 6° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° Les mots : « bilan de compétences effectué » sont remplacés par les mots : « bilan de compétences ou à des actions préparant à la validation des acquis de l'expérience, effectués » ;

2° Les mots : « des salaires inscrits à leur budget, au sens du 1 de l'article 231 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « du montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, inscrit à l'état des prévisions de recettes et de dépenses ».

XV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XIV.

Article 19 bis B

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

« Art. L. 4151-7-1. - La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université pour le ou les sites concernés. »

Article 19 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le titre V du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans l'intitulé, les mots : « et thérapeutiques » sont remplacés par les mots : «, thérapeutiques ou esthétiques » ;

2° Le chapitre unique devient un chapitre I^{er} et est intitulé : « Mesures de protection » ;

3° Après l'article L. 1151-1, sont insérés deux articles L. 1151-2 et L. 1151-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1151-2.* - La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée esthétique autres que ceux relevant de l'article L. 6322-1 peut, si elle présente des risques sérieux pour la santé des personnes, être soumise à des règles, définies par décret, relatives à la formation et la qualification des professionnels pouvant les mettre en œuvre, à la déclaration des activités exercées et à des conditions techniques de réalisation.

« Elle peut également être soumise à des règles de bonnes pratiques de sécurité fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 1151-3.* - Les actes à visée esthétique dont la mise en œuvre présente un danger grave ou une suspicion de danger grave pour la santé humaine peuvent être interdits par décret après avis de la Haute Autorité de santé. Toute décision de levée de l'interdiction est prise en la même forme.

4° Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Sanctions administratives*

« *Art. L. 1152-1.* - En cas d'exercice d'une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions de l'article L. 1151-2, l'autorité administrative peut suspendre le droit d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de six mois.

« Si, au terme de la durée de suspension, l'intéressé ne s'est pas mis en conformité avec les règles applicables, l'autorité administrative prononce l'interdiction d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de cinq ans. L'activité ne peut être reprise à la fin de la période d'interdiction que si l'intéressé justifie s'être mis en conformité avec les règles en vigueur.

« *Art. L. 1152-2.* - L'autorité administrative peut prononcer une sanction financière à l'encontre du professionnel ayant exercé une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions des articles L. 1151-2 ou L. 1151-3, et, le cas échéant, de la personne morale qui a admis la pratique d'une telle activité dans un organisme ou un établissement dont elle est responsable. Le montant maximum de la sanction est fixé à 37 500 € pour les personnes physiques et à 150 000 € pour les personnes morales. »

Article 19 *ter*

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « et notamment les conditions nécessaires de moralité, d'indépendance et de compétence ».

I *bis.* - Après le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire.

« Il incombe au conseil départemental de tenir à jour le tableau et, le cas échéant, de radier de celui-ci les praticiens qui, par suite de l'intervention de circonstances avérées postérieures à leur inscription, ont cessé de remplir ces conditions. »

I *ter.* - Après le premier alinéa de l'article L. 4112-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités selon lesquelles le conseil départemental vérifie que l'intéressé ne présente pas d'insuffisance professionnelle, d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession sont prévues par décret en Conseil d'État. »

II. - L'article L. 4112-4 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les décisions du conseil régional en matière d'inscription au tableau sont notifiées sans délai par le conseil régional au médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme qui en est l'objet, au conseil départemental et au conseil national de l'ordre. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Faute pour les personnes intéressées d'avoir régulièrement frappé d'appel une décision d'inscription, le conseil national peut, dans un délai de trois mois à compter de l'expiration du délai d'appel, retirer cette décision lorsque celle-ci repose sur une inexactitude matérielle ou une erreur manifeste d'appréciation des conditions auxquelles est subordonnée l'inscription. »

II *bis.* - L'article L. 4113-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4124-6. »

III. - À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4113-14 du même code, les mots : « ou un état pathologique du professionnel » sont remplacés par les mots : «, un état pathologique ou l'insuffisance professionnelle du praticien ».

IV. - L'article L. 4122-2 du même code est ainsi modifié :

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

« La cotisation doit être réglée au cours du premier trimestre de l'année civile en cours. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, le mot : « surveillance » est remplacé par les mots : « valide et contrôle » ;

3° Après le mot : « départementaux », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. » ;

4° Après l'avant-dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par le règlement de trésorerie élaboré par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales.

« Les conseils doivent préalablement l'informer de la création et lui rendre compte de la gestion de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

V. - La deuxième phrase du IV de l'article L. 4122-3 du même code est supprimée.

VI. - Après l'article L. 4122-4 du même code, il est inséré un article L. 4122-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 4122-5. - Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil national et la durée des mandats de ses membres. »

VII. - L'article L. 4123-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental et la durée des mandats de ses membres. »

VIII. - À la fin de l'article L. 4123-5 du même code, les mots : « depuis au moins trois ans » sont supprimés.

IX. - L'article L. 4123-6 du même code est abrogé.

X. - Au premier alinéa de l'article L. 4123-8 du même code, les mots : « , également renouvelables par tiers tous les deux ans, » sont supprimés.

XI. - L'article L. 4124-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « République », la fin de l'article est ainsi rédigée : « le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. Lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut également saisir la chambre disciplinaire de première instance. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes commis dans l'exercice de cette fonction, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département ou le procureur de la République ».

XII. - L'article L. 4124-4 du même code est abrogé et au premier alinéa de l'article L. 4126-6 du même code, la référence : « L. 4124-4, » est supprimée.

XIII. - Après l'article L. 4124-6 du même code, il est inséré un article L. 4124-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4124-6-1. - Lorsque les faits reprochés à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application de l'article L. 4124-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation telle que définie par l'article L. 4133-1 pour les médecins, L. 4143-1 pour les chirurgiens-dentistes et L. 4153-1 pour les sages-femmes.

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

XIV. - La deuxième phrase du IV **de l'article L. 4124-7 du même code est supprimée.**

XV. - L'article L. 4124-8 du même code est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « du conseil départemental de l'ordre intéressé » sont remplacés par les mots : « de la chambre compétente » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque la demande a été rejetée par une décision devenue définitive, elle ne peut être représentée qu'après un délai de trois années à compter de l'enregistrement de la première requête à la chambre disciplinaire de première instance. »

XVI. - Le I de l'article L. 4124-11 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Il est consulté par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les questions et les projets relevant de ses compétences. » ;

2° La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

3° Après l'avant-dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil peut, dans les matières énumérées aux deux alinéas précédents, statuer en formation restreinte. »

XVII. - Après l'article L. 4125-3 du même code, il est inséré un article L. 4125-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4125-3-1. - Les fonctions de membre d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président et les membres du bureau d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre peuvent bénéficier d'une indemnité.

« Les membres d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national peuvent également percevoir des indemnités.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national.

« Les modalités d'attribution des indemnités mentionnées aux deuxième et troisième alinéas sont fixées par décret. »

XVIII. - Au deuxième alinéa de l'article L. 4125-4 du même code, le mot : « tiers » est remplacé par le mot : « moitié », et les mots : « trois, six ou neuf ans ou de deux, quatre ou six » sont remplacés par les mots : « trois ou six ».

XIX. - L'article L. 4132-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « quarante et un » sont remplacés par les mots : « cinquante et un » ;

2° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, le mot : « Trente-trois » est remplacé par le mot : « Quarante-six » ;

b) Le a est complété par les mots : « hors Île-de-France » ;

c) Le début du b est ainsi rédigé : « b) Pour la région Île-de-France, douze membres, répartis... (le reste sans changement). » ;

d) Après le b, il est inséré un b bis ainsi rédigé :

« b bis) Deux membres supplémentaires pour le ressort territorial de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et deux pour le ressort territorial de la région Rhône-Alpes ; »

e) Au c, le mot : « deux » est remplacé, par deux fois, par le mot : « neuf » ;

3° Le 4° est abrogé.

XX. - L'article L. 4132-2 du même code est abrogé.

XXI. - L'article L. 4132-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « , des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « sur les comptes du conseil national de l'ordre » sont remplacés par les mots : « sur les comptes du conseil national, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La commission peut s'adjoindre les services et compétences techniques extérieurs au conseil de l'ordre qui lui sont nécessaires. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les fonctions de président de la commission de contrôle des comptes et placements financiers du Conseil national de l'ordre des médecins sont incompatibles avec toutes fonctions exécutives au sein d'un conseil national, régional, interrégional ou départemental. »

XXII. - L'article L. 4132-9 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « ou son représentant » ;

2° et 3° Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire

XXIII. - Les trois derniers alinéas de l'article L. 4142-1 du même code sont supprimés.

XXIV. - L'article L. 4142-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4142-5.* - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXV. - Le dernier alinéa de l'article L. 4152-1 du même code est supprimé.

XXVI. - L'article L. 4152-4 du même code est abrogé.

XXVII. - L'article L. 4152-8 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4152-8.* - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXVIII. - L'article L. 4221-19 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les cocontractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4234-6. »

XXIX. - L'article L. 4222-4 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « ou G » sont remplacés par les mots : « G ou H » et les mots : « si les garanties de moralité professionnelle » sont remplacés par les mots : « si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance professionnelle » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire. »

XXX. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4231-4 du même code est ainsi rédigé :

« La durée du mandat des membres élus ou nommés du conseil national de l'ordre est de six ans. Le conseil national est renouvelable par moitié tous les trois ans. »

XXXI. - L'article L. 4231-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4231-5.* - Le conseil national élit en son sein un bureau de neuf membres, composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et de six conseillers. Parmi ces neuf membres figurent au moins deux pharmaciens titulaires d'officine et un pharmacien de chacune des autres sections de l'ordre.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil national et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil national. »

XXXII. - Après l'article L. 4231-6 du même code, il est inséré un article L. 4231-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4231-7.* - Après avis des conseils centraux, le conseil national vote le budget général de l'ordre destiné à couvrir les frais d'installation et de fonctionnement des différents conseils et délégations ordinaires, ainsi que leurs frais communs.

« Le conseil national fixe le montant de la cotisation annuelle obligatoire demandée à chaque personne physique ou morale inscrite aux tableaux en fonction de sa catégorie. Il recouvre cette cotisation qui doit être acquittée dans les trente jours de son appel.

« Aucune cotisation n'est due par les réservistes sanitaires dès lors qu'ils n'exercent la profession qu'à ce titre.

« Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession pharmaceutique ainsi que les œuvres d'entraide.

« Le conseil national contrôle la gestion des conseils centraux et régionaux de l'ordre des pharmaciens. Il peut demander tout document qui lui semble nécessaire à ce contrôle.

« Ces modalités de contrôle sont fixées dans le règlement budgétaire et comptable de l'ordre édicté par le conseil national, après avis des conseils centraux, applicable à l'ensemble des instances ordinaires.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes de l'ordre des pharmaciens. »

XXXIII. - L'article L. 4232-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « trois » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le conseil central élit en son sein un bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et d'au moins deux autres conseillers. Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bureau prépare les délibérations du conseil central et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil central. »

XXXIV. - L'article L. 4232-6 du même code est ainsi modifié :

1° Au 1°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au 3°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six », et après la deuxième occurrence des mots : « cent cinquante pharmaciens d'officine », sont insérés les mots : «, cinq pour le département du Nord » ;

3° Les deux derniers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil régional élit en son sein un bureau composé d'au moins trois membres dont un président, un vice-président et un trésorier. Ce bureau comprend au moins un élu de chacun des départements de la région.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil régional et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil régional. »

XXXV. - L'article L. 4232-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Douze pharmaciens inscrits au tableau de la section B, élus par ces pharmaciens. » ;

3° Le 4° est abrogé.

XXXVI. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-8 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-9 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVIII. - L'article L. 4232-11 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « un ou plusieurs délégués » sont remplacés par les mots : « pour six ans un délégué unique ou plusieurs délégués et un président de délégation » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

XXXIX. - À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 4232-12 du même code, les mots : « motivée si les garanties de moralité » sont remplacés par les mots : « écrite motivée si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance ».

XL. - À la première phrase de l'article L. 4232-13 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XLI. - L'article L. 4232-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil central de la section E est composé de membres nommés ou élus pour six ans.

« Le conseil central de la section E comprend :

« 1° Les présidents des délégations et les délégués uniques prévus à l'article L. 4232-11 ;

« 2° Les représentants prévus à l'article L. 4232-13 ;

« 3° Un pharmacien inspecteur de santé publique représentant à titre consultatif le ministre chargé de la santé. » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « pleins » est supprimé.

XLII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-15 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XLIII. - L'article L. 4232-15-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le nombre : « quatorze » est remplacé par le nombre : « seize » et le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « six » ;

2° Au 3°, le nombre : « douze » est remplacé par le nombre : « quatorze » et il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« - au moins un pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur d'un service départemental d'incendie et de secours et au moins un radiopharmacien. »

XLIV. - Les cinq premiers alinéas et le dernier alinéa de l'article L. 4233-4 du même code sont supprimés.

XLV. - Après l'article L. 4233-4 du même code, il est inséré un article L. 4233-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 4233-5. - Les fonctions de membre du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation de la section E sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président, le vice-président, le trésorier d'un conseil, les membres du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation peuvent bénéficier d'indemnités dont les modalités d'attribution sont fixées par décret.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national. »

XLVI. - Au dernier alinéa de l'article L. 4234-1 du même code, les mots : « sa section permanente » sont remplacés par les mots : « son bureau ».

XLVII. - Après l'article L. 4234-6 du même code, il est inséré un article L. 4234-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4234-6-1. - Lorsque les faits reprochés au pharmacien ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre de discipline peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application des 1° à 4° de l'article L. 4234-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation dans les conditions de l'article L. 4236-1.

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

XLVIII. - Dispositions transitoires.

1. Pour l'ordre national des médecins :

- les membres titulaires et suppléants du conseil national et des conseils départementaux sont répartis en trois fractions numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon la date de leur élection et l'ordre chronologique d'échéance de leur mandat de six ans ;

- le mandat des membres de la première fraction venant à échéance après la publication de la présente loi est prorogé pour une durée de deux ans ;

- les membres de la deuxième fraction sont, après tirage au sort effectué en séance plénière par l'instance nationale ou départementale à laquelle ils appartiennent, répartis en deux groupes égaux ou, le cas échéant, par moitié arrondi au nombre entier inférieur le plus proche. Le mandat des conseillers du premier groupe n'est pas modifié. Le mandat des conseillers du second groupe est prorogé pour une durée de trois ans ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième fraction et le second renouvellement, concernant les membres du second groupe constitué à l'alinéa précédent et ceux de la troisième fraction, dont le mandat est prorogé d'un an, interviendra trois ans plus tard ;

- les élections dont la date a été annoncée avant la publication de la présente loi se poursuivent selon la procédure en vigueur à la date de l'annonce.

2. Pour l'ordre national des sages-femmes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

- le mandat du conseiller national élu en 2004 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2006 n'est pas modifié et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2008 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2015 ;

b) Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- les conseils départementaux sont composés de trois séries de candidats ayant un mandat de six ans. Les séries sont numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon leur prochain renouvellement dans l'ordre chronologique ;

- le mandat de la première série est prolongé pour une durée de deux ans ;

- pour les conseillers de la deuxième série, le bureau du conseil départemental répartit par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié. Le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort n'est pas modifié. Le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort est prolongé pour une durée de trois ans ;

- le mandat des conseillers de la troisième série est prolongé pour une durée d'un an ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième série et le second renouvellement trois ans plus tard.

3. Pour l'ordre national des chirurgiens-dentistes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

- pour les conseillers élus en 2009, le bureau du conseil national répartit par tirage au sort, en séance publique, les quatre sièges qui auront un mandat de six ans qui prendra fin en 2015 et les trois sièges qui auront un mandat de trois ans qui prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers élus en 2005 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers élus en 2007 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2015 ;

- le premier renouvellement par moitié du conseil national aura lieu en 2012 et le second en 2015 ;

b) Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- pour les conseillers qui seront élus en 2010, le bureau de chaque conseil départemental répartit par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié ;

- le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort est d'une durée de trois ans et prendra fin en 2013 ;

- le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort n'est pas modifié et prendra fin en 2016 ;

- le mandat des conseillers élus en 2006 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2013 ;

- le mandat des conseillers élus en 2008 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2016 ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils aura lieu en 2013 et le second en 2016.

4. Pour l'ordre national des pharmaciens :

- la durée des mandats de conseillers ordinaires élus ou nommés en 2007 est portée à cinq ans ;

- la durée des mandats des conseillers ordinaires élus en 2009 pour remplacer des conseillers élus en 2007 est portée à trois ans ;

- les autres conseillers élus ou nommés en 2009 ont un mandat de six ans ;

- les bureaux élus en mai ou juin 2009 ont un mandat de trois ans ;

- les membres du conseil central de la section B élus en 2007 ou en 2009 conserveront leur mandat, respectivement, jusqu'en juin 2012 ou juin 2015 ;

- après tirage au sort suivant l'élection des membres du conseil central H mentionnés au 2° du XLIII du présent article, les mandats de ces membres viendront à échéance, respectivement, en juin 2012 ou juin 2015.

Article 19 quater

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir la communication.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. »

I bis. - À l'article L. 4311-16 du même code, le mot : « légales » est remplacé par les mots : « de compétence, de moralité et d'indépendance ».

I ter. - Les deuxième et dernier alinéas de l'article L. 4312-1 du même code sont ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

« Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'État. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. »

II. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

III. - Le II de l'article L. 4312-3 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas, la deuxième phrase du sixième alinéa et les deux derniers alinéas sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental, la durée du mandat des conseillers départementaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

IV. - Le III de l'article L. 4312-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil régional, la durée du mandat des conseillers régionaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

V. - Au deuxième alinéa du IV du même article, après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 ».

VI. - Le dernier alinéa du II de l'article L. 4312-7 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux ainsi que départementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte du fonctionnement et de la gestion de tous les organismes qui dépendent d'eux.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

VI *bis*. - Le II de l'article L. 4312-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « unique » est supprimé ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession d'infirmier ou à une insuffisance d'élus ordinaux, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. »

VII. - Le III du même article est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil national, la durée du mandat des conseillers nationaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

VIII. - À l'article L. 4312-9 du même code, la référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

VIII *bis*. - Aux articles L. 4312-2 à L. 4312-5 et L. 4312-7 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux »

IX. - L'article L. 4321-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie. » ;

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

« L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »

X. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

XI. - L'article L. 4321-16 du même code est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils départementaux ou interdépartementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national.

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de masseur-kinésithérapeute ou à une insuffisance d'élus ordinaux, provoquer le regroupement de conseils départementaux ou interdépartementaux par une délibération en séance plénière. ».

XII. - L'article L. 4321-19 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4123-17 », sont insérés les mots : «, premier alinéa, » ;

2° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

3° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

XII *bis*. - Aux articles L. 4321-10, L. 4321-14 et L. 4321-16 à L. 4321-18 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux ».

XIII. - L'article L. 4322-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent au tableau tenu par l'ordre et peuvent en obtenir copie. » ;

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

« L'ordre national des pédicures-podologues a un droit d'accès aux listes nominatives des pédicures-podologues employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des pédicures-podologues au tableau tenu par l'ordre. »

XIV. - L'article L. 4322-9 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du dernier alinéa est remplacée par cinq phrases ainsi rédigées :

« Il valide et contrôle la gestion des conseil régionaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national.

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de pédicure-podologue ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils régionaux par une délibération en séance plénière. »

XV. - L'article L. 4322-12 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

2° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

XV *bis*. - Aux articles L. 4322-7, L. 4322-9 à L. 4322-12 du même code, après les mots : « conseil régional » et les mots : « conseils régionaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interrégional » et les mots : « ou interrégionaux ».

XV *ter*. - À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des sages-femmes » sont remplacés par les mots : «, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues ».

XVI. - Dispositions transitoires :

Le mandat des membres des conseils départementaux, régionaux et national de l'ordre national des infirmiers en cours à la date de publication de la présente loi est prolongé comme suit :

- a) Les mandats de deux ans sont portés à trois ans ;
- b) Les mandats de quatre ans sont portés à six ans ;
- c) Les mandats des présidents élus avant la même date sont portés à trois ans.

Article 19 quinquies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - L'article L. 4383-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de l'État dans la région contrôle également les établissements de formation agréés en application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'inspection

générale des affaires sociales. Les agréments peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions réglementaires régissant le suivi des programmes et la qualité de la formation, et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces établissements. »

II. - Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée, après le mot : « préparatoires », sont insérés les mots : « qui doivent être au minimum de 3 520 heures ».

Article 19 sexies

(Texte du Sénat)

I. - L'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, après le mot : « institutions », sont insérés les mots : « et les professionnels », et les mots : « quelle que soit leur nature » sont remplacés par les mots : « quel que soit leur statut » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « et aux cabinets d'exercice libéral des professionnels mentionnés au deuxième alinéa du I » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « ou organismes » sont remplacés par les mots : «, organismes ou professionnels ».

II. - L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « aux professions de santé », sont insérés les mots : « aux ostéopathes et aux chiropracteurs, » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article. »

Article 19 septies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Règles communes liées à l'exercice de la profession » ;

2° L'article L. 4113-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-1.* - Sont tenus de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé :

« 1° Les titulaires des diplômes, certificats ou titres requis pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avant leur entrée dans la profession, ainsi que ceux qui n'exercent pas mais ont obtenu leurs diplômes, certificats ou titres depuis moins de trois ans ;

« 2° Les internes en médecine et en odontologie, ainsi que les étudiants dûment autorisés à exercer à titre temporaire la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme, ou

susceptibles de concourir au système de soins au titre de leur niveau de formation, notamment dans le cadre de la réserve sanitaire.

« L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leurs diplômes, certificats, titres ou niveau de formation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence, de niveau de formation ou de situation professionnelle.

« Pour les personnes ayant exercé la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

« La procédure prévue au présent article est sans frais.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

3° Après l'article L. 4113-1, sont insérés deux articles L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4113-1-1.* - Les organismes, notamment de formation, délivrant les formations, diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4113-1 transmettent au service ou à l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé des informations certifiées concernant les diplômes, certificats, titres ou attestations de formation délivrés aux personnes susceptibles d'exercer l'une des professions médicales.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du premier alinéa, notamment les catégories d'informations concernées et la date à laquelle ce dispositif est mis en œuvre.

« *Art. L. 4113-1-2.* - Lorsqu'elles sont disponibles, les informations certifiées mentionnées à l'article L. 4113-1-1 tiennent lieu de pièces justificatives pour l'accomplissement des obligations prévues à l'article L. 4113-1. »

Article 19 *octies*

(Texte du Sénat)

I. - Au premier alinéa de l'article L. 4243-1 du code de la santé publique, après les mots : « préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « et de préparateur en pharmacie hospitalière ».

II. - Au premier alinéa de l'article L. 4243-2 du même code, après les mots : « de préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « ou de préparateur en pharmacie hospitalière », et les mots : « cette profession » sont remplacés par les mots : « ces professions ».

Article 19 *nonies*

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le chapitre III du titre IV du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par les articles L. 4343-3 et L. 4343-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4343-3.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé refuse l'inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions légales exigées pour l'exercice des professions d'orthophoniste ou d'orthoptiste ou s'il est frappé soit

d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession en France ou à l'étranger, soit d'une suspension prononcée dans les conditions prévues à l'article L. 4311-26.

« Toutefois, lorsque le demandeur est frappé d'une interdiction d'exercer la profession dans un autre pays qu'un État membre de la Communauté européenne ou autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, il peut être autorisé à exercer cette profession en France par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« *Art. L. 4343-4.* - S'il apparaît que le demandeur est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereux l'exercice de sa profession, le directeur général de l'agence régionale de santé refuse l'inscription sur la liste. »

Article 20

(Texte du Sénat)

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, toutes mesures relevant du domaine de la loi, réformant les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et visant à :

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

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

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

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

5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité du laboratoire de biologie médicale ;

6° *Supprimé*

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

8° Adapter le régime des sanctions administratives et pénales ;

9° Disposer que les laboratoires de biologie médicale privés doivent être exploités en nom propre ou sous la forme d'organismes à but non lucratif, de sociétés civiles professionnelles régies par la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles ou de sociétés d'exercice libéral régies par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, ou de sociétés coopératives régies par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération. Les sociétés anonymes et les sociétés à responsabilité limitée qui, à la date de publication de la présente loi, exploitent un laboratoire de biologie médicale dans les conditions fixées à l'article L. 6212-4 du code de la santé publique devront, dans le délai d'un an suivant la publication de la loi

ratifiant l'ordonnance prévue au présent article, transférer cette exploitation à une société ou à un organisme relevant de l'une des catégories mentionnées au présent alinéa.

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

Article 21

(Texte du Sénat)

I. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour compléter la transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition, en veillant notamment, en concertation avec les professionnels, à justifier très précisément toute levée des options en matière de libre prestation de services.

I *bis*. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour adapter les dispositions des articles L. 4113-1, L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 du code de la santé publique à la profession de pharmacien ainsi qu'aux autres professions de santé.

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

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

Article 21 bis A

(Texte du Sénat)

L'article L. 4212-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 4212-7. - Le fait de distribuer ou de mettre à disposition du public des médicaments à usage humain collectés auprès du public et non utilisés est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. »

Article 21 bis B

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

L'article L. 6153-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce décret précise notamment les conditions dans lesquelles les internes peuvent bénéficier du temps partiel thérapeutique. »

Article 21 bis C

(Texte du Sénat)

L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 4° *bis*, les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études qui pourront aboutir, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, à une baisse de prix du médicament concerné, fixée exclusivement sur la base des conséquences entraînées pour l'assurance maladie par la non-réalisation des études » sont supprimés ;

2° Au 5°, les références : « aux 3°, 4° et 4° *bis* » sont remplacées par les références : « aux 3° et 4° » ;

3° Après le douzième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4 *bis*, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. » ;

4° Au treizième alinéa, après les mots : « La pénalité », sont insérés les mots : « , prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° *bis*, ».

Article 21 bis

(Texte du Sénat)

Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« À compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. La Haute Autorité de santé publie les informations déclarées. »

Article 21 ter**(Texte du Sénat)**

Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »

Article 21 quater**(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)**

I. - Après l'article L. 4111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4111-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4111-3-1.* - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire à des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été passés à cet effet, signés par les ordres et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, après avis des ordres intéressés, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Ils sont tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France.

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

II. - Au chapitre I^{er} du titre II du livre II de la quatrième partie du même code, il est rétabli un article L. 4221-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4221-7.* - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire à des pharmaciens titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été passés à cet effet, signés par les ordres et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, après avis de l'ordre, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Ils sont tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France.

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

III. - Au chapitre I^{er} du titre VIII du livre III de la quatrième partie du même code, sont insérés deux articles L. 4381-1-1 et L. 4381-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4381-1-1.* - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire aux titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France des professions citées au présent livre ainsi que de celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été conclus à cet effet, signés par les ordres, lorsqu'ils existent, et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dont les conditions sont fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

« *Art. L. 4381-1-2.* - Sous réserve de réciprocité et sous réserve qu'un accord international ait été ratifié en ce sens, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans un État non membre de la Communauté européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice des professions citées au présent livre ainsi que de celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13 peuvent être autorisés à exercer leur profession en France. Cette autorisation est délivrée par le ministre chargé de la santé si des accords ou traités prévoyant l'accès à l'exercice professionnel ont été conclus et si les qualifications professionnelles des demandeurs sont reconnues comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

Article 21 quinquies**(Texte du Sénat)**

I. - L'article L. 5124-14 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5124-14.* - La société anonyme dénommée « Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies » exerce des activités de recherche, de production et de commercialisation de médicaments à usage humain et notamment des médicaments dérivés du sang, des médicaments susceptibles de se substituer aux médicaments dérivés du sang et des produits de santé issus des biotechnologies. Son capital est détenu en majorité par l'État ou par ses établissements publics.

« Ses activités relatives à la fabrication des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, issus du fractionnement du plasma, sont exercées exclusivement par une filiale, au sens de l'article L. 233-1 du code de commerce, créée à cet effet.

« Le capital de cette filiale est détenu, directement ou indirectement, majoritairement par l'État ou par ses établissements publics.

« Seule cette filiale peut fabriquer des médicaments mentionnés à l'article L. 5121-3 du présent code à partir du sang ou de ses composants collectés par l'Établissement français du sang.

« Cette filiale fractionne en priorité le plasma issu du sang ou de ses composants collectés par l'Établissement français du sang. Pour satisfaire les besoins nationaux, notamment ceux liés au traitement des maladies rares, elle distribue, prioritairement sur le territoire français, les médicaments qui en sont issus.

« Lorsque cette filiale fabrique des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, elle le fait à partir du sang ou de ses composants prélevés dans les conditions définies à l'article L. 1221-3, sauf lorsque des médicaments équivalents en termes d'efficacité ou de sécurité thérapeutiques ne sont pas disponibles en quantité suffisante pour satisfaire les besoins sanitaires ou lorsque leur fabrication nécessite l'utilisation de plasma spécifique ne répondant pas aux conditions du même article.

« Elle peut sous-traiter certaines des étapes concourant à la fabrication de ces médicaments. Toutefois, les médicaments destinés au marché français, fabriqués par cette filiale, sont libérés sous le contrôle de son pharmacien responsable.

« L'Établissement français du sang ne peut pas détenir de participation directe ou indirecte dans la société anonyme «Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies» et dans les sociétés contrôlées par celle-ci, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce. »

II. - *Supprimé*

Article 21 *sexies*

(Texte du Sénat)

I. - Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À son intitulé, après le mot : « sanitaires », il est inséré le mot : «, télémédecine » ;

2° À l'intitulé du titre I^{er}, après le mot : « soins », il est inséré le mot : «, télémédecine ».

II. - Le titre I^{er} du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

« *CHAPITRE VI*

« *Télémédecine*

« *Art. L. 6316-1.* - La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

« Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

« La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »

III. - Les articles 32 et 33 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sont abrogés.

Article 21 *octies*

(Texte du Sénat)

I. - La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale ».

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

Article 21 *nonies*

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

TITRE III

PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

Article 22 A

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

Article 22 B

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« *TITRE VII*

« *PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTÉ*

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 1171-1.* - Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent

notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions. »

Article 22 C

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

Article 22 D

(Texte du Sénat)

Un rapport relatif au nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues en France est transmis au Parlement avant le 31 décembre 2010.

Article 22 E

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le 13° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ; ».

Article 22

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI

« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

« CHAPITRE I^{er}

« Dispositions générales

« Art. L. 1161-1. - L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

« Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

« Art. L. 1161-2. - Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autori-

sation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

« Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 1161-3. - Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art. L. 1161-4. - Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

« Art. L. 1161-5. - Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

« Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

« La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage, ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes, sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

« Art. L. 1161-6. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 1161-7 et L. 1161-8. - Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire

« CHAPITRE II

« **Dispositions pénales** »

« *Art. L. 1162-1.* - Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5.

II. - Le chapitre I^{er} du titre II du livre V de la présente partie du même code est complété par un article L. 1521-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1521-7.* - Le titre VI du livre I^{er} de la présente partie est applicable dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :

« À l'article L. 1161-2, les mots : « agence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « agence de santé » ».

III. - L'article L. 5311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées en application de l'article L. 1161-5. »

IV. - Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre avant la publication de la présente loi ont jusqu'au 1^{er} janvier 2011 pour obtenir l'autorisation de ces programmes auprès des agences régionales de santé compétentes.

V. - Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient et sur leurs financements, notamment sur la possibilité d'un fonds national.

Article 22 bis A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé, afin de garantir la santé publique, à prendre par ordonnances les mesures nécessaires pour modifier les dispositions du code du sport relatives à la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, afin :

1° De renforcer l'efficacité des dispositifs de protection de la santé des sportifs, ainsi que de lutte contre le dopage et le trafic de produits dopants ;

2° D'assurer la conformité de ces dispositifs avec les principes du code mondial anti-dopage applicable à compter du 1^{er} janvier 2009 ;

3° *Supprimé par la commission mixte paritaire*

II. - Les ordonnances prévues au I devront être prises dans les neuf mois suivant la publication de la présente loi.

Le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication des ordonnances.

Article 22 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé :

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

II *bis.* - Après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d'étendre aux sages-femmes la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, une expérimentation est menée dans une région connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse. Dans le cadre de cette expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuse.

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

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

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

2° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

3° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

4° À la deuxième phrase du deuxième alinéa, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « praticien ».

V. - Après le mot : « prescrire », la fin du III de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigée : « les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. »

VI. - Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

Article 22 quater A

(Texte du Sénat)

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximum de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4. »

II. - Après l'article L. 4423-2 du même code, il est inséré un article L. 4423-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4423-3.* - Pour l'application de l'article L. 4311-1 dans les îles Wallis et Futuna, les mots : « et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4 » sont supprimés. »

III. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »

Article 22 quater B

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Après le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement, s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois. »

II. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »

Article 22 quater

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

Article 22 sexies

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

Article 22 septies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Les deux derniers alinéas de l'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation.

« L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

« Le décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique.

« Le décret en Conseil d'État précise également les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret. »

Article 22 octies

(Texte du Sénat)

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 443-10 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-1 peuvent être assumées par l'établissement ou le service de soins. Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-2 sont assumées par l'établissement ou le service de soins. Les accueillants familiaux thérapeutiques employés par cet établissement ou service sont des agents non titulaires de cet établissement ou service. »

Article 23

(Texte du Sénat)

I. - Le titre IV du livre III de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3342-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-1.* - La vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité. » ;

2° L'article L. 3342-2 est abrogé ;

3° Après l'article L. 3342-3, il est inséré un article L. 3342-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-4.* - Une affiche rappelant les dispositions du présent titre est apposée dans les débits de boissons à consommer sur place. Un modèle spécifique doit être apposé dans les débits de boissons à emporter. Les modèles et les lieux d'apposition de ces affiches sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

4° L'article L. 3341-2 est abrogé.

II. - L'article L. 3353-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3353-3.* - La vente à des mineurs de boissons alcooliques est punie de 7 500 € d'amende. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, est punie de la même peine.

« Le fait de se rendre coupable de l'une des infractions prévues au présent article en ayant été condamné depuis moins de cinq ans pour un délit prévu au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'une des infractions mentionnées au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus, et celle de l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.

« Les personnes morales coupables de l'une des infractions mentionnées au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal. »

III. - Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

Article 24

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - L'article L. 3322-9 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

« Sauf dans le cadre de fêtes et foires traditionnelles déclarées, ou de celles, nouvelles, autorisées par le représentant de l'État dans le département dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, il est interdit d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire. » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre dix-huit heures et huit heures, dans les points de vente de carburant.

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans les points de vente de carburant. »

II. - L'article L. 3331-4 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans tous les commerces autres que les débits de boissons à consommer sur place, toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L. 3332-1-1.

« La vente à distance est considérée comme une vente à emporter. »

III. - Le titre V du livre III de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 3351-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fait de vendre des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures sans avoir suivi la formation prévue à l'article L. 3332-1-1 est puni de 3 750 € d'amende. » ;

2° Après l'article L. 3351-6, sont insérés deux articles L. 3351-6-1 et L. 3351-6-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 3351-6-1.* - Le fait de vendre des boissons alcooliques dans un point de vente de carburant en dehors des horaires prévus au quatrième alinéa de l'article L. 3322-9 ou d'y vendre des boissons alcooliques réfrigérées est puni de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa du présent article encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal.

« *Art. L. 3351-6-2.* - Sauf lorsqu'elles sont déclarées ou autorisées dans les conditions prévues à l'article L. 3322-9, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, l'offre à titre gratuit à volonté, dans un but commercial, de boissons alcooliques ainsi que leur vente à titre principal contre une somme forfaitaire sont punies de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

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

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa du présent article encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal.

3° À l'article L. 3351-8, les mots : « de l'article L. 3323-2 ainsi que des règlements pris pour son application » sont remplacés par les mots : « des articles L. 3322-2, L. 3323-2, L. 3323-4 et L. 3323-6 ainsi que des règlements pris pour leur application ».

IV. - Le titre I^{er} du livre V de la même partie est ainsi modifié :

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

2° L'article L. 3512-4 est ainsi rédigé :

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

« Ils disposent à cet effet, chacun pour ce qui le concerne, des prérogatives qui leur sont reconnues par les articles L. 1312-1 du présent code, L. 8113-1 à L. 8113-5 et L. 8113-7 du code du travail, et L. 231-2-1 du code rural et par les textes pris pour leur application. »

V. - L'article L. 1312-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « sont », sont insérés les mots : « recherchées et » ;

2° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À cet effet, ces fonctionnaires et agents disposent des pouvoirs et prérogatives prévus aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3. »

VI. - Les personnes qui vendent des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures à la date de publication de la présente loi bénéficient d'un délai d'un an pour se conformer à l'obligation de formation prévue à l'article L. 3331-4 du code de la santé publique.

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

1° Le titre II du livre IV de la première partie est ainsi modifié :

a) Le chapitre V devient le chapitre VI ;

b) Les articles L. 1425-1 et L. 1425-2 deviennent les articles L. 1426-1 et L. 1426-2 ;

2° Il est rétabli un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*

« *Saint-Pierre-et-Miquelon*

« *Art. L. 1425-1.* - Pour l'application du présent code à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « représentant de l'État dans la collectivité ». »

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

Article 25 bis A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après l'article L. 3511-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-2-2.* - L'article L. 3335-1 est applicable aux lieux de vente de tabac manufacturé, sans préjudice des droits acquis. »

Article 25 bis B

(Texte du Sénat)

Au deuxième alinéa de l'article 568 bis du code général des impôts, après les mots : « 200 mètres carrés », sont insérés les mots : « ou dans les galeries marchandes attenantes à des supermarchés ou des hypermarchés ».

Article 25 bis C

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa de l'article L. 1323-3, les mots : « être titulaires du diplôme de vétérinaire et exercer les fonctions de vétérinaire inspecteur titulaire ou contractuel de l'État ou être titulaires du mandat sanitaire instauré à l'article L. 221-11 du code rural » sont remplacés par les mots : « détenir l'un des diplômes mentionnés à l'article L. 241-2 du code rural » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 1323-6, après le mot : « publics », les mots : « et des vétérinaires spécialisés mentionnés à l'article L. 231-2 du code rural » sont remplacés par les mots : « et des agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;

3° Au 3° de l'article L. 1515-6, les mots : « vétérinaires inspecteurs » sont remplacés par les mots : « agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;

4° Les articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 5146-1.* - Le contrôle de l'application des dispositions du présent titre, ainsi que des mesures réglementaires prises pour leur application, est assuré concurremment par :

« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments dans son domaine de compétence ;

« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;

« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;

« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

« Les agents mentionnés aux 1° et 3° du présent article agissent conformément aux articles L. 1421-1, L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3 et L. 5127-2.

« La consignation prévue à l'article L. 5127-2 peut également porter sur des produits présentant ou susceptibles de présenter un danger pour la santé animale. L'article L. 5425-1 est applicable en cas de mise sur le marché ou d'utilisation de produits consignés en application du présent article.

« *Art. L. 5146-2.* - Ont qualité pour rechercher et constater les infractions aux dispositions du présent titre ainsi qu'aux mesures réglementaires prises pour leur application :

« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ;

« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;

« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;

« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, qui disposent à cet effet des pouvoirs prévus au livre II du code de la consommation.

« Les articles L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3, L. 5411-2 et L. 5411-3 du présent code sont applicables aux agents mentionnés aux 1° et 3° du présent article, habilités et assermentés dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, pour l'exercice de cette mission ».

5° Après l'article L. 5146-2, sont insérés trois articles L. 5146-3 à L. 5146-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 5146-3.* - La compétence territoriale des agents mentionnés au 3° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 peut être étendue à plusieurs départements ou régions.

« *Art. L. 5146-4.* - Les agents mentionnés au 1° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont désignés par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude scientifique et juridique définies par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la santé pour contrôler l'application du présent titre et des mesures réglementaires qui en découlent. Ils sont également chargés du contrôle de

l'application des dispositions relatives aux organismes génétiquement modifiés dans le domaine des médicaments vétérinaires.

« Ils peuvent être assistés par des experts désignés par le directeur général de l'agence.

« L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, afin de mener à bien ses missions, peut demander aux ministres chargés de l'agriculture et de la santé de faire intervenir seuls ou conjointement avec les inspecteurs de l'agence des agents de l'État mentionnés à l'article L. 5146-1.

« Lorsqu'ils interviennent à la demande de l'agence, ces agents agissent conformément aux lois et règlements qui leur sont applicables.

« *Art. L. 5146-5.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État. »

Article 25 bis D

(Texte du Sénat)

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

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Compétences et prérogatives de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en matière de médicaments vétérinaires » ;

2° Après l'article L. 5145-2, sont insérés deux articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 5145-2-1.* - L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments peut suspendre les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration d'un médicament vétérinaire ou d'une catégorie de médicaments vétérinaires non soumis à une autorisation ou à un enregistrement préalable à leur mise sur le marché ou à leur utilisation, lorsque ces médicaments ou les substances qu'ils contiennent soit présentent ou sont soupçonnés de présenter, dans les conditions normales d'emploi ou dans des conditions raisonnablement prévisibles, un danger pour la santé humaine ou pour la santé animale, soit sont fabriqués, mis sur le marché ou utilisés en infraction aux dispositions législatives ou réglementaires qui leur sont applicables.

« La suspension est prononcée soit pour une durée n'excédant pas un an en cas de danger ou de suspicion de danger, soit jusqu'à la mise en conformité des médicaments en cas d'infraction aux dispositions législatives ou réglementaires.

« L'agence peut interdire ces activités en cas de danger grave ou de suspicion de danger grave pour la santé humaine ou pour la santé animale.

« Elle peut aussi fixer des conditions particulières ou des restrictions pour l'utilisation des médicaments concernés afin de garantir leur sécurité sanitaire.

« *Art. L. 5145-2-2.* - Sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées, lorsqu'un médicament vétérinaire est mis sur le marché ou utilisé sans avoir obtenu l'autorisation ou l'enregistrement préalable exigé par les dispositions législatives ou réglementaires applicables à ce médicament, ou est mis sur le marché ou utilisé en infraction à ces dispositions,

l'agence peut suspendre, jusqu'à la mise en conformité du médicament au regard de la législation et de la réglementation en vigueur, les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration de ce médicament vétérinaire. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 5145-5, les mots : « de l'article L. 5145-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 5141-5, L. 5141-9 et L. 5145-6 » ;

4° L'article L. 5145-7 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5145-7.* - Des décrets en Conseil d'État précisent, en tant que de besoin :

« 1° Les règles de procédure applicables en cas de sanction prévue aux articles L. 5145-3 à L. 5145-6, ainsi que les modalités de liquidation de l'astreinte ;

« 2° Les modalités d'application des articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2. »

Article 25 quinquies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le titre IV du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Toxicovigilance » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les responsables de la mise sur le marché de substances ou préparations dangereuses définies au 1° de l'article L. 5132-1 et à l'article L. 1342-2 sont tenus d'établir une déclaration

unique comportant toutes les informations sur ces substances ou préparations, notamment leur composition, destinées aux organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. » ;

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

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

a) Le 1° est ainsi rédigé :

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

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

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 1413-4 du même code est complété une phrase ainsi rédigée :

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

III - L'article L. 1333-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de patients exposés à des fins médicales à des rayonnements ionisants, ayant connaissance d'un incident ou accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'autorité de sûreté nucléaire et au directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice de l'application de l'article L. 5212-2.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé informe le représentant de l'État territorialement compétent dans les conditions prévues à l'article L. 1435-1. »

IV - En l'absence d'agence régionale de santé, les missions attribuées à son directeur général par le III sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

V. - Le chapitre III du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1413-4 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les professionnels de santé transmettent à l'institut les données individuelles nécessaires à l'exercice de ses missions dans des conditions préservant la confidentialité de ces données à l'égard des tiers » ;

b) *Supprimé par la commission mixte paritaire*

2° Le 1° de l'article L. 1413-16 est ainsi rédigé :

« 1° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des données individuelles transmises à l'Institut de veille sanitaire en application de l'article L. 1413-4 et des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel auxquelles il accède conformément à l'article L. 1413-5 ; ».

Article 25 septies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

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

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 25 octies A

(Texte du Sénat)

I. - Le 8° de l'article L. 1323-2 du code de la santé publique est complété par six phrases ainsi rédigées :

« Elle assure la mise en œuvre du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. À cette fin, les professionnels de santé lui déclarent sans délai les cas d'effets indésirables induits par ces produits dont ils ont eu connaissance. Les fabricants et les distributeurs participent à ce système de vigilance. Cette obligation est réputée remplie par la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 221-1-3 du code de la consommation. L'agence est tenue informée par les autorités administratives compétentes mentionnées au même article L. 221-1-3. Les fabricants et distributeurs fournissent à la demande de l'agence les informations nécessaires sur la composition de ces produits. »

II. - L'article L. 1323-11 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les conditions d'organisation du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. »

Articles 25 decies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après l'article L. 3223-3 du code de la santé publique, il est inséré un livre II *bis* ainsi rédigé :

« LIVRE II BIS

« **LUTTE CONTRE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

« **TITRE UNIQUE**

« **PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET DU SURPOIDS**

« **CHAPITRE UNIQUE**

« *Art. L. 3224-1.* - La prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique.

« *Art. L. 3224-2.* - L'État organise et coordonne la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids.

« *Art. L. 3224-3.* - Les campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids sont validées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

« *Art. L. 3224-4.* - Ces campagnes doivent également porter sur l'acceptation des personnes obèses ou en surpoids et la lutte contre les discriminations qui leur sont faites. »

Articles 25 undecies à 25 quaterdecies

(Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire)

Article 25 sexdecies

(Suppression maintenue par la commission mixte paritaire)

Article 25 septdecies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après le 5° de l'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Le maintien à niveau sonore constant des séquences publicitaires ainsi que des écrans qui les précèdent et qui les suivent. »

Article 25 octodecies

(Texte du Sénat)

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

1° D'instituer un nouvel établissement public reprenant l'ensemble des missions exercées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, ainsi que les biens, personnels, droits et obligations de ces agences, notamment les obligations de l'employeur à l'égard des personnels ;

2° D'adapter aux domaines d'activité de cet établissement les règles déontologiques applicables à ses personnels, aux membres de ses conseils et commissions, et aux personnes collaborant occasionnellement à ses travaux, ainsi que les sanctions pénales correspondantes ;

3° De modifier, en tant que de besoin, les codes et les lois non codifiées afin de les mettre en cohérence avec les dispositions qui seront prises en application des 1° et 2°.

Le projet de loi portant ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de cette ordonnance.

TITRE IV

ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

CRÉATION DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Article 26 A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « avis », sont insérés les mots : « sur les projets de loi » ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : «, ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés ».

II. - Après le 3° de l'article L. 211-2 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'État. »

III. - Après le quatrième alinéa de l'article L. 221-3 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'État. »

III *bis*. - Au vingtième alinéa de l'article L. 221-3 du même code, les mots : « douzième », « treizième » et « dix-neuvième » sont remplacés respectivement par les mots : « treizième », « quatorzième » et « vingtième ».

IV. - Les dispositions prévues au II entrent en vigueur à l'échéance des mandats en cours des membres des conseils des caisses primaires d'assurance maladie.

V. - L'article L. 231-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes. »

VI. - Par dérogation à l'article L. 231-2 du même code, le mandat des membres des conseils des caisses primaires appelées à fusionner au 1^{er} janvier 2010 expire le 31 décembre 2009.

Article 26 B**(Texte du Sénat)**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 182-2-1, il est inséré un article L. 182-2-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 182-2-1-1.* - I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.

« Le contrat d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs.

« Il détermine également les conditions :

« 1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de ce contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;

« 2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. - Le contrat d'objectifs est conclu pour une période minimale de quatre ans.

« Le contrat et, le cas échéant, les avenants qui le modifient sont transmis aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat mentionnées à l'article L.O. 111-9. » ;

2° L'article L. 182-2-3 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les orientations du contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) À la première phrase du neuvième alinéa, les mots : « au 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « au 3°, au 4° et au 7° » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°. » ;

3° L'article L. 182-2-4 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Négocie le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le président et le directeur général signent le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1. »

Article 26**(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)**

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

« **TITRE III**

« **AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ**

« **CHAPITRE I^{ER}**

« **Missions et compétences des agences régionales de santé**

« *Art. L. 1431-1.* - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« - des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;

« - des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« - des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code, ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1431-2.* - Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« À ce titre :

« a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

« d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« À ce titre :

« a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« b) Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

« b bis) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-6 et en évaluent l'efficacité ;

« c) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« d) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« d bis) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« e) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-11, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« f) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

« g) *Supprimé par la commission mixte paritaire*

« Art. L. 1431-3. - Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

« Art. L. 1431-4. - Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'État, sauf disposition contraire.

« CHAPITRE II

« **Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé**

« Section 1

« **Organisation des agences**

« Art. L. 1432-1. - Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

« Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

« 1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

« 2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

« - dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

« Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

« *Sous-section 1*

« **Directeur général**

« Art. L. 1432-2. - Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.

« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.

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

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

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

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

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

« Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il peut déléguer sa signature.

« *Sous-section 2*

« **Conseil de surveillance**

« *Art. L. 1432-3.* - I. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :

« 1° De représentants de l'État ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.

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

« Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'État dans la région.

« À titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé peut être confiée à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé. Un décret détermine la ou les régions où cette expérimentation est menée.

« Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

« Il approuve le compte financier.

« Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.

« Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.

« II. - Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

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

« 3° S'il est salarié de l'agence ;

« 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;

« 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.

« III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« *Sous-section 3*

« **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie**

« *Art. L. 1432-4.* - La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les **usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.**

« L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

« Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

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

« *Section 2*

« **Régime financier des agences**

« *Art. L. 1432-5.* - Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.

« *Art. L. 1432-6.* - Les ressources de l'agence sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'État ;

« 2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

« 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

« Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1432-7.* - L'agence est dotée d'un comptable public.

« *Art. L. 1432-7-1.* - L'État peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'État ou les agences régionales de santé.

« *Section 3*

« **Personnel des agences**

« *Art. L. 1432-8.* - Le personnel de l'agence comprend :

« 1° Des fonctionnaires ;

« 2° Des personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 ;

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

« 4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

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

« *Art. L. 1432-9.* - Les emplois de direction des agences régionales de santé ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« *Art. L. 1432-10.* - Il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au deuxième alinéa du dudit article 15 peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des

personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 2321-1 du même code. Il est doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 4111-2 du même code.

« Les dispositions du chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du code du travail sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du code du travail, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et, pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives, du livre IV de la deuxième partie du code du travail.

« *Art. L. 1432-11.* - Les modalités d'application de la présente section, notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-10, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« **CHAPITRE III**

« **Coordination des agences régionales de santé**

« *Art. L. 1433-1.* - Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

« Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

« Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

« Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

« *Art. L. 1433-2.* - Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.

« *Art. L. 1433-3.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

« CHAPITRE IV

« *Planification régionale de la politique de santé*

« Section 1

« *Projet régional de santé*

« *Art. L. 1434-1.* - Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1434-2.* - Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-15.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« *Art. L. 1434-3.* - Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région.

« *Art. L. 1434-4.* - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de la présente section.

« Sous-section 1

« *Schéma régional de prévention*

« *Art. L. 1434-5.* - Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« *Art. L. 1434-5-1.* - Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la caisse nationale du régime social des indépendants et de la caisse centrale de mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention.

« Sous-section 2

« *Schéma régional d'organisation des soins*

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

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-6-1 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 *ter* du code général des impôts.

« Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients interve-

nant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« *Art. L. 1434-7.* - Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

« 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;

« 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

« 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2.

« Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 2° et 3° doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

« *Art. L. 1434-8.* - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« *Art. L. 1434-9.* - Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Sous-Section 3*

« **Schéma régional d'organisation médico-sociale**

« *Art. L. 1434-10.* - Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de

coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

« *Art. L. 1434-10-1.* - Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du même code sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables.

« *Section 2*

« **Programme pluriannuel régional de gestion du risque**

« *Art. L. 1434-11.* - Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

« Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque.

« *Art. L. 1434-12.* - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire

« Art. L. 1434-13. - Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de la présente section.

« Section 3

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

« Art. L. 1434-14. - L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'État dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

« Art. L. 1434-15. - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

« CHAPITRE V

« **Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé**

« Section 1

« **Veille, sécurité et polices sanitaires**

« Art. L. 1435-1. - Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

« Les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

« Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1.

« Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

« L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1^{er} de la loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.

« Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

« Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en cas d'absence ou d'empêchement, à des agents placés sous son autorité.

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

« Art. L. 1435-2. - Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.

« Section 2

« **Contractualisation avec les offreurs de services de santé**

« Art. L. 1435-3. - L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art. L. 1435-4. - L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-

sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

« Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Les contrats visés au premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.

« L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« *Art. L. 1435-5.* - L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 du présent code. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« Section 3

« Accès aux données de santé

« *Art. L. 1435-6.* - L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ainsi que des organismes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment à ceux mentionnés aux articles L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale et L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles. Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. L'agence régionale de santé est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'infor-

mation. Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmissions des données issues des établissements de soins et médico-sociaux.

« Les agents de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

« Avant le 1^{er} janvier 2011, la Commission nationale de l'informatique et des libertés présente au Parlement un rapport évaluant les conditions d'accès aux données de santé par les agences régionales de santé.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des agences régionales de santé les applications informatiques et les accès à son système d'information nécessaires pour l'exercice de leurs missions. Une convention nationale conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'autorité compétente de l'État pour le compte des agences régionales de santé fixe le contenu et les conditions de cette mise à disposition et des services rendus.

« Section 4

« Inspections et contrôles

« *Art. L. 1435-7.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'État, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code.

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'État territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

« Le représentant de l'État dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection. »

Article 26 bis A

(Texte du Sénat)

L'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « et celui des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé » ;

2° À la seconde phrase, les mots : « ou par les organismes locaux » sont remplacés par les mots : « les organismes locaux ou les agences régionales de santé ».

Article 26 bis

(Texte du Sénat)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6121-6 est abrogé ;

2° Après la référence : « L. 6321-1 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 6147-9 est supprimée.

Article 26 quater

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Avant le 15 septembre 2010, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par régions et déléguée aux agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.

CHAPITRE II

REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES

Article 27

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Après le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique tel qu'il résulte de l'article 19, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

« TITRE III

« REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4031-1. - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4031-2. - Les membres des unions régionales des professionnels de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

« Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions.

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.

« Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en trois collèges qui regroupent respectivement :

« 1° Les médecins généralistes ;

« 2° Les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ;

« 3° Les autres médecins spécialistes.

« Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4031-3. - Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

« Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 4031-4. - Les unions régionales des professionnels de santé perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 4031-3. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

« Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du

régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.

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

II. - Le chapitre IV du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé.

III. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque union régionale des médecins exerçant à titre libéral à l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins du même ressort font l'objet d'une convention entre ces deux instances. À défaut d'accord, le juge judiciaire est saisi à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition.

IV. - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-33.* - Sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience. »

V. - Après l'article L. 162-14-1-1 du même code, il est inséré un article L. 162-14-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-1-2.* - I. - La validité des conventions et accords mentionnés à l'article L. 162-5 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.

« II. - La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code. »

VI. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la

majorité des suffrages exprimés, dans chacun des trois collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

« Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »

VII. - Par dérogation à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi, les enquêtes de représentativité qui doivent être organisées compte tenu des échéances conventionnelles sont reportées jusqu'à la mise en place des unions régionales des professionnels de santé. Les organisations syndicales reconnues représentatives à la date d'entrée en vigueur de la présente loi le restent jusqu'à l'organisation des enquêtes de représentativité suivantes.

CHAPITRE III

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Article 28

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 247-2, le mot : « agrégées » est supprimé ;

1° *bis* La dernière phrase du III de l'article L. 312-1 est complétée par les mots : « et leurs règles de financement et de tarification » ;

2° L'article L. 312-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-3.* - La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue :

« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

« Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au Gouvernement et aux autorités locales concernées.

« La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes communs aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier. » ;

3° L'article L. 312-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5.* - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :

« 1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;

« 2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :

« *a)* Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

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

« 3° Le directeur général de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique ;

« 4° Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. » ;

4° L'article L. 312-5-1 est ainsi rédigé :

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

santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. » ;

4° *bis* Le septième alinéa de l'article L. 313-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif. »

5° L'article L. 313-1-1 devient l'article L. 313-1-2 ;

6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-1-1.* - I. - Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

« Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

« II. - Les opérations de regroupements d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

« Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations. » ;

7° L'article L. 313-3 est ainsi rédigé :

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

« *a)* Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

« *b)* Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, *b* du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles

d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article ;

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

« *d*) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *b* du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

« *e*) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *c* du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. » ;

8° L'article L. 313-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « initiale » est supprimé ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ; »

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation. » ;

9° L'article L. 345-3 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

9° *bis* Le premier alinéa de l'article L. 348-4 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre sa personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

10° L'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire, qui comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre. » ;

b) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

11° Après l'article L. 313-12-1, il est inséré un article L. 313-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-2.* - Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

12° L'article L. 313-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-13.* - Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.

« Dans les établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'État, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé, mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L. 133-2 du présent code, dans les conditions définies à cet article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil général et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives.

« Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'État dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

« Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires accueillis dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites

d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

« Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ils peuvent, au titre des contrôles mentionnés au présent article et aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, effectuer des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

13° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;

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

« Pour les établissements médico-sociaux dont l'autorisation relève de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, soit exclusive soit conjointe avec le président du conseil général, les délibérations mentionnées au premier alinéa sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé. Dans ce cas, les compétences du représentant de l'État dans le département définies au présent article sont exercées par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

15° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est ainsi rédigé :

« L'article L. 344-5 du présent code s'applique également à toute personne handicapée accueillie dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 ou dans un établissement autorisé à dispenser des soins de longue durée, et dont l'incapacité, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 113-1, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret. » ;

16° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. » ;

a bis) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. » ;

b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. » ;

c bis) Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.

« La disposition prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011. » ;

d) Le c du 1° est abrogé ;

17° Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des aidants familiaux » ;

b) Aux b du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux » ;

18° Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

b) Aux b du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

19° L'article L. 313-26 devient l'article L. 313-27 et il est rétabli un article L. 313-26 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-26. - Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

« Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

« Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. » ;

20° L'article L. 311-1 est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif les établissements et services privés qui :

« - exercent leurs missions sociales et médico-sociales dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ou exercent leurs missions dans un cadre lucratif mais en ayant conclu une convention d'aide sociale prévue au présent code ;

« - inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, qui décrit les modalités selon lesquelles les établissements et services qu'elle administre organisent leur action en vue de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux émergents ou non satisfaits, d'une part, et de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur, d'autre part ;

« - publient leurs comptes annuels certifiés ;

« - établissent le cas échéant des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées.

« Les personnes morales de droit privé gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés adoptent le statut d'intérêt collectif par une délibération de leur organe délibérant transmise à l'autorité ayant compétence pour délivrer l'autorisation. La qualité d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif se perd soit par une nouvelle délibération de l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, transmise à l'autorité ayant enregistré l'engagement initial dans l'intérêt collectif social et médico-social, soit du fait d'une appréciation de l'autorité ayant délivré l'autorisation, dans des conditions de procédure définies par décret.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'État. » ;

21° Après l'article L. 313-23-2, il est inséré un article L. 313-23-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-23-3.* - Avant le 30 juin 2010, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la mise en œuvre d'un service minimum dans le secteur médico-social au regard des contraintes constitutionnelles. Ce rapport est précédé d'une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et les acteurs du secteur. » ;

22° Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012. » ;

23° L'article L. 411-1 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen » sont remplacés par les mots : « d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace

économique européen, à une convention internationale ou un arrangement en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles » ;

b) Au septième alinéa, les mots : « le titre » sont remplacés par les mots : « le titre ou ensemble de titres » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. » ;

24° L'article L. 312-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 » sont remplacés par les mots : « qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions » ;

b) Au b du 3°, la référence : « L. 129-1 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 7232-1 » ;

c) Après le c du 3°, il est inséré un d ainsi rédigé :

« d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique. » ;

d) À la première phrase du huitième alinéa, les mots : « gestionnaires de services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « mentionnés au premier alinéa » et la référence : « L. 6133-1 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

e) Le début du neuvième alinéa est ainsi rédigé : « Les premier et troisième alinéas de l'article L. 6133-3, le premier alinéa de l'article L. 6133-4, les articles L. 6133-6 et L. 6133-7 du code de la santé publique sont applicables... (*le reste sans changement*) » ;

f) Au douzième alinéa, la référence : « L. 129-1 » est remplacée par la référence : « L. 7232-1 » ;

g) Au treizième alinéa, les mots : « telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique » et la dernière phrase sont supprimées ;

h) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel. » ;

25° Après l'article L. 313-14, il est inséré un article L. 313-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-14-1.* - Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 à l'exception du 10°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévues au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement.

« La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux.

« L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code. »

II. - A. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 257 est ainsi modifié :

a) Le début de l'antépénultième alinéa du 1 du 7° est ainsi rédigé : « de la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que de locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils hébergent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire s'ils remplissent... (*le reste sans changement*) » ;

b) À la première phrase du 7° *sexies*, après le mot : « portant », sont insérés les mots : « sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils hébergent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire » ;

2° Au 3 *septies* du I de l'article 278 *sexies*, après les mots : « apports de locaux », sont insérés les mots : « destinés à l'hébergement aux établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les ventes et apports de locaux aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent des

personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils hébergent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire ».

B. - Le A s'applique aux locaux acquis, aménagés ou construits à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

III. - *Supprimé par la commission mixte paritaire*

Article 28 bis A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Aux première et troisième phrases de l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, après les mots : « établissement public de santé », sont insérés les mots : « un organisme visé à l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale gérant des établissements de santé ».

Article 28 bis

(Texte du Sénat)

L'article L. 1111-24 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 16 *bis*, est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail.

« Ce groupement peut également attribuer, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés. »

Article 28 ter

(Texte du Sénat)

À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les mots : « répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé » sont remplacés par les mots : « aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24 ».

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS DE COORDINATION ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 29

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

1° Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est abrogé ;

2° L'intitulé du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;

3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés ;

4° L'article L. 6162-7 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le représentant de l'État dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'État dans la région ; »

b) Après le mot : « État », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « désigné en application du 1°. » ;

5° L'article L. 6162-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative. »

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

1° La sous-section 2 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;

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

3° L'article L. 215-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-1.* - Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :

« 1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;

« 2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;

« 3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;

« 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;

« 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

« Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret. »

4° L'article L. 215-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux deuxième et troisième alinéas du présent article. » ;

5° Après l'article L. 215-5, il est inséré un article L. 215-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-5-1.* - I. - Il est constitué auprès du conseil d'administration une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :

« 1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

« 2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

« Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

« Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

« II. La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires. »

III. - L'article 68 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

IV. - Par dérogation au 1° du II, les dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi et les décisions prises en application de ces dispositions par les missions régionales de santé demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du premier schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'agence régionale de santé.

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale précité, le directeur général de l'agence régionale de santé est substitué à la mission régionale de santé.

Article 30

(Texte du Sénat)

I. - À la date d'entrée en vigueur prévue au I de l'article 32 de la présente loi, dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, l'agence régionale de santé est substituée, pour l'exercice des missions prévues à l'article 26, à l'État, à l'agence régionale de l'hospitalisation, au groupement régional de santé publique, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, à la caisse régionale d'assurance maladie.

L'agence régionale de santé est substituée à la mission régionale de santé et à l'État, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence. Les biens immeubles de l'État sont mis à disposition de l'agence régionale de santé. Le représentant de l'État est autorisé, après avis du président du conseil général, à mettre à disposition de l'agence régionale de santé, pour l'exercice de ses missions, les biens immeubles mis à disposition de l'État par les départements en application de la loi n° 85-1098 du 11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'État, les départements et les régions des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement des services

placés sous leur autorité. La dotation générale de décentralisation versée par l'État aux départements est maintenue en contrepartie des locaux mis à disposition des agences régionales de santé.

L'agence régionale de santé est substituée à l'agence régionale de l'hospitalisation et au groupement régional de santé publique dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Les conditions de dévolution à l'agence régionale de santé des biens meubles et immeubles détenus par ces groupements d'intérêt public sont celles fixées par les conventions les ayant constitués ou, le cas échéant, sont fixées par une décision de leurs organes délibérants. Une convention est signée aux fins de transfert entre le directeur de ces groupements et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Les conditions dans lesquelles s'opère le transfert des droits et obligations, biens meubles et immeubles de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie, pour la partie de ses compétences transférées, font l'objet d'une convention entre le directeur de ces dernières et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'État ni à perception d'impôts, droits ou taxes.

II. - Les fonctionnaires d'État exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public dont les activités sont transférées aux agences régionales de santé sont affectés dans ces agences. Ils conservent le bénéfice de leur statut.

Les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les praticiens hospitaliers exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les agents contractuels de droit public exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat.

Les agents contractuels de droit privé exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les organismes d'assurance maladie visés au I du présent article, le service du contrôle médical du régime général, les caisses de base du régime social des indépendants et les caisses de la mutualité sociale agricole au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail.

II *bis*. - Les personnels transférés restent affiliés au régime de retraite complémentaire dont ils relèvent à la date du transfert.

III. - Après l'article L. 123-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 123-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 123-2-3. - Les accords collectifs nationaux agréés en application des articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1 ainsi que leurs avenants sont applicables aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels. »

Article 31

(Texte du Sénat)

Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un responsable préfigurateur de l'agence régionale de santé est chargé de préparer la mise en place de l'agence. À cette fin, il négocie et signe les conventions prévues à l'article 30 de la présente loi et assure le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

Il élabore le projet d'organisation des services, négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Sur la base des éléments transmis par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, il prépare le budget primitif du premier exercice de l'agence. Le budget primitif du premier exercice est arrêté par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

Le directeur général de l'agence peut exécuter le budget primitif en l'absence d'approbation du conseil de surveillance. Il prépare et soumet à l'approbation du conseil de surveillance de l'agence un budget rectificatif dans les six mois suivant la date mentionnée au I de l'article 32.

Pour accomplir les missions qui lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'État, ainsi que de ceux de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie.

Article 32

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Les IV et V de l'article 13, I à III de l'article 14, articles 26 à 29, à l'exception de l'article 27, des 1^o, 1^{o bis}, 9^o, 9^{o bis}, 10^o, 11^o, 15^o, 16^o, 17^o, 18^o, 19^o, 20^o, 23^o, 24^o et 25^o du I et du II de l'article 28 entrent en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2010.

II. - Les 2^o, 6^o, 7^o et 8^o du I de l'article 28, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension

ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'à la date mentionnée au I de cet article et ce pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article.

Les schémas prévus au 2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la présente loi sont pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé, jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 26 de la présente loi.

III. - L'abrogation des articles L. 6121-9 et L. 6121-10 du code de la santé publique intervient six mois après l'entrée en vigueur du décret, pris en application de l'article L. 1432-4 du même code introduit par l'article 26 de la présente loi, mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, et au plus tard six mois après la date prévue au I du présent article.

IV. - Jusqu'à la date prévue au I, l'article L. 6121-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6121-4.* - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de l'hospitalisation peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation sanitaire. Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques ou démographiques spécifiques, ces équipements et activités font, par dérogation, l'objet d'un schéma régional. »

V. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant des articles 1^{er} à 13 et du XI de l'article 19 *ter* de la présente loi sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

VI. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 17 de la présente loi sont exercées par la mission régionale de santé.

VII. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 22 de la présente loi sont exercées par le groupement régional de santé publique.

VIII. - Dans chaque établissement public de santé, jusqu'à la désignation des membres du conseil de surveillance, les dispositions du code de la santé publique continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à celle issue des articles 5 et 6 de la présente loi.

IX. - Par dérogation aux dispositions du III de l'article L. 4312-3 du code de la santé publique, après les premières élections de l'ordre infirmier, il est procédé, le cas échéant, aux élections complémentaires des conseils après la mise en place du conseil national de l'ordre. L'organisation de ces élections a lieu dans un délai d'un an à compter de la date d'installation du conseil national.

X. - La prise en charge de la gestion des directeurs des soins par le Centre national de gestion, prévue au 2° du I de l'article 7, prend effet un an après la publication de la présente loi. Pendant ce délai, le Centre national de gestion organise les élections professionnelles du corps à gestion nationale.

XI. - Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 26 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte et au plus tard le 30 juin 2010.

XII. - Jusqu'à la date prévue au I, les autorisations de création de lactariums sont délivrées par le représentant de l'État dans le département.

XIII. - Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils des unions régionales des caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 183-1 du même code, dans leur composition à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, expire à la date mentionnée au I du présent article.

XIV. - Les mandats des membres de la conférence régionale ou territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, sont prorogés jusqu'à la date mentionnée au I du présent article.

XV. - Les mandats des membres des conférences sanitaires mentionnées à l'article L. 6131-1, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, sont prorogés jusqu'à la date mentionnée au I du présent article.

Article 32 bis

(Texte du Sénat)

Le quatrième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase, les mots : « carte professionnelle de santé » sont remplacés par les mots : « carte de professionnel de santé », et après les mots : « L. 161-33 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé » ;

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. »

Article 33

(Texte du Sénat)

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

- modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi et le respect de la hiérarchie des normes et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet ;

- étendre et adapter les dispositions de la présente loi aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie et aux Terres australes et antarctiques françaises, en adaptant le cas échéant en conséquence celles applicables à La Réunion et à la Guadeloupe.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance dans un délai de trois mois à compter de sa publication.

Article 34

(Texte du Sénat)

I. - Le statut d'établissement public industriel et commercial des « Thermes nationaux d'Aix-les-Bains » prend fin au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi, l'établissement étant transformé en une société anonyme qui prend son existence le premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi.

Cette transformation n'emporte ni création de personne morale nouvelle, ni cessation d'activité.

Le capital initial de la société est détenu intégralement par l'État.

II. - La société mentionnée au I est soumise aux dispositions législatives applicables aux sociétés commerciales sous réserve des dispositions du présent article.

Cette société est ajoutée à la liste figurant à l'annexe III de la loi n° 83-675 du 26 juillet 1983 relative à la démocratisation du secteur public.

Ses statuts sont initialement fixés par décret en Conseil d'État. Ils sont ensuite modifiés selon les règles applicables aux sociétés anonymes.

Les comptes du dernier exercice de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains avant sa transformation résultant du I sont approuvés dans les conditions de droit commun par l'assemblée générale de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Le bilan au premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains est constitué à partir du bilan, au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi, de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains et du compte de résultat arrêté à cette dernière date.

III. - Les biens du domaine public immobilier de l'État qui ont été mis en dotation à l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains sont déclassés à la date de sa transformation en société.

Les biens dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé du domaine sont apportés, à cette même date, à la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains.

Les apports ne donnent lieu à aucun versement de salaires ou honoraires au profit des agents de l'État, ni à aucune indemnité ou perception de droits ou de taxes.

L'ensemble des droits, obligations, contrats, conventions et autorisations de toute nature de l'établissement public sont attribués, à cette même date, de plein droit et sans formalité à

la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Cette attribution n'a aucune incidence sur ces droits et obligations et n'entraîne ni modification ni résiliation des contrats et conventions en cours passés par l'établissement public.

IV. - L'ensemble des opérations de transformation de l'établissement en société anonyme est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu au paiement d'aucun impôt, rémunération, salaire ou honoraire au profit de l'État, de ses agents ou de toute autre personne publique.

V. - La première phrase de l'article L. 4321-6 du code de la santé publique est remplacée par une phrase et deux alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État détermine les actes, notamment de massage et de gymnastique médicale, que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982 :

« 1° Au sein des établissements thermaux ;

« 2° Sous réserve d'avoir satisfait, avant le 31 décembre 2011, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret, au sein des établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 35

(Texte du Sénat)

Le 6° de l'article L. 722-20 du code rural est complété par les mots : « ainsi que les agents de droit privé des agences régionales de santé qui demeurent régis par les conventions collectives des organismes de mutualité sociale agricole ».

M. le président. Nous allons maintenant examiner l'amendement déposé par le Gouvernement.

ARTICLES 1^{er} A À 5

M. le président. Sur les articles 1^{er} A à 5, je ne suis saisi d'aucun amendement.

Y a-t-il une demande de parole sur l'un de ces articles?...

Le vote est réservé.

ARTICLE 6

M. le président. L'amendement n° 1, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Au sixième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, remplacer les mots :

« après avis du »

par les mots :

« après concertation avec le »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le président, j'ai défendu cet amendement au cours de mon intervention liminaire.

M. le président. Le vote est réservé.

ARTICLES 7 À 35

M. le président. Sur les articles 7 à 35, je ne suis saisi d'aucun amendement.

Y a-t-il une demande de parole sur l'un de ces articles?...

Le vote est réservé.

Vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble du projet de loi dans la rédaction du texte élaboré par la commission mixte paritaire, modifié par l'amendement du Gouvernement, je donne la parole à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Madame la ministre, les sénateurs du groupe UMP tiennent à vous exprimer leur joie de vous retrouver aujourd'hui. J'ai envie de vous dire, quelques heures après votre confirmation au ministère de la santé: « mission accomplie! », puisque, dans quelques instants, nous allons voter ce projet de loi important qui nous a largement mobilisés. C'était d'ailleurs bien normal compte tenu de l'enjeu, à savoir la vie de nos concitoyens.

Comme l'a indiqué Jean-Pierre Fourcade, les membres du groupe UMP sont très satisfaits de constater à quel point le Sénat a enrichi le projet de loi initial. Deux exigences – la qualité et l'efficacité – ont fondé la nouvelle organisation des structures de l'hôpital et tout l'équilibre des compétences au sein de l'hôpital entre directeur, médecins et élus.

Ce texte, en contribuant au décloisonnement de notre système de santé et en rendant possible la coopération entre plusieurs établissements, permettra de proposer une offre complète de soins.

Les mesures destinées à lutter contre la multiplication des déserts médicaux sont importantes. À ce titre, je veux publiquement faire part de mon regret du rejet en commission mixte paritaire d'un amendement relatif aux médecins remplaçants, que m'avait suggéré Jacques Blanc.

Nous sommes très heureux que la création des agences régionales de santé permette de responsabiliser les acteurs du système de santé. Ce matin, examinant un rapport de Paul Blanc sur les maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH, nous avons pu constater à quel point la gestion du personnel de ces dernières était peu satisfaisante. Nous pensons que la gestion du personnel des agences régionales de santé sera exemplaire et qu'elle pourra éventuellement être étendue à des structures comme les MDPH.

Les élus parisiens membres du groupe UMP se réjouissent que la tutelle financière de l'AP-HP soit désormais exercée par le ministère du budget.

Enfin, je tiens à féliciter Nicolas About et Alain Milon, président et rapporteur de la commission des affaires sociales, ainsi que les collaborateurs de cette dernière, du travail de grande qualité qui a été accompli, et à remercier Mme la ministre de son écoute et de sa disponibilité.

Comme l'a dit Jean-Pierre Fourcade, les membres du groupe UMP voteront le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire.

Lors de l'examen du présent projet de loi, une cinquantaine de membres du groupe UMP se sont prononcés par scrutin public contre l'article 22 bis, non pas pour remettre en cause l'IVG, mais parce qu'ils regrettaient que les charges confiées aux sages-femmes ne soient pas conformes à leurs missions et

que l'on n'ait pas attendu le rapport que l'IGAS doit remettre sur ce sujet. De surcroît, selon le Vidal, les effets indésirables du médicament en cause ne sont pas anodins. Par conséquent, demain, une sage-femme confrontée à un problème médical pourrait encourir des poursuites judiciaires. Nous ne voulions donc pas que cette mesure soit inscrite dans la loi Bachelot-Narquin. Quoi qu'il en soit, les trois quarts des membres du groupe UMP ont malgré tout voté l'article 22 bis. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Jean-Pierre Godefroy. Ils ont eu bien raison!

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, lundi, à Versailles, M. le Président de la République a déclaré ceci: « Nous irons plus loin dans la maîtrise des dépenses de santé, parce que j'ai parfaitement conscience de l'immensité des besoins financiers, et qu'à ce titre, nous n'avons pas le droit de laisser gaspiller un seul euro. » Nous ne pouvons que partager cette intention.

Mais, pour arriver à une maîtrise des dépenses de santé, au moins deux voies peuvent être empruntées. Tout au long de la discussion du présent projet de loi, nous nous sommes efforcés de mettre en avant les avantages et les inconvénients de l'une et l'autre méthode.

La première voie consiste en la maîtrise comptable, voie que vous avez choisie, madame la ministre, tout en la renforçant. Nous aurons l'occasion, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, de revenir sur le mode de financement des hôpitaux, dont on a peu parlé, notamment sur la mise en place de la tarification à l'activité. Votre approche de la partition des missions de service public qui met en concurrence l'ensemble des établissements – d'une part, hôpitaux entre eux et, d'autre part, hôpitaux et cliniques – aboutira, quoi que vous en disiez, à la disparition, à terme, de pans entiers de l'hospitalisation publique et de certains services, même si ces derniers font l'objet d'une mutation dans le cadre de lits d'EPAHD.

La maîtrise comptable renforcée s'appuie sur une régulation qui ne peut être qu'autoritaire, étatique et technocratique, ce que nous récusons.

Une autre voie, certes plus difficile puisqu'elle est fondée sur la négociation, pouvait être retenue: la maîtrise à la fois médicale et administrative. Mais cette méthode demandait du temps et de la confiance.

En réalité, madame la ministre, vous nous soumettez une loi de défiance et de circonstances, pour apporter tout de suite des solutions récurrentes à cet abîme que constitue le déficit de la sécurité sociale, évalué à 20 milliards d'euros pour 2009 et à 30 milliards d'euros pour 2010. Ce n'est pas le bon procédé. Il aurait fallu une loi de confiance: confiance dans les acteurs du système de soins, qui, tout au long de l'année, prennent en charge les malades; confiance dans les médecins.

On a bien vu que défendre l'approche de la régulation conjointe entre médecins et administration hospitalière n'était pas un long fleuve tranquille. Nous avons dû nous battre jusqu'au bout, y compris en commission mixte paritaire, pour que les directeurs d'hôpitaux ne soient pas directement nommés selon le vœu du directeur général de l'ARS, dont ils seraient alors devenus de simples petits télégraphistes...

Ce projet de loi témoigne également d'une défiance vis-à-vis non seulement des autres personnels de santé, qu'il s'agisse des infirmières, des aides-soignants qui font aussi la richesse de l'hôpital et assurent sa vie au quotidien, mais aussi des usagers,

qui n'auront plus de représentants au sein des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, les CROSMS.

Relevons enfin la défiance énorme vis-à-vis des élus – je l'avais évoquée dès la discussion générale du présent projet de loi devant la Haute Assemblée –, qui pose un problème de fond. Dans le cadre de notre approche d'une régulation conjointe d'essence démocratique, l'absence des élus constitue une erreur, et même une faute. Vous aurez en effet besoin de ces derniers pour mettre en place les communautés hospitalières de territoire, madame la ministre. Nous tenions là une bonne idée, mais elle a été tuée dans l'œuf! Tout cela est extrêmement regrettable.

Madame la ministre, au début de votre propos liminaire, vous avez dit que nous étions face à un texte fondamental pour notre système de santé. Or c'est tout le contraire! Alors qu'il aurait fallu une grande loi, nous sommes passés à côté! Je le regrette, et j'espère que l'ensemble des Français n'auront pas à en subir rapidement les conséquences!

C'est pourquoi je voterai contre ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG. –M. Jacques Mézard applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. André Lardeux.

M. André Lardeux. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je voterai ce projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, en raison notamment tant du titre IV, visant à créer les agences régionales de santé, avancée remarquable sur le plan de l'organisation de notre système de santé, que du titre I^{er} relatif à l'organisation de l'hôpital. Il me semble vraiment nécessaire que, à l'instar de ce qui se passe pour toute institution, un pilote dirige ces établissements : un *management* de plus en plus pointu et efficace est en effet indispensable.

Cela dit, mon vote favorable sur l'ensemble du texte ne doit pas laisser penser que je souscris à toutes les dispositions de ce dernier. Ainsi, je ne puis adhérer, pour des raisons de conscience personnelle, à l'article 22 *bis*, évoqué par Mme Hermange, qui concerne l'extension de l'avortement par voie médicamenteuse. Cette mesure aurait mérité un plus large débat dans un autre contexte.

La pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse n'est pas sans risque pour les personnes qui y recourent; elle est même extrêmement dangereuse hors du milieu hospitalier.

Cela étant, il faudra bien un jour que nous nous penchions sur cette question qui n'a peut-être pas encore fait l'objet d'un examen assez approfondi: pourquoi le nombre des avortements est-t-il, en France, toujours aussi important qu'il y a trente ans?

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* C'est un vrai sujet!

M. André Lardeux. Quelles que soient nos convictions philosophiques sur le sujet, nous devons, les uns et les autres, regarder les choses en face pour faire en sorte que les femmes soient moins nombreuses à en venir à cette extrémité. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. –Mme Anne-Marie Payet applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Madame la ministre, comme certains l'ont déjà dit ici avec force, les moyens ne sont pas en réalité à la hauteur de l'objectif que vous avez rappelé tout à l'heure, à

savoir assurer à toutes et à tous un égal accès aux services de santé, quels que soient le lieu de résidence et les revenus de chacun.

L'objectif réel et unique de ce projet de loi est bien la maîtrise des dépenses de santé. Nous assistons ainsi à un très fort mouvement de centralisation – certains ont même parlé d'une « étatisation » de la santé –, qui met en place les conditions du démantèlement du service public hospitalier, avec la mise en concurrence de ce dernier.

Permettez-moi, mes chers collègues, d'insister sur un point. Ce projet de loi met en danger non pas seulement le fondement solidariste de notre système de santé, mais également le principe constitutionnel de l'organisation décentralisée et des compétences transférées. Il témoigne en réalité d'une méfiance, voire d'une véritable défiance, à l'égard des élus locaux. J'en veux pour preuve le refus d'adjoindre le terme « autonomie » à la dénomination des agences régionales de santé et celui d'associer pleinement les conseils généraux à l'élaboration des schémas régionaux.

Concernant le champ des compétences, la clarté et la simplification revendiquée par les promoteurs de cette réforme restent un vœu pieu, puisque la compétence générale conférée aux ARS contredit directement le rôle de chef de file des départements en matière sociale et médico-sociale.

À défaut de prévoir une décision conjointe, l'articulation des schémas départementaux et régionaux d'organisation sociale et médico-sociale et des PRIAC, les programmes inter-départementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, risque évidemment d'entraîner des incohérences. Ainsi, les logiques mêmes qui les inspirent – ascendante pour la première, descendante pour la seconde – vont peut-être se contredire.

Concernant les pouvoirs de décision, les élus locaux, pourtant investis de la légitimité d'arrêter les choix politiques, sont écartés de tout lieu de décision et cantonnés au rôle de donneur d'avis, qu'il s'agisse de la gouvernance des établissements publics de santé ou de celle des ARS. La démocratie sanitaire n'y trouve donc pas son compte!

S'agissant enfin de la mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales, comment ne pas craindre la remise en cause des dynamiques et des synergies positives déjà difficilement mises en place, à l'heure où les financements des réseaux sont d'ores et déjà figés?

Dans ces conditions, vous comprendrez, madame la ministre, mes chers collègues, que nous nous opposons à ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je tiens à remercier, au terme de ce long chemin, toutes celles et tous ceux qui ont participé à ce débat de qualité empreint d'une grande dignité. Je ne reviendrai ni sur les accords auxquels nous sommes parvenus ni sur les critiques émises.

Je tiens à dire à celles et à ceux qui m'ont apporté leur soutien que je comprends parfaitement que, s'agissant d'un texte aussi dense et complet, leur accord de fond sur l'architecture générale s'accompagne de quelques observations ou critiques. Je remercie donc celles et ceux qui, comme Marie-Thérèse Hermange et André Lardeux, m'ont apporté leur soutien sur l'ensemble du texte tout en rappelant légitime-

ment certaines réticences. C'est d'ailleurs bien la dignité de la démarche parlementaire que d'accepter des textes qui résultent inévitablement de compromis.

À la suite des propos tenus par certains d'entre vous, notamment M. Fischer, je veux rappeler ici que ma philosophie de notre système d'organisation sanitaire est directement issue du Conseil national de la Résistance. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

Dans un système de santé solidaire, c'est bel et bien l'État qui est le garant et le responsable politique. Même s'il faut bien entendu associer les acteurs locaux, nous sommes là dans un mécanisme non pas de décentralisation, mais de déconcentration. Qui portera au final la responsabilité politique? Ni les présidents de conseils généraux, ni les présidents de conseils régionaux, ni les maires! Ce sera bel et bien le Gouvernement et, de fait, le ministre chargé de la santé, par le biais des lois de financement de la sécurité sociale et des lois d'organisation.

M. Alain Vasselle. On en reparlera lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Oui, mesdames, messieurs les sénateurs, nous sommes ici dans le cadre du pacte de 1945, et je le revendique! C'est la loi qui fixe les financements à travers la loi de financement de la sécurité sociale; c'est encore la loi qui détermine l'organisation sanitaire à travers les lois d'organisation, comme celle qui vous est soumise. Ces lois de financement s'adressent principalement aux organismes d'assurance maladie pour leur mise en œuvre, tandis que les lois d'organisation s'adressent à l'administration sanitaire de l'État.

L'originalité du texte que je vous ai présenté réside dans le fait qu'il réunit au niveau pertinent, c'est-à-dire au niveau régional, d'une part, l'organisation de la gestion du risque et, d'autre part, l'organisation sanitaire.

Il faut bien sûr écouter et associer les élus, les associations de malades, les professionnels de santé; mais c'est *in fine* la responsabilité et la grandeur de l'État que de mettre en œuvre un pacte social de nature à assurer des tarifs similaires aux habitants à la fois de la région PACA et de la région Nord-Pas-de-Calais, et d'instaurer un maillage territorial par les hôpitaux, les médecins, etc., afin de ne pas privilégier les zones les plus dotées. C'est cela que nous protégera!

Mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai voulu vous proposer ici un texte de solidarité efficace, et je renouvelle mes remerciements à celles et à ceux qui le soutiennent. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Conformément à l'article 42, alinéa 12, du règlement, je mets aux voix l'ensemble du projet de loi dans la rédaction résultant du texte élaboré par la commission mixte paritaire, modifié par l'amendement du Gouvernement.

Je suis saisi de trois demandes de scrutin public émanant, la première, du Gouvernement, la deuxième, du groupe CRC-SPG, la troisième, du groupe socialiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

(*Il est procédé au comptage des votes.*)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 187 :

Nombre de votants	337
Nombre de suffrages exprimés	328
Majorité absolue des suffrages exprimés	165
Pour l'adoption	174
Contre	154

Le Sénat a adopté définitivement. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

9

NOMINATION D'UN MEMBRE D'UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Je rappelle que la commission des affaires économiques a proposé une candidature pour un organisme extraparlementaire.

La présidence n'a reçu aucune opposition dans le délai d'une heure prévu par l'article 9 du règlement.

En conséquence, cette candidature est ratifiée et je proclame M. Philippe Dominati membre titulaire du Conseil supérieur de l'énergie. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mes chers collègues, avant d'aborder le point suivant de l'ordre du jour, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-sept heures, est reprise à dix-huit heures quinze.*)

M. le président. La séance est reprise.

10

DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre un projet de loi relatif à la protection pénale de la propriété littéraire et artistique sur Internet.

Le projet de loi sera imprimé sous le numéro 498, distribué et renvoyé à la commission des affaires culturelles, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

11

ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE SUR UN PROJET DE LOI

M. le président. En application de l'article 45, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a engagé la procédure accélérée pour l'examen du projet de loi relatif à la protection pénale de la propriété littéraire et artistique sur Internet, déposé sur le Bureau de notre assemblée.

12

ÉVALUATION DU CRÉDIT IMPÔT RECHERCHE

DISCUSSION D'UNE QUESTION ORALE AVEC DÉBAT

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion de la question orale avec débat n° 36 de M. Ivan Renar à Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche sur l'évaluation du crédit impôt recherche.

Cette question est ainsi libellée :

« M. Ivan Renar attire l'attention de Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche sur la nécessaire évaluation du crédit impôt recherche (CIR).

« Si le crédit impôt recherche a connu en 2009 une augmentation de 620 millions d'euros, pour un coût global estimé entre 2,7 et 3,1 milliards d'euros, les effets réels de ce dispositif fiscal sur l'effort de recherche et développement des entreprises demeurent inconnus. Depuis l'étude d'impact menée par Technopolis France en 2006, le crédit impôt recherche n'a fait l'objet d'aucune évaluation officielle alors même qu'il a connu de profondes modifications en 2008. Lors des débats portant sur le budget de la mission interministérielle recherche et enseignement supérieur (MIREs) 2009, de nombreux parlementaires, de toutes sensibilités, se sont émus de cette situation, d'autant que toutes les politiques publiques sont soumises à évaluation. Une étude d'impact du crédit impôt recherche est d'autant plus indispensable que la progression des aides publiques est sans commune mesure avec la progression des dépenses de recherche et développement des entreprises. En outre, selon une enquête, ce dispositif, à l'origine destiné aux PME innovantes, bénéficierait essentiellement aux très grandes entreprises. Alors que le coût du crédit impôt recherche pourrait atteindre 4 milliards d'euros en 2012, il est urgent d'en mesurer les effets incitatifs et, le cas échéant, d'envisager un redéploiement des crédits affectés à ce dispositif. Il lui demande de lui indiquer les mesures qu'elle entend mettre en œuvre en ce sens et l'interroge sur l'avenir du financement des universités et des organismes de recherche publics. »

La parole est à M. Ivan Renar, auteur de la question.

M. Ivan Renar. Madame la ministre, dans cette période de remaniement ministériel, permettez-moi de vous dire le plaisir et la satisfaction qui sont les miens de vous revoir à cette place !

Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Je vous remercie.

M. Ivan Renar. Je ne peux évidemment pas parler au nom de mes collègues, mais je crois qu'ils partagent mon sentiment.

Même si je ne suis pas toujours d'accord avec vous, ce qui est normal dans un débat démocratique, je dois reconnaître, madame la ministre, que vous travaillez beaucoup, avec ardeur et détermination, sur les dossiers dont vous avez la responsabilité. (*Applaudissements.*)

Je vais maintenant entrer dans le vif du sujet !

Présenté comme l'un des instruments les plus incitatifs en France et en Europe, le crédit d'impôt recherche devrait atteindre, cette année, un coût estimé entre 2,7 milliards et

3,1 milliards d'euros. D'ici à 2012, ce serait, *a minima*, 4 milliards d'euros qui pourraient être consacrés à ce dispositif fiscal.

À l'heure où les restrictions budgétaires et la baisse de la dépense publique affectent l'ensemble de la fonction publique et ses usagers, il est indispensable de s'interroger sur la pertinence d'un outil dont les effets ne sont toujours pas évalués.

Engagée en 2004, la réforme du crédit d'impôt recherche était censée produire une augmentation significative de l'effort de recherche des entreprises. Les résultats sont-ils au rendez-vous ?

Dans son rapport d'information consacré à la recherche et à l'innovation en France, la délégation du Sénat pour la planification souligne que les entreprises françaises sont trop économes en recherche et développement.

La mise en perspective de l'augmentation considérable des aides de l'État à la recherche privée et de l'évolution de l'effort de recherche et développement des entreprises conforte ce constat. Alors que les aides publiques au secteur privé ont progressé de 1 636 millions en euros constants entre 2002 et 2006, les dépenses de recherche et développement des entreprises n'ont augmenté que de 458 millions.

Le rapport sur la valorisation de la recherche de 2007 de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, dit rapport Guillaume, est on ne peut plus explicite : « Le soutien de l'État aux entreprises, qui depuis plus de vingt ans figure parmi les plus élevés de l'OCDE, n'a pas empêché le niveau de recherche-développement privée de connaître un décrochage par rapport à l'évolution observée dans la plupart des pays. »

Ne disposant pas d'éléments tangibles démontrant que le crédit d'impôt recherche a un rôle incitatif majeur sur l'effort de recherche et développement des entreprises, le Gouvernement présente désormais le crédit d'impôt recherche comme une arme antidélocalisation.

Il est vrai que, depuis la réforme de 2008, le crédit d'impôt recherche prend en compte la totalité des dépenses de recherche-développement, sans tenir compte de leur évolution. Dorénavant, les entreprises qui bénéficient de ce dispositif fiscal ne sont plus obligées d'accroître leurs investissements dans la recherche-développement. Cette absence de contrainte renforce l'intérêt des entreprises qui bénéficient de fonds publics sans contrepartie importante.

Madame la ministre, je m'étonne de lire dans la presse, d'après les propos qui vous sont attribués, que l'enquête du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche « montre que le CIR empêche la délocalisation de laboratoires, mais qu'il est aussi attractif pour les étrangers et pousse à l'innovation dans les PME ». « Un véritable remède anticrise », auriez-vous même ajouté !

Or il est clair que le crédit d'impôt recherche ne peut empêcher la délocalisation des centres de recherche privés dans les pays de l'Union européenne.

En effet, par l'arrêt dit Fournier du 10 mars 2005, la Cour de justice des Communautés européennes a rappelé que « l'article 49 CE s'oppose à une réglementation d'un État membre qui réserve aux seules opérations de recherche réalisées sur le territoire de cet État membre le bénéfice d'un crédit d'impôt recherche ».

Nul n'ignore cette disposition, et certainement pas les chefs d'entreprise à qui l'information a été encore communiquée à l'occasion du colloque de l'Observatoire européen de la fiscalité des entreprises, qui s'est tenu le 13 mars dernier. Il y a été redit qu'avant cet arrêt le crédit d'impôt recherche ne prenait en compte que les dépenses engagées en France, mais que désormais toutes celles qui étaient engagées en Europe pouvaient donner droit au crédit d'impôt.

Au regard des sommes considérables investies dans le crédit d'impôt recherche, il est plus que nécessaire d'évaluer les effets réels de ce dispositif fiscal sur la recherche des entreprises. De nombreux collègues, de toutes sensibilités, tout comme la Cour des comptes, ont exhorté le Gouvernement à mener une telle évaluation.

Celle-ci serait d'autant plus légitime que l'ensemble des activités et des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche publics est soumis au contrôle de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, l'AERES. Maquettes de formation, institutions, unités, équipes, individus, l'ensemble du secteur public est soumis à l'évaluation et à la notation de cette agence qui, en matière de recherche, ne prend en compte que les résultats répondant à des critères quantitatifs de type bibliométriques, classements de revues, etc.

J'ajouterai une remarque sur ce point : il est regrettable de constater que la méthodologie des évaluations de l'AERES marque la fin du principe de l'évaluation par les pairs.

Je rappelle au passage que les membres de l'agence sont nommés et non élus, et que l'on demande aux évaluateurs d'apprécier et de noter les formations ou les projets conduits par des enseignants-chercheurs exerçant dans un champ disciplinaire bien différent du leur.

Un philosophe est-il le plus compétent pour juger la qualité d'une formation en sociologie ou en sciences politiques ? Un physicien est-il le mieux à même d'évaluer les maquettes de formation en biologie, en chimie, en informatique ou en mathématiques ?

Cela étant, je reviens à l'enquête lancée par le ministère.

Au-delà des problèmes méthodologiques, il est pour le moins surprenant de constater le décalage entre la présentation des résultats de l'enquête faite par le ministère et l'enquête elle-même.

En effet, si l'on peut lire dans le premier document que l'enquête de « l'automne 2008 permet désormais d'avoir une première évaluation de la réforme du crédit d'impôt recherche sur les entreprises », les auteurs de l'enquête rappellent, quant à eux, que « le but principal de l'enquête est de recueillir l'opinion des entreprises sur la réforme du CIR mise en place en 2008 et, accessoirement, d'effectuer une évaluation qualitative du CIR ». Cette précision est d'autant plus importante que moins de 5 % des entreprises bénéficiant du dispositif fiscal ont dûment complété le questionnaire.

On voit à quel point il serait périlleux de tirer des conclusions définitives sur la base de réponses d'un échantillon dont les auteurs ignorent eux-mêmes s'il est réellement représentatif.

Aussi faut-il être très clair : une enquête de perception ne saurait se substituer à une évaluation réelle des effets d'un dispositif qui devrait être encore renforcé dans les années à venir. Il est quand même surprenant que le Parlement ne dispose pas au minimum d'informations faisant apparaître

la distinction entre le crédit d'impôt recherche accordé aux grandes entreprises et à leurs filiales, et le crédit d'impôt recherche accordé aux PME indépendantes. Cela devrait pouvoir être établi, ne serait-ce que grâce aux déclarations reçues par l'administration fiscale...

Il me semble que nous ne devrions plus accepter de reconduire une mesure financièrement très coûteuse sans en connaître les effets. Lorsque nous examinerons le projet de loi de finances pour 2010, nous ne devrions plus lire, comme l'année dernière, que le ministère, comme il est écrit dans le « bleu » consacré à la mission interministérielle pour la recherche et l'enseignement supérieur, la MIREs, « ne dispose pas à ce jour d'études précises permettant d'évaluer l'efficacité du crédit d'impôt recherche pour les finances publiques et les entreprises ».

Permettez-moi toutefois d'ajouter un mot sur quelques tendances qui ressortent de cette enquête.

Il est ainsi particulièrement intéressant de souligner que, pour les entreprises de plus de cent salariés, les freins à l'innovation et aux dépenses de recherche et développement sont d'ordre non financier.

On observe encore plus nettement que les contraintes financières sont loin d'être déterminantes pour le développement de leurs activités de recherche-développement.

Pourtant, les résultats de l'enquête démontrent que les firmes de très grande taille bénéficient davantage, en proportion et en volume, du crédit d'impôt recherche que les petites et moyennes entreprises.

Plus préoccupant encore, pour les entreprises comprenant plus de deux cent cinquante salariés, l'impact du crédit d'impôt recherche sur l'accroissement des dépenses propres de recherche et développement est quasi inexistant.

De même, le crédit d'impôt recherche ne les incite ni à mener des projets de plus long terme ou plus risqués, ni à embaucher de jeunes docteurs.

Dès lors comment peut-on conclure à l'absence d'effets d'aubaine pour les grandes entreprises ?

Malgré ses faiblesses, cette enquête ne valide-t-elle pas l'hypothèse inverse ? Les grandes entreprises disposent d'une manne financière dont elles n'ont aucunement besoin. Si je voulais être cynique, je vous dirais qu'elles auraient bien tort de se priver de l'aide substantielle que leur propose généreusement l'État !

Pis, des représentants du personnel d'une très grande entreprise industrielle ont témoigné de dérives préoccupantes. Ainsi ont-ils assisté à des manœuvres visant à faire entrer sous le label « Recherche et Développement » certaines activités normalement non éligibles au crédit d'impôt recherche.

Toujours plus édifiant, le cas de cette autre grande entreprise opérant dans la chimie bénéficiaire du crédit d'impôt recherche à hauteur de dizaines de millions d'euros et qui supprime des emplois dans son secteur recherche et développement.

Ces situations démontrent à quel point les contrôles sont insuffisants. Mais il est vrai que tout contrôle des fonds publics est mal vécu par les grands groupes, toujours prêts à mettre les États, les territoires et les populations en concurrence.

Cela étant, force est de constater de manière pragmatique qu'en l'état actuel des choses de véritables contrôles de l'utilisation du crédit d'impôt recherche sont difficilement réalisables, en premier lieu en raison des critères d'éligibilité au crédit d'impôt recherche qui demeurent très larges. Le ministère rappelle ainsi que, « pour être éligible au titre du CIR, la création ou l'amélioration d'un produit, d'un procédé, d'un *process*, d'un programme ou d'un équipement doit présenter une originalité ou une amélioration substantielle ne résultant pas d'une simple utilisation de l'état des techniques existantes ». On peut s'interroger sur ce que recouvrent les termes d'« amélioration substantielle ».

En outre, tandis qu'en 2007 8 000 entreprises ont bénéficié du crédit d'impôt recherche à court terme, ce serait plus de 20 000 entreprises qui pourraient avoir recours à ce dispositif fiscal. Un contrôle approfondi de l'utilisation du crédit d'impôt recherche nécessiterait de mobiliser un nombre considérable d'agents de la fonction publique. Mais le Gouvernement, le ministère concerné, le veulent-ils ?

Faute de contrôles, il est impératif de recentrer le crédit d'impôt recherche sur les jeunes entreprises innovantes et indépendantes pour remédier à ces dérives et mettre un terme aux effets d'aubaine. Ce sont, en effet, les PME engagées dans des activités novatrices qui connaissent les plus grandes difficultés financières et seraient le plus à même de développer ou d'accroître leur recherche-développement en étant soutenues par l'État. Dans le secteur privé, c'est ici bien plus qu'ailleurs que la prise de risque inhérente à la recherche doit être encouragée.

En ce sens, il est utile de rappeler ce qu'indiquait le rapport Guillaume de 2007 : « Les comparaisons internationales et les études économiques suggèrent que la solution ne réside pas dans l'augmentation du volume des incitations publiques. Les marges de manœuvre financières se situent à présent plutôt dans les redéploiements entre secteurs et le ciblage des mesures selon les types d'entreprises. »

Autrement dit, il s'agirait en quelque sorte de revenir à ce qu'avait imaginé Hubert Curien, pour qui le crédit d'impôt recherche avait pour vocation première de favoriser la création de PME innovantes.

Parallèlement, l'État devrait redéfinir sa politique d'aide à la recherche privée de manière plus sectorielle, en cessant d'aider indistinctement l'ensemble des entreprises ayant un secteur recherche et développement.

À un dispositif fiscal aux résultats incertains, il apparaît également nécessaire de substituer l'investissement dans le système d'enseignement supérieur et de recherche publics. Avec 4 milliards d'euros, même si la comparaison est un peu simpliste, soit le coût que pourrait atteindre le crédit d'impôt recherche dans les toutes prochaines années, il serait possible de financer le recrutement de quelque 60 000 chercheurs et enseignants-chercheurs sur les dix à douze ans à venir.

Une décision aussi ambitieuse provoquerait un appel d'air sans précédent pour les carrières scientifiques. Elle permettrait de créer des emplois à très haute valeur ajoutée et encouragerait les jeunes à poursuivre des études universitaires dont les débouchés apparaissent aujourd'hui bien trop incertains. En outre, quel signal lancé à l'égard de la communauté scientifique ! Il s'agirait là d'un véritable choc de confiance, madame la ministre.

À l'heure où la France se maintient péniblement au seizième rang mondial du financement de la recherche académique, où les tensions et l'inquiétude demeurent latentes sur les campus, la mise en œuvre d'une programmation pluriannuelle de l'emploi scientifique dans les universités et les organismes de recherche publics est plus que souhaitable.

Soyons clairs : le pays dispose des moyens financiers pour mener à bien cette politique qui, de surcroît, répondrait pleinement au récent appel lancé par la Commission européenne exhortant les gouvernements de l'Union à augmenter les budgets publics de recherche et développement.

Madame la ministre, en énumérant les mérites que vous prêtez au crédit d'impôt recherche, vous avez évoqué la relocalisation de centres de recherche privés sur le territoire national. Vous avez notamment cité l'exemple de Microsoft, qui est d'autant plus intéressant que le président de Microsoft France a lui-même informé les parlementaires de l'implantation en région parisienne d'un campus dédié à la recherche-développement.

Parmi les éléments qui ont motivé le choix de cette implantation, ce dirigeant mentionne l'existence du crédit d'impôt recherche, mais bien après la qualité des chercheurs, des ingénieurs et des universités françaises et l'attractivité des territoires et des infrastructures. Ce témoignage s'inscrit dans la continuité des résultats de l'enquête *Science, technologie et industrie. Perspectives de l'OCDE* menée en 2006 et consacrée aux facteurs déterminant l'implantation d'activités de recherche et développement des entreprises. Y étaient mentionnées, dans l'ordre, la présence locale de personnels de recherche et développement, l'existence d'universités et les facilités de coopération avec celles-ci, ainsi que la protection de la propriété industrielle. Les incitations fiscales n'arrivaient qu'en neuvième position !

Mis en parallèle avec les résultats de l'enquête du ministère, ces éléments confortent nos deux propositions visant, d'une part, à revoir les critères d'éligibilité au crédit d'impôt recherche et, d'autre part, à privilégier la dépense publique en faveur des opérateurs publics de la recherche plutôt que de reconduire et d'abonder encore et toujours plus un dispositif fiscal en grande partie inefficace.

Une autre tendance ressort de l'enquête de perception du ministère : l'incitation à recruter des jeunes docteurs semble ne pas fonctionner. Plus des deux tiers des entreprises ayant répondu au questionnaire jugent en effet que le crédit d'impôt recherche n'a pas d'impact dans ce domaine, ce qui pose un vrai problème : comment développer une véritable culture de la recherche en entreprise quand ceux qui ont été formés par et pour la recherche en sont absents ? Faut-il s'étonner de la faiblesse de la recherche-développement privée, lorsque l'on sait que seuls 15 % des cadres d'entreprises, soit trois fois moins qu'aux États-Unis ou en Allemagne, ont reçu une formation scientifique ?

L'absence de débouchés professionnels pose par ailleurs de sérieuses questions sur l'avenir des jeunes qui se sont engagés dans de longues études universitaires. Dans les conclusions d'une étude menée par le Centre d'études et de recherches sur les qualifications, publiées en juin 2008, on peut lire ainsi que, « de génération en génération, la proportion de docteurs ayant un emploi à durée indéterminée trois ans après avoir soutenu leur thèse n'a cessé de diminuer. [...] La multipli-

tion des stages postdoctoraux et des financements de la recherche sur contrats de droits privés joue un rôle important dans ce phénomène. »

Dès lors, peut-on encore s'interroger sur les causes de la désaffectation d'un grand nombre de jeunes pour les carrières scientifiques ?

Le recrutement en entreprise de jeunes docteurs issus de laboratoires publics, dont ils connaissent les équipes et les projets, apparaît d'autant plus nécessaire qu'une telle évolution encouragerait le développement de recherches partenariales public-privé.

Si, en 2008, la réforme du crédit d'impôt recherche a intégré une telle problématique, nous estimons que cette prise en compte demeure insuffisante. Face à la frilosité des entreprises, il est nécessaire de conditionner ce crédit d'impôt au recrutement de docteurs. Au-delà de la contrainte, cette mesure permettrait, d'une part, d'évaluer réellement l'appétence des entreprises à se tourner vers la recherche et, d'autre part, de leur fournir les personnels formés à ce type d'activité.

Madame la ministre, je viens à l'instant de développer trois propositions visant non pas à supprimer le crédit d'impôt recherche, mais à renforcer son efficacité.

Premièrement, il s'agit de transformer une partie de la dépense fiscale en dépense budgétaire.

Deuxièmement, il convient de recentrer le crédit d'impôt recherche sur les petites et moyennes entreprises innovantes.

Troisièmement, il faut octroyer le crédit d'impôt recherche sous réserve de l'embauche de jeunes docteurs.

Que pensez-vous de ces propositions ? Quelles suites entendez-vous leur donner ? Elles permettraient de renforcer tant l'enseignement supérieur et la recherche publics que l'innovation des PME, qui sont les entreprises ayant le plus besoin du soutien financier de l'État.

Madame la ministre, ce n'est qu'un débat. Continuons le début ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Serge Lagauche.

M. Serge Lagauche. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, depuis plusieurs années, face à la montée en charge du crédit d'impôt recherche et aux modifications réitérées des modalités de sa mise en œuvre, nous sommes nombreux à poser ouvertement la question de son efficacité.

Madame la ministre, je vous ai personnellement interrogée sur ce sujet, en novembre dernier, lors de mon intervention sur la mission « Recherche et enseignement supérieur », la MIREs, du projet de loi de finances pour 2009, mais sans succès. Je remercie donc notre collègue Ivan Renar d'avoir déposé sa question orale avec débat, qui nous permettra, je l'espère, d'obtenir des éléments d'évaluation objectifs sur la nouvelle formule du dispositif du crédit d'impôt recherche.

En effet, depuis le 1^{er} janvier 2008, le taux de 10 % a été multiplié par trois : les entreprises peuvent déduire 30 % du montant total de leurs frais de recherche pour les dépenses inférieures à 100 millions d'euros et 5 % au-delà de ce plafond. Les entreprises qui font leur première demande ou qui n'en ont pas fait depuis cinq ans bénéficient d'un taux exceptionnel de 50 %. Le plafonnement est supprimé et l'accroissement des dépenses n'est plus exigé !

Madame la ministre, ne tenant aucun compte des analyses publiées par votre propre ministère et par la Cour des comptes en 2007, qui appelaient à une période de stabilité du dispositif, vous avez fait du crédit d'impôt recherche un véritable guichet ouvert. Vous n'avez tenu aucun compte non plus des nombreux rapports qui préconisaient que l'aide directe ou fiscale au secteur privé soit redéployée, ciblée sur les secteurs de haute technologie et les PME innovantes et conditionnée à l'emploi scientifique.

Sur ce sujet précis, je vous rappelle l'avis du Conseil supérieur de la recherche et de la technologie sur le projet de budget de la MIREs pour 2009. Celui-ci s'inquiète de « l'efficacité de cette mesure pour dynamiser la recherche privée, en particulier les PME, et le système français de recherche et d'innovation en général. Il attire l'attention sur le manque d'entreprises de taille moyenne investissant dans la recherche et recommande de trouver des mesures d'accompagnement. Il juge indispensable une évaluation externe de ce crédit fiscal. Cette évaluation coût-bénéfice devrait porter autant sur les bénéficiaires que sur ses effets en termes de volume des dépenses, de partenariats vers la recherche publique, de compétitivité, de taxation de la recherche-développement, d'attractivité du territoire et d'évolution de la recherche dans son ensemble. Cette évaluation devra être conduite en comparaison avec les pays partenaires et concurrents et avec la politique européenne. » On ne peut être plus clair sur la nécessité d'une telle évaluation !

À ce stade du débat, il n'est pas inutile de rappeler que, entre 2002 et 2006, les aides de l'État au secteur privé se sont accrues, en euros constants, de 1 636 millions d'euros, tandis que, une fois ces aides perçues, les dépenses des entreprises n'ont progressé que de 458 millions d'euros, ce qui soulève de sérieuses interrogations sur d'éventuels effets d'aubaine.

Mais vous allez me rétorquer, madame la ministre, que votre réforme de 2007 est passée par là. Raison de plus pour fournir au Parlement une évaluation du nouveau dispositif digne de ce nom ! Car les premiers éléments dont nous disposons ne sont pas à porter au crédit de votre dispositif. Ainsi, un rapport récent du Conseil d'analyse économique a démontré que cette réforme avait profité en premier lieu aux grandes entreprises pour lesquelles le crédit d'impôt recherche constitue d'abord un effet d'aubaine et non une mesure incitative en faveur du développement de leurs activités en matière de recherche et développement.

Ainsi, en 2008, les sommes ouvrant droit au crédit d'impôt recherche s'élevaient, pour les cinquante-huit entreprises bénéficiaires de plus de 500 salariés, à près de 2 milliards d'euros, sur les 3 milliards d'euros déclarés au titre du crédit d'impôt recherche pour l'ensemble des 513 entreprises concernées.

Par ailleurs, le Gouvernement nous « vend », depuis plusieurs années, le crédit d'impôt recherche comme un formidable outil permettant de renforcer l'attractivité de notre territoire et d'éviter la délocalisation des centres de recherche.

Or une enquête de l'OCDE réalisée en 2006 a classé par ordre d'importance les facteurs déterminant l'implantation d'activités de recherche et développement d'une entreprise. La présence locale de personnels en recherche et développement arrive en tête, puis l'existence d'universités, ensuite les facilités de coopération avec ces dernières et la protection de la propriété industrielle. Les incitations fiscales ne figurent qu'en neuvième position ! Quant aux effets du crédit d'impôt

recherche sur les délocalisations de centres de recherche, ils sont tout relatifs, puisqu'une entreprise française délocalisant sa recherche et développement en Irlande ou en Allemagne continue à en bénéficier, conformément à un arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes.

Dans ces conditions, et devant les résultats de cette étude antérieure à la dernière réforme du crédit d'impôt recherche engagée par votre gouvernement, refuser de conditionner ce dispositif à l'emploi scientifique s'avère une aberration ! Le tissu de la recherche publique et les possibilités de coopération public-privé constituent, après le capital humain que représentent les chercheurs, le second facteur d'implantation. Que fait votre gouvernement, madame la ministre, pour le valoriser ? La politique du pire, laquelle consiste à « casser » le potentiel de recherche de nos organismes, en asphyxiant financièrement les laboratoires, et à tenter de mettre au pas les enseignants-chercheurs !

Selon les chiffres de votre ministère, le coût pour l'État du crédit d'impôt recherche est évalué à 3,8 milliards d'euros pour 2009, alors qu'il ne représentait que 1,5 milliard d'euros en 2006, avant la dernière réforme, et 428 millions d'euros en 2003, avant la première réforme. Ainsi, à l'horizon 2012, son montant pourrait avoir décuplé en moins de dix ans ! Le chiffre de 3,8 milliards d'euros est à mettre en parallèle avec les quelque 10 milliards d'euros destinés aux programmes ciblés sur la recherche de la MIRE. C'est colossal !

Et tout se passe sans aucune évaluation digne de ce nom ni de véritable contrôle. Madame la ministre, le Parlement ne se contentera pas d'enquêtes d'opinion ou de perception auprès des bénéficiaires, telles que celle qui a été mise en ligne dernièrement sur le site de votre ministère. Une simple autoévaluation pour une somme de 3,8 milliards d'euros reviendrait à faire preuve d'un laxisme intolérable, surtout au regard du « procès en autoévaluation » – justement ! – que vous menez contre le CNRS.

Sur cette question du contrôle, je ne peux résister au plaisir de vous citer le récent discours de M. le Président de la République devant le Congrès : « Nous ne laisserons pas un euro d'argent public gaspillé. Je demande au Parlement de se mobiliser pour identifier tous les dispositifs inutiles, toutes les aides dont l'efficacité n'est pas démontrée, tous les organismes qui ne servent à rien. »

Évidemment, si la révision constitutionnelle, tellement soucieuse de la revalorisation du Parlement, nous avait attribué un véritable rôle de contrôle des politiques publiques, assorti de moyens poussés d'expertise, je ne doute pas que nous nous serions déjà saisis de l'évaluation du crédit d'impôt recherche, afin de réaliser une étude économétrique, répondant ainsi au souhait présidentiel avant même qu'il ne soit émis !

Aujourd'hui, madame la ministre, nous souhaitons donc une véritable étude économétrique du crédit d'impôt recherche, avant l'examen du projet de loi de finances pour 2010, afin que le Parlement puisse se prononcer en toute connaissance de cause. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. le président. La parole est à M. Christian Gaudin.

M. Christian Gaudin. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, les chercheurs le savent, l'exigence d'évaluation est au cœur de toute démarche scientifique. Elle est aussi la raison d'être de l'Office parlementaire

d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, dont je salue le premier vice-président, M. le professeur Jean-Claude Etienne. Pour le législateur, elle est la condition indispensable d'une bonne allocation des ressources publiques. Évaluer et piloter les dispositifs tels que le crédit d'impôt recherche : cette nécessité est au cœur de la révolution budgétaire introduite par la LOLF en 2001 ; c'est l'une des conditions du passage d'une logique de moyens à une logique de performance.

L'évaluation d'un crédit d'impôt bénéficiant aux entreprises est évidemment moins facile à mener que l'évaluation d'une politique qui mobilise des acteurs publics. Nous pouvons le constater, le financement de la recherche scientifique à l'université et dans les organismes fait l'objet d'une évaluation bien plus régulière que celle qui est prévue pour un dispositif comme le crédit d'impôt recherche. Cette seconde évaluation est pourtant tout aussi essentielle que la première.

Parce qu'elle est jalonnée d'aménagements plus ou moins importants, l'histoire du crédit d'impôt recherche, depuis sa création en 1983, illustre l'importance de ce travail d'évaluation.

Souvenons-nous que, à son origine, ce dispositif était uniquement fondé sur l'augmentation des dépenses de recherche supportées par les entreprises. Après avoir évalué son efficacité, le législateur a considérablement amélioré son effet de levier en 2004, par l'introduction d'une part en volume égale à 5 % des dépenses de recherche. Cet aménagement améliorant effectivement le dispositif, la part en volume a été portée à 10 % en 2006.

À l'époque, la Cour des comptes avait déjà indiqué que la forte augmentation du coût budgétaire qui résultait de la création d'une part en volume devait conduire à développer davantage les moyens d'évaluation des effets réels de cette dépense fiscale. Dans son rapport annuel de février 2007, elle avait critiqué le crédit d'impôt recherche, déplorant notamment la complexité du dispositif et son manque de lisibilité.

En réponse à ces observations, le législateur a profondément réformé le dispositif dans la loi de finances pour 2008. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2008, le crédit d'impôt recherche a été considérablement simplifié et augmenté. Cela a été dit, la suppression de la part en accroissement et le dé plafonnement du crédit d'impôt ont permis une montée en charge très importante du dispositif.

Aujourd'hui, le crédit d'impôt recherche offre donc une incitation simple et massive, qui permet un remboursement rapide des dépenses de recherche, notamment dans le cadre du plan de relance.

De surcroît, lorsque l'entreprise s'adresse à un laboratoire universitaire pour sa recherche, elle voit doubler son incitation fiscale.

Depuis sa refonte, cette incitation est véritablement devenue l'un des piliers de la politique française en faveur de l'innovation.

L'enjeu est important : en incitant et en aidant les entreprises à innover, le crédit d'impôt recherche constitue l'un des instruments qui doit permettre de combler une lacune dont souffre l'économie française, à savoir le manque de PME capables d'exporter et de se positionner sur les marchés émergents. Nous savons que la question primordiale n'est pas, en France, le nombre de PME, mais bien leur capacité

à innover, à grandir et à se développer. Trop rares sont celles qui atteignent aujourd'hui le seuil critique qui permet d'exporter, contrairement aux PME allemandes.

Aider également les grandes entreprises, y compris les multinationales, ne fait pas obstacle à cet objectif: en incitant les grandes entreprises à faire appel aux PME, on contribue aussi à la croissance de ces dernières. On sait qu'il ne peut y avoir d'innovation sans marché. En ce sens, il est indispensable que les grandes entreprises deviennent des clients réguliers des PME et qu'elles les initient à cette culture de la recherche-développement.

À cet égard, l'effet du crédit d'impôt recherche doit être évalué: il faut mesurer, non seulement sa capacité à rapprocher le monde de la recherche et celui des entreprises, mais aussi son aptitude à aider les PME, comme les grandes entreprises, à développer des produits innovants. Cela est cohérent avec l'esprit des pôles de compétitivité, mais il convient d'aller encore plus loin, en facilitant l'entrée des jeunes docteurs dans l'entreprise.

Très logiquement, avec sa montée en puissance, le coût budgétaire du crédit d'impôt recherche a considérablement augmenté, la loi de finances pour 2009 prévoyant une forte augmentation de cette dépense fiscale. La créance du crédit d'impôt recherche est ainsi passée de 1,6 milliard d'euros en 2006 à 3,5 milliards d'euros en 2008, et devrait s'élever à environ 4 milliards d'euros en 2009.

Il appartient évidemment au Gouvernement de veiller à l'efficacité des politiques qu'il a la responsabilité de mettre en œuvre. C'est ce qu'il a fait en septembre 2008, en remettant un rapport au Parlement sur le crédit d'impôt recherche, en application de l'article 34 de la loi de programme pour la recherche.

Mais l'évaluation des politiques publiques et le contrôle de l'action du Gouvernement constituent également des missions de toute première importance du Parlement. La révision constitutionnelle de juillet 2008 a donné une valeur constitutionnelle à cette responsabilité du législateur. Avant cela, dès 2001, la loi organique relative aux lois de finances renforçait ce rôle du Parlement. La LOLF prévoit en effet à son article 57 que les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des finances suivent et contrôlent l'exécution des lois de finances et procèdent à l'évaluation de toute question relative aux finances publiques.

À ce titre, en tant que rapporteur spécial de la commission des finances sur le budget de la recherche, je conduis, depuis quelques semaines, un rapport d'évaluation et de contrôle, qui porte, précisément, sur le crédit d'impôt recherche. L'objet de cette mission est de mesurer son utilisation, son effet de levier et sa capacité à rapprocher l'entreprise du monde de la recherche, en dressant une véritable typologie des entreprises bénéficiaires, de la PME à la multinationale implantée sur notre territoire.

En allant sur le terrain, à la rencontre des acteurs publics et privés, des entrepreneurs et des chercheurs, cette mission rendra compte de l'incitation à l'innovation du crédit d'impôt recherche sur les PME et les entreprises de taille intermédiaire, ainsi que de son effet sur l'attractivité du territoire auprès des grandes entreprises, notamment multinationales.

Ce rapport d'évaluation budgétaire fera l'objet d'une première communication dès septembre 2009. Afin de pouvoir mesurer efficacement l'ensemble des effets de la

réforme du crédit d'impôt recherche de 2008 sur une période significative, l'évaluation se poursuivra jusqu'à fin 2009 et aboutira à un rapport qui sera remis à la commission des finances au début de l'année 2010.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Etienne.

M. Jean-Claude Etienne. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, cette question de notre collègue Ivan Renar me semble la bienvenue.

On ne saurait parler du crédit d'impôt recherche sans le replacer dans son contexte. Lors de sa création, en 1983, je me souviens d'avoir discuté avec Hubert Curien de ce dispositif qui devait donner un élan considérable à nos entreprises, même si sa version définitive n'était pas aussi audacieuse que sa première mouture. À l'instar du Président de la République, il faut bien reconnaître qu'en France la valorisation des transferts de technologie de la recherche vers les entreprises n'a donné que des résultats médiocres. Il est donc salutaire pour le développement de nos entreprises que vous puissiez, madame la ministre, donner une nouvelle dimension à ce dispositif.

Dans son intervention du 22 janvier dernier, à l'occasion du lancement de la réflexion pour une stratégie nationale de recherche et d'innovation, le Président de la République rappelait que nous avions, faute d'avoir suffisamment agi dans ce domaine, privé le monde entrepreneurial, et singulièrement le tissu des PME-PMI, de centaines de milliers d'emplois.

En France, les PME-PMI représentent 63 % de l'emploi salarié et non salarié, contre 87 % en Allemagne, soit une différence de 24 %. Au jeu des sept erreurs, quand on compare nos deux pays, on s'aperçoit notamment qu'il existe une grande différence en matière de défiscalisation des investissements réalisés dans la recherche. Il n'est donc pas étonnant que vous ayez, madame la ministre, engagé une action pour rattraper notre retard en la matière et, ainsi, placer nos entreprises, notamment les plus petites d'entre elles, en meilleure situation dans le jeu concurrentiel. La solution s'imposait d'elle-même, même s'il faudra, bien évidemment, dans un second temps, s'attacher à en apprécier les résultats.

Les PME-PMI françaises, souvent plus petites que leurs voisins d'outre-Rhin, développent plus rarement une stratégie d'investissement dans la recherche et l'innovation. Notre collègue Christian Gaudin vient de le rappeler, lui qui mène une action très poussée au sein de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques et qui, en tant que rapporteur spécial de la commission des finances, a entrepris un audit de ce crédit d'impôt recherche.

D'une manière générale, la part du secteur privé dans le financement de la recherche est aujourd'hui beaucoup plus faible chez nous qu'en Grande Bretagne, en Allemagne ou aux Pays-Bas, pour ne citer que ces pays. L'action que vous menez, madame la ministre, devrait donner, dans les mois et les années qui viennent, un nouveau souffle à la recherche privée en France, ainsi qu'une nouvelle dimension culturelle dans les entreprises.

Bon nombre de petites entreprises, accaparées par la gestion quotidienne, ne peuvent donner à la recherche et à l'innovation la place qui devrait leur revenir, et qui permettrait d'assurer un meilleur développement de l'outil entrepreneurial.

Naturellement, les accompagnements matériels et financiers ne sont pas suffisants. Mais c'est le carburant qui permet de faire avancer la voiture, c'est l'occasion – et non pas l'aubaine – qui incite les responsables de nos entreprises, y compris des plus petites d'entre elles, à accentuer leur développement. Il s'agit d'encourager l'ambition de production innovante chez toute entreprise qui souhaite être performante dans un jeu concurrentiel souvent très serré.

C'est dire tout l'intérêt de la question posée par notre collègue Ivan Renar. Ce dernier, certainement bien informé – à moins qu'il n'ait été l'heureux lecteur d'une boule de cristal ! –, avait sans doute deviné votre maintien au Gouvernement lorsqu'il avait, voilà deux semaines, lors d'une réunion de la commission des affaires culturelles, salué votre pugnacité à remodeler les paysages universitaires et de la recherche de notre pays...

Le crédit d'impôt recherche fait partie intégrante de ce remodelage. Il n'est pas une coquetterie de défiscalisation venant se greffer sur la restructuration du monde de l'enseignement supérieur, de son corollaire, la recherche, et de son prolongement, le développement de l'innovation, lequel permet de renouveler la production économique.

Comme Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi a tenu à le souligner, ce dispositif s'adresse aussi bien aux grandes entreprises qu'aux PME. Je comprends que certains puissent s'inquiéter : ce dispositif doit bénéficier autant aux « petits » qu'aux « gros ». Il ne faut pas se contenter « d'arroser le mouillé » ! Mais, en souhaitant que ce dispositif soit « singulièrement » dirigé vers les PME et les PMI, le Président de la République a, me semble-t-il, tracé une feuille de route claire.

Surtout, le crédit d'impôt recherche n'est pas une fin en soi ; c'est d'abord l'expression, au niveau de chaque cellule de production, de l'idée qu'il convient d'aider la recherche pour que l'on puisse innover plus facilement et vendre mieux ce que l'on produit.

Les grandes entreprises savent le faire, en finançant des travaux de recherches bien ciblés et en passant des partenariats avec des structures de recherche plus souvent publiques que privées. Pour une PME, en revanche, c'est beaucoup plus compliqué ! Ce dispositif peut les accompagner dans cette démarche.

Je garde en mémoire comment, avec votre collègue Luc Chatel, nous avons été, au niveau local, des acteurs décisifs d'un tel accompagnement. Dans le Nogentais, on fabriquait des bistouris, des ciseaux et des couteaux de très bonne qualité... Le problème, c'est qu'ils ne se vendaient plus, parce qu'on utilisait dans nos salles d'opération des bistouris fabriqués au Japon ou en Chine, qui coûtaient moins cher. Nous avons décidé d'aider ces petites entreprises qui périssaient, à condition qu'elles acceptent de changer leur thématique de production. Le jour où nous avons proposé à leurs dirigeants de fabriquer des prothèses totales de hanches ou de genoux, nous avons tout d'abord pu mesurer leur déconvenue. Ils se demandaient de quoi nous nous mêlions... Mais, aujourd'hui, depuis qu'il a été couplé avec un centre d'innovation spécialisé dans les traitements de surface, ce bassin industriel renaît de ses cendres.

Bien sûr, au début, les responsables d'entreprise ont été réticents, mais, dès lors qu'on les a informés qu'ils allaient pouvoir percevoir des aides et bénéficier d'une assistance, ils ont prêté l'oreille. Grâce à cela, les Japonais, et même

quelques Chinois, sans doute les plus aisés, portent des prothèses de hanche ou de genou qui sont fabriquées à Nogent, en Haute-Marne !

Cet exemple démontre bien qu'il est fondamental de ne pas négliger cette approche. Le crédit d'impôt recherche a cette vertu première d'accompagner les entreprises dans leur développement. Comme l'a fort opportunément remarqué notre collègue Ivan Renar, non seulement les PME-PMI ne doivent pas être oubliées, mais encore elles méritent sans doute d'en bénéficier prioritairement.

En Allemagne, dont le réseau des PME-PMI est bien plus développé qu'il ne l'est chez nous, le crédit d'impôt recherche est moins avantageux. Néanmoins, il s'accompagne d'un mécanisme d'assistance matérielle des centres de recherche, qui aident les PME-PMI, lesquelles ne sont pas plus malignes que les nôtres, en leur permettant d'accéder à différentes technologies.

S'agissant de notre enseignement supérieur, il serait sans doute possible de tirer profit de l'autonomie des universités pour prendre en compte de façon plus singulière les centres de recherche qui élaborent notamment avec les PME-PMI des contrats de recherche appliquée, dont la finalité est d'aider ces dernières à innover dans leur production.

Enfin, en matière d'emploi, l'acte de recrutement est toujours un pari : plus l'entreprise est petite, plus le pari est risqué. Grâce au mécanisme du crédit d'impôt, une entreprise embauchant pour la première fois un jeune docteur pourra inclure deux fois le salaire de celui-ci, pendant deux ans, dans le calcul de ses dépenses de recherche.

On connaît l'inhibition des petites entreprises face à l'embauche d'un docteur. Elles n'y sont pas habituées. C'est pourquoi il me paraît très important, sur un plan tant psychologique que culturel, de les accompagner dans cette démarche.

Le crédit d'impôt recherche répond à plusieurs objectifs.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Jean-Claude Etienne. Le premier est d'encourager le maintien des centres de recherche en France. Il est urgent de mettre fin à leur exode !

Un deuxième est d'attirer en France des activités de recherche et développement. Notre collègue Ivan Renar a cité l'exemple de Microsoft. J'ajouterai que, si cette entreprise s'est implantée à Lille, c'est qu'elle y a trouvé un environnement propice au développement de ses recherches.

Enfin, pour terminer, puisqu'on m'y oblige, je dirai que c'est dans cet esprit que l'OPECST a saisi le comité d'évaluation des politiques publiques pour porter en écho à l'Assemblée nationale le débat que nous avons aujourd'hui au Sénat. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Jean-Pierre Raffarin. Bravo !

M. le président. La parole est à Mme Françoise Laborde.

Mme Françoise Laborde. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la réalisation des objectifs européens en matière de recherche nous impose, au-delà de la recherche publique, d'intensifier les efforts de recherche et développement des entreprises.

Le Président de la République prétend placer la recherche et l'enseignement supérieur au premier rang de ses priorités. Je m'en réjouis sincèrement, mais nous avons besoin de preuves concrètes.

Parmi les mesures fiscales destinées à inciter toutes les entreprises à augmenter leurs dépenses en recherche et développement, le crédit d'impôt recherche occupe une place prépondérante et croissante. Il serait l'instrument fondamental permettant, à terme, un renouveau de la politique industrielle et d'innovation de la France.

Si, depuis sa création en 1990, pour les PME innovantes, ce crédit d'impôt est toujours destiné à inciter les entreprises à développer leurs activités de recherche, il a connu depuis lors d'importantes évolutions.

La dernière réforme en date remonte à l'année dernière. L'objectif alors affiché était que le crédit d'impôt recherche atteigne, à partir de 2009, un coût évalué entre 2,7 milliards et 3,1 milliards d'euros, et jusqu'à 4 milliards en 2012.

Jusqu'à-là, le crédit d'impôt était attribué en fonction de l'accroissement des dépenses de recherche et développement des entreprises. Cela devait officiellement les inciter à faire plus de recherche.

Désormais, il est fait non plus référence à l'accroissement des dépenses de recherche et développement, mais seulement à l'ensemble des dépenses, qu'elles soient nouvelles ou non, en augmentation ou en diminution, pour une défiscalisation de 30 %.

Je m'interroge, dès lors, sur l'augmentation avérée de l'activité de recherche et développement que vient désormais récompenser ce crédit d'impôt...

De plus, le plafond de cette défiscalisation a été considérablement augmenté: elle peut désormais s'appliquer jusqu'à une dépense de 100 millions d'euros par entreprise; au delà, une déduction forfaitaire s'applique. Cela a eu pour effet de tripler le crédit d'impôt recherche, mais plutôt au bénéfice des grandes entreprises, qui ont profité de l'aubaine, et non au bénéfice des PME les plus jeunes, les plus innovantes, en somme celles qui auraient le plus mérité de bénéficier de ce dispositif incitatif.

Madame la ministre, le Gouvernement se vante régulièrement de la réussite de ce nouveau dispositif en termes de capacité d'innovation nationale, de renforcement de la compétitivité des entreprises et même de l'impact formidable qu'il aurait eu sur l'attractivité du territoire français pour les activités de recherche et développement.

Mais, jusqu'à ce jour, ces congratulations ne sont basées sur aucune étude réellement sérieuse. Malgré l'existence d'un consensus sur l'efficacité d'un crédit d'impôt recherche comme moyen d'intervention publique pour inciter les entreprises à accroître leurs dépenses dans ce domaine, le réel impact du dispositif existant, qui a pour conséquence une diminution non négligeable des recettes fiscales de l'impôt sur les sociétés, doit être précisé.

Vous nous avez promis, lors des discussions budgétaires de cet automne, un rapport d'évaluation sur le sujet avant la fin de l'année 2009. Mais le débat que nous avons aujourd'hui dans le cadre du pouvoir de contrôle du Parlement, sur l'initiative de notre collègue Ivan Renar, nous permet de dresser un bilan de la situation dès aujourd'hui, après plus d'un an d'application du nouveau dispositif.

Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a réalisé, en 2008, une étude auprès de 8 000 entreprises, par le biais des directeurs généraux, des directions opérationnelles

et des responsables de la recherche et développement. Ils ont répondu par questionnaire auto-administré envoyé par courriel...

Les résultats de ce « sondage géant » tendraient à prouver que la réforme de 2008 va inciter 83 % des entreprises qui n'utilisaient pas le dispositif à y recourir. Par conséquent, 66 % des entreprises auraient renforcé leurs dépenses de recherche et développement grâce au crédit d'impôt recherche.

Nous en serions plus que ravis, mais je m'interroge franchement sur le sérieux, la fiabilité et l'utilité scientifique de ces résultats. Comment peut-on se fier au résultat d'un tel sondage pour évaluer les réelles conséquences de la réforme d'une mesure fiscale aussi primordiale pour l'avenir de notre politique en matière de recherche?

De telles évaluations, comme toutes celles qui concernent des dépenses fiscales, sont très difficiles à mener puis à analyser; c'est indéniable.

Ainsi, l'évaluation de l'augmentation de l'attractivité de notre territoire due à cette incitation fiscale n'est pas chose aisée. La Cour des comptes l'a elle-même souligné.

Quand et comment le Gouvernement envisage-t-il de nous présenter une réelle évaluation de l'impact de cette mesure fiscale dans sa version issue de la réforme de 2008? Celle-ci est de plus en plus coûteuse pour l'État et ne semble profiter, à première vue, qu'aux plus grandes entreprises, et ce au détriment des PME en phase de démarrage ou de celles dont les dépenses de recherche augmentent fortement. (*Applaudissements sur diverses travées.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Je vous sais gré, monsieur Renar, de m'avoir posé cette question, qui me permettra de dresser un premier bilan du crédit d'impôt recherche, même si – je me dois de préciser à l'intention de MM. Renar, Lagauche, Gaudin et Mme Laborde – ce n'est qu'en avril dernier que nous avons pu réaliser une première évaluation exhaustive à partir des déclarations d'impôt sur les sociétés qui ont été remises au titre de l'exercice 2008, première année de la réforme. Ces données seront inscrites dans le rapport qui sera transmis au Parlement cet automne.

Je voudrais revenir sur les objectifs du crédit d'impôt recherche, puisque MM. Renar, Étienne et Gaudin les ont évoqués.

Pour atteindre l'objectif de 3 % du produit intérieur brut consacré à la recherche, conformément à l'agenda de Lisbonne, il faut renforcer notre recherche privée. Il ressort de la plupart des enquêtes européennes menées sur les outils d'incitation au développement de la recherche privée que, parmi tous les outils, l'outil fiscal, et singulièrement le crédit d'impôt recherche, est le plus efficace. Par exemple, il est bien plus efficace que les subventions.

C'est aussi une arme anticrise dans la mesure où il incite les entreprises à investir pour préparer la sortie de crise.

La réforme engagée en 2008 répond à quatre objectifs.

Premièrement, stimuler l'effort d'innovation de nos entreprises. C'est par la recherche et l'innovation que celles-ci sortiront de la crise par le haut et que nous gagnerons la bataille mondiale de l'intelligence.

Deuxièmement, encourager le maintien sur le sol français des centres de recherche qui y sont aujourd'hui implantés. En effet, les risques de délocalisations, avec leurs conséquences désastreuses pour l'emploi, ne doivent pas être sous-estimés. Nombreuses sont les entreprises dans tous les secteurs d'activités, notamment les activités industrielles – le secteur automobile, les télécoms, l'aéronautique, la chimie, l'armement – qui ont exprimé leur soutien à ce dispositif.

Troisièmement, faire venir sur notre territoire les activités de recherche et développement actuellement conduites à l'étranger. Faire venir les centres de recherche, c'est aussi faire venir des centres de décision, et donc des emplois qualifiés qui dopent le développement économique.

Quatrièmement, développer des liens entre les recherches privée et publique. Nous avons un potentiel de recherche extraordinaire dans nos laboratoires publics, mais ceux-ci ne sont pas encore suffisamment connus des entreprises, qui n'en profitent pas assez.

Le crédit d'impôt recherche est donc un dispositif en faveur non seulement de la recherche privée, mais aussi de la recherche partenariale, du développement économique et de l'emploi.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous m'avez tous interrogée sur l'évaluation quantitative du crédit d'impôt recherche.

Les premières évaluations quantitatives ne pourront véritablement être réalisées qu'à partir de 2010.

Cependant, je peux d'ores et déjà vous indiquer que les entreprises utilisent de plus en plus le crédit d'impôt recherche. Depuis quatre ans, le nombre d'entreprises concernées a augmenté de 61 %. La créance fiscale moyenne, quant à elle, a augmenté de 62 % au cours de la même période, soit 252 000 euros par entreprise en 2008.

C'est donc que le crédit d'impôt recherche est bon pour nos entreprises. À l'heure où celles-ci souffrent de la crise économique, nous ne pouvons que continuer à les accompagner.

Aujourd'hui, le crédit d'impôt recherche représente un investissement pour l'État de l'ordre de 4 milliards d'euros par an en créances fiscales. Cela se traduit par une dépense fiscale de 1,4 milliard d'euros en 2008, laquelle sera de 5,8 milliards d'euros en 2009, dont 3,8 milliards d'euros au titre du plan de relance, sous la forme d'un remboursement anticipé pour les entreprises qui ne réaliseraient pas de bénéfices en 2009, et de 1,5 milliard d'euros en 2010.

Mon ministère a mené une enquête qualitative en 2008 auprès d'un échantillon représentatif de 700 entreprises qui cumulent 3,3 milliards d'euros de dépenses de recherche en 2007.

Il en ressort quatre enseignements principaux.

Le premier, c'est que le frein principal à l'effort de recherche et développement des entreprises tient au manque de moyens financiers.

Il est clair que le crédit d'impôt recherche lève ce frein puisqu'il s'agit d'une réduction d'impôts, à hauteur de 30 %, des dépenses de recherche, avec un plafond élevé, fixé à 100 millions d'euros.

Le deuxième enseignement, c'est que la réforme est bien connue : près de 90 % des entreprises ayant répondu à l'enquête disent en avoir connaissance.

Elles sont 9 400 à avoir demandé à en bénéficier en 2008 au titre de 2007, soit une augmentation de 61 % en quatre ans.

Le troisième enseignement, c'est que le crédit d'impôt recherche est incitatif. Deux chiffres le montrent.

En premier lieu, près de 60 % des entreprises déclarent que le crédit d'impôt recherche les incite à augmenter leurs dépenses de recherche.

Monsieur Renar, les petites entreprises, de moins de 250 salariés, ont davantage déclaré être incitées à augmenter leurs dépenses de recherche et développement que les grosses entreprises. C'est aussi auprès des plus petites entreprises que le crédit d'impôt recherche a l'impact le plus fort pour engager des projets de recherche à plus long terme. En outre, 83 % des entreprises qui n'utilisaient pas le crédit d'impôt recherche disent aujourd'hui qu'elles ont intérêt à y recourir.

En second lieu, 41 % des entreprises de plus de 500 salariés considèrent le crédit d'impôt recherche comme un avantage déterminant pour l'attractivité du territoire pour les activités de recherche et développement.

Récemment, Thalès, Saint-Gobain, mais aussi IBM, Microsoft, Intel et Yahoo! ont annoncé l'ouverture de nouveaux laboratoires en France, en particulier pour y bénéficier du nouveau crédit d'impôt recherche. Certes, Microsoft justifie sa décision par les avantages structurels dont elle pourra bénéficier en France, mais ces avantages existaient l'année dernière et c'est seulement cette année que Microsoft a décidé de s'implanter dans notre pays. On peut donc penser que le coup de pouce du crédit d'impôt recherche a fait basculer la décision de l'entreprise.

Le quatrième enseignement, c'est que l'incitation à la recherche partenariale n'est pas encore suffisamment connue. Le doublement du crédit d'impôt recherche, en cas de recherche sous-traitée à un laboratoire public n'est incitatif que pour plus d'une entreprise sur trois. Ce sont surtout les grandes entreprises qui se sentent concernées. Cette mesure n'est pour l'instant pas assez connue des milieux économiques, notamment des petites et moyennes entreprises.

Enfin, le dispositif visant à faciliter le recrutement de jeunes chercheurs – leur salaire compte double pendant deux ans dans l'assiette du crédit d'impôt recherche – est incitatif pour 30 % des entreprises, en particulier pour les plus petites, celles qui comptent moins de 250 salariés et qui, jusqu'à présent, n'osaient pas recruter de docteurs.

Les études d'opinion montrent que le dispositif français est plus favorable et plus incitatif que ceux de nos voisins européens. De nombreux pays comme l'Allemagne, mais aussi les États-Unis, veulent aujourd'hui s'en inspirer.

Dans la continuité de l'enquête de 2008, pour dégager les perspectives du crédit d'impôt recherche, une nouvelle étude sera menée en 2009. Elle sera axée sur trois thèmes : l'attractivité de la France pour les centres de recherche et développement des entreprises, l'articulation du crédit d'impôt recherche avec les autres dispositifs d'aide à l'innovation, les conséquences de la crise économique sur l'effort de recherche et développement des entreprises.

Cette étude sera réalisée en relation étroite avec l'Agence française des investissements internationaux. Elle sera suivie par le comité de pilotage que j'ai mis en place et qui est composé d'experts de l'administration et de représentants des entreprises.

Les résultats de ces différentes enquêtes seront bien évidemment présentés dans le rapport annuel que mon ministère présentera au Parlement à l'automne, comme chaque année.

Je veux évaluer le crédit d'impôt recherche, parce que l'évaluation doit être la règle pour les politiques publiques. C'est pour cela que mon ministère mène des enquêtes régulières et qu'un rapport annuel sur le crédit d'impôt recherche doit être présenté chaque année au Parlement.

En revanche, évaluer la qualité de la recherche privée ne me semble pas opportun. En effet, l'objectif premier de la recherche privée n'est pas seulement de faire avancer le front de la connaissance, c'est aussi et surtout de créer de nouvelles technologies et de nouveaux services pour créer plus de valeur et plus d'emplois.

Les entreprises me semblent donc les mieux à même d'évaluer l'intérêt de leur recherche pour leur développement, et je sais qu'elles le font.

Vous m'avez demandé si le nouveau crédit d'impôt recherche était vraiment plus simple. La réponse est positive : oui, le nouveau crédit d'impôt recherche est plus simple.

Seules les dépenses de l'année en cours sont considérées pour calculer le crédit d'impôt recherche. C'est un calcul sur le volume de l'année et non plus sur l'accroissement des dépenses de recherche qui était particulièrement complexe à mettre en œuvre.

Le taux sur la part en volume est passé de 10 % à 30 %, soit un triplement. Avec cette nouvelle réforme, nous proposons donc aux acteurs de la recherche et développement un argument simple et clair qu'ils peuvent expliquer aux dirigeants des entreprises : le crédit d'impôt recherche n'est plus un dispositif d'optimisation fiscale pour les seuls spécialistes, c'est un argument de promotion de la recherche, au sein même des entreprises.

Avec le triplement du crédit d'impôt recherche, très peu d'entreprises risquent d'être défavorisées.

Monsieur Renar, 80 % des entreprises bénéficiaires du crédit d'impôt recherche sont des PME. Alors qu'elles engagent 19 % des dépenses nationales de recherche et développement, elles récupèrent 35 % du crédit d'impôt recherche, soit presque le double. Le crédit d'impôt recherche moyen par entreprise a ainsi été multiplié par 2,4 pour les PME. Avec la réforme, ce sont en fait plus de 450 millions d'euros supplémentaires de crédit d'impôt recherche qui bénéficieront aux PME.

Les PME sont donc gagnantes avec cette réforme, comme toutes les entreprises installées en France : le montant moyen du crédit d'impôt recherche par entreprise augmente pour toutes les catégories.

Pour les entreprises de taille intermédiaire – entre 250 et 2 000 personnes –, qui jouent un rôle essentiel dans le développement économique du pays, l'augmentation moyenne est supérieure à quatre.

J'en viens aux incidences du crédit d'impôt recherche sur le plan de relance.

Le crédit d'impôt recherche vient en déduction de l'impôt dû par l'entreprise au titre de l'année en cours. Toutefois, si le crédit d'impôt est supérieur à l'impôt ou si l'entreprise est déficitaire, le reliquat est imputé sur l'impôt à payer les trois années suivantes et, s'il y a lieu, restitué à l'expiration de cette période.

Pour aider les entreprises les plus fragiles, il est prévu que les entreprises de moins de quatre ans, les jeunes entreprises innovantes et les PME de croissance, que l'on appelle les gazelles, pourront se faire rembourser cette différence immédiatement.

Pour l'année 2009, dans le cadre du plan de relance, cette disposition est étendue à toutes les entreprises pour le crédit d'impôt dû au titre de 2005, 2006, 2007 et 2008. Cette mesure exceptionnelle, qui représente un effort de l'État de 3,8 milliards d'euros, s'inscrit dans le cadre des mesures pour améliorer la trésorerie de nos entreprises.

Ce sont les plus petites et les plus innovantes, et donc souvent les plus fragiles mais aussi les plus prometteuses en termes d'emplois, qui sont les premières bénéficiaires de cette aide en 2009.

Le crédit d'impôt recherche est désormais la mesure phare du Gouvernement en matière de soutien à l'innovation, mais de nombreuses entreprises ont accès à d'autres aides.

Les plus petites entreprises, de moins de 20 salariés, bénéficient souvent de plusieurs aides : crédit d'impôt recherche, dispositif OSEO, soutien aux jeunes entreprises innovantes, aides locales. Parmi les jeunes entreprises innovantes interrogées, 88 % bénéficient du crédit d'impôt recherche et 49 % des aides d'OSEO.

Il n'y a donc pas d'opposition entre les aides fiscales, telles que le crédit d'impôt recherche, et les aides budgétaires telles que celles d'OSEO. Mais les entreprises les plus grandes, qui comptent plus de 500 salariés, privilégient le crédit d'impôt recherche.

Le crédit d'impôt recherche a vocation à remplacer les aides directes aux entreprises, car il est plus efficace, en particulier pour les très grosses entreprises.

Pour doper la création d'entreprises sur les campus universitaires, nous avons donné, dès le début de cette année, le statut de jeune entreprise universitaire à toute entreprise créée par un jeune diplômé depuis moins de cinq ans ou par un chercheur qui valorise le résultat de ses recherches.

Ce statut donne les mêmes avantages que celui de jeunes entreprises innovantes, c'est-à-dire celles qui ont moins de huit ans et qui consacrent plus de 15 % de leur chiffre d'affaires à la recherche, à savoir : exonération des cotisations sociales patronales pour les professionnels de la recherche ; exonération totale des impôts sur les bénéfices pendant trois ans, suivie d'une exonération partielle de 50 % pendant deux ans ; exonération totale d'imposition forfaitaire annuelle. Ce statut peut se cumuler avec le crédit d'impôt recherche.

Monsieur Renar, le crédit d'impôt recherche s'inscrit dans une politique plus large de développement de la recherche partenariale et de promotion du doctorat : soutien des entreprises qui embauchent des doctorants pendant toute la durée de leur thèse – il s'agit des conventions industrielles de formation par la recherche, CIFRE, pour lesquelles j'ai relevé le salaire minimum de 16 % en septembre 2007 ; dispositif des doctorants-conseil grâce auquel des doctorants recrutés par leur université peuvent assurer des missions de conseil dans les entreprises, notamment dans les PME – 85 missions ont déjà été effectuées lors de l'exercice 2007-2008 ; « rendez-vous de l'emploi », organisés par mon ministère, où jeunes docteurs et doctorants rencontrent des entreprises au cours d'entretiens de prérecrutement ; soutien de l'Association Bernard Grégory, ABG, qui favorise la rencontre entre jeunes docteurs et entreprises ; soutien de l'initiative du MEDEF et de l'ABG qui

consiste à organiser un tour de France autour du thème « pourquoi se priver des docteurs » ; enfin, bien sûr, incitation au recrutement de jeunes docteurs par le doublement de leur prise en compte dans l'assiette du crédit d'impôt recherche.

Par ailleurs, comme l'a annoncé le Président de la République à Aix, le 7 avril 2009, nous réfléchissons à une simplification administrative importante pour les missions de conseil que les chercheurs et enseignants-chercheurs publics peuvent proposer aux entreprises, à l'image du chèque emploi service universel pour les services à la personne.

Enfin, je souhaite que la proposition de volontariat pour la recherche en entreprise, de l'association Croissance Plus, sur le modèle du volontariat international en entreprise, puisse être étudiée de près. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. La parole est à M. Ivan Renar, auteur de la question.

M. Ivan Renar. Je remercie Mme la ministre de ses réponses et mes collègues de leur participation à ce débat.

Madame la ministre, je prends acte de vos annonces, que je n'ai pas en cet instant les moyens d'évaluer. En tout état de cause, ce débat est appelé à rebondir à l'occasion de la présentation du projet de budget ou du rapport de notre collègue Christian Gaudin.

Madame la ministre, si j'ai posé une question sur le crédit d'impôt recherche, ce n'est pas pour vous mettre en difficulté, c'est parce que ce sujet concerne l'intérêt national. Notre vigilance est donc naturelle. En fait, j'ai le sentiment qu'elle pourrait même vous faciliter les choses. (*Sourires.*)

Permettez-moi en cet instant de vous faire part d'une anecdote scandaleuse, qui témoigne de ce qui ne doit plus se produire.

Les faits ont eu lieu dans une grande entreprise spécialisée de la chimie, dont je tairai le nom, mais vous le devinerez assez vite.

En 2008, cette entreprise a bénéficié d'environ 20 millions d'euros de crédit d'impôt recherche. Les délégués syndicaux ont regretté que cette somme soit utilisée comme du *cash*. Selon le témoignage des représentants du personnel, le directeur de la recherche et développement de l'entreprise aurait déclaré : « Maintenant, le crédit d'impôt abaisse, au niveau du groupe, le coût total de la recherche. Nous avons enregistré ce gain au niveau du groupe : c'est 12 millions de *cash* supplémentaire. Alors que choisit de faire le groupe avec ces 12 millions ? Il choisit d'investir au niveau du groupe, soit dans l'industriel, soit dans de la recherche et développement, soit dans le remboursement de la dette, soit dans l'amélioration de son résultat net. C'est donc effectivement de la gestion du *cash* au niveau du groupe. »

De telles déclarations témoignent de l'arrogance de certains cadres supérieurs ou dirigeants d'entreprise pour qui le recours aux fonds public n'impose aucune obligation de contreparties financières, économiques ou sociales, ni même de sens moral. Il faut combattre ces pratiques, faire en sorte qu'elles ne puissent se répéter. Le Président de la République lui-même a plusieurs fois stigmatisé de telles attitudes. On est loin de l'entreprise citoyenne.

L'État a-t-il vocation à aider les entreprises qui n'ont nullement besoin de son concours financier ? C'est une question qui nous préoccupe et qu'il faudra approfondir.

Pour le reste, nous pouvons être d'accord sur de nombreux points. Les petites et moyennes entreprises innovantes sont une richesse pour notre pays. Les conditions d'embauche et de rémunération des docteurs sont des données importantes pour l'avenir de la jeunesse. On ne cesse de pleurnicher sur le fait que les jeunes ne veulent plus s'orienter vers des carrières scientifiques, mais il faut voir la manière dont ils sont accueillis ou plutôt non accueillis par les entreprises.

Madame la ministre, le rendez-vous d'aujourd'hui en appelle bien évidemment d'autres : le budget, les travaux de l'Office d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, le rapport de notre collègue Christian Gaudin. Il est bon de prendre le temps de débattre ainsi de temps en temps de l'avenir de la recherche scientifique.

M. le président. En application de l'article 83 du règlement, je constate que le débat est clos.

Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-neuf heures trente, est reprise à vingt heures.*)

M. le président. La séance est reprise.

13

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

M. le président. Mes chers collègues, avant de vous donner lecture des conclusions de la conférence des présidents, je tiens à dire que c'est pour moi un grand honneur d'accueillir dans cette enceinte le nouveau ministre chargé des relations avec le Parlement. Au nom du Sénat tout entier, je lui souhaite la bienvenue. (*Applaudissements.*)

Monsieur le ministre, vous avez la parole.

M. Henri de Raincourt, ministre chargé des relations avec le Parlement. Monsieur le président, je suis particulièrement touché par les propos chaleureux que vous venez de prononcer, et je suis également très sensible à la présence de M. le président du Sénat à cette première séance à laquelle il m'est donné d'assister en tant que membre du Gouvernement.

Les nouvelles fonctions qui m'ont été confiées par le Président de la République m'honorent, même si je les reçois avec une très grande humilité. Elles m'amèneront, je ne vous le cache pas, à être un peu moins présent au Sénat, cette magnifique assemblée républicaine où j'ai siégé durant vingt-trois merveilleuses années de mon existence. Il reste que ma mission me donnera très régulièrement l'occasion de venir au palais du Luxembourg ; ce sera pour moi un plaisir toujours renouvelé en même temps qu'un précieux encouragement à accomplir ma tâche à la tête de ce ministère.

Je suis convaincu que, quelle que soit notre appartenance politique, nous saurons, les uns et les autres, nous entendre pour organiser nos travaux de la manière la plus cohérente possible, au service de la République. (*Applaudissements.*)

M. le président. La conférence des présidents a établi comme suit l'ordre du jour des prochaines séances du Sénat :

*Semaine sénatoriale de contrôle de l'action du
Gouvernement et d'évaluation des politiques publiques*

Jeudi 25 juin 2009

À 9 heures :

1°) Débat sur le volet agricole de la négociation OMC (demande du groupe RDSE) ;

(La conférence des présidents :

- a attribué un temps d'intervention de quinze minutes à un orateur du groupe RDSE ;

- a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.

Le délai limite pour les inscriptions de parole est expiré) ;

2°) Débat sur la crise de la filière laitière (demande du groupe UMP) ;

(La conférence des présidents :

- a attribué un temps d'intervention de quinze minutes à un orateur du groupe UMP ;

- a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.

Le délai limite pour les inscriptions de parole est expiré) ;

À 15 heures :

3°) Questions d'actualité au Gouvernement ;

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée au service de la séance avant onze heures) ;

4°) Question orale avec débat n° 43 de M. André Vantomme (Soc.) à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, sur le fonctionnement du Pôle emploi ;

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; le délai limite pour les inscriptions de parole est expiré.

L'auteur de la question disposera d'un temps de parole de cinq minutes pour répondre au Gouvernement) ;

5°) Débat européen sur le suivi des positions européennes du Sénat (demandes de la commission des affaires européennes, de la commission des affaires sociales et de la commission des lois) :

- La publication des données « Passagers » dans les vols internationaux ;

- Le congé de maternité.

(Chacun de ces sujets donnera lieu à un débat. Dans le cadre de chacun des débats, interviendront le représentant de la commission compétente (cinq minutes), le Gouvernement (cinq minutes), puis une discussion spontanée et interactive de dix minutes sera ouverte sous la forme de questions-réponses (deux minutes maximum par intervention)).

Journées d'initiative sénatoriale

Lundi 29 juin 2009

À 16 heures :

1°) Deuxième lecture de la proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, tendant à modifier le mode de scrutin de l'élection de l'Assemblée de Corse et certaines dispositions relatives au fonctionnement de la collectivité territoriale de Corse (texte de la commission, n° 480, 2008-2009) (demande du groupe RDSE) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le vendredi 26 juin 2009) ;

- au vendredi 26 juin 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements ;

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements de séance le lundi 29 juin 2009, à quinze heures trente) ;

2°) Proposition de loi visant à autoriser la restitution par la France des têtes maories, présentée par Mme Catherine Morin-Desailly, MM. Nicolas About, Philippe Richert, Philippe Adnot, Philippe Arnaud, Denis Badré, Pierre Bernard-Reymond, Laurent Béteille, Joël Bourdin, Auguste Cazalet, Marcel Deneux, Mme Béatrice Descamps, M. Yves Détraigne, Mme Muguette Dini, MM. Michel Doublet, Jean-Léonce Dupont, Louis Duvernois, Jean-Claude Étienne, Mme Françoise Férat, M. René Garrec, Mmes Joëlle Garriaud-Maylam, Jacqueline Gourault, MM. Louis Grillot, Georges Gruillot, Mme Christiane Kammernann, MM. Jean-Claude Merceron, Philippe Nogrix, Mmes Monique Papon, Anne-Marie Payet, MM. Louis Pinton, Paul Raoul, Ivan Renar, Charles Revet, Daniel Soulage, Mme Odette Terrade, MM. André Vallet, Jean-Marie Vanlerenberghe, François Zocchetto, Michel Houel, Jean-Paul Amoudry, Richard Yung, Marcel-Pierre Cléach, Mme Colette Mélot, MM. Daniel Dubois, Pierre Fauchon, François Pillet, Michel Bécot, Christian Gaudin, Christian Cointat, Alain Houpert, Hugues Portelli, Mme Françoise Laborde, MM. Jean-Pierre Chauveau, Roland du Luart, Dominique Braye, Mme Marie-Thérèse Bruguière et M. Michel Thiollière (texte de la commission, n° 483, 2008-2009) (demande de la commission des affaires culturelles) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le vendredi 26 juin 2009) ;

- au lundi 29 juin 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements) ;

La commission des affaires culturelles se réunira pour examiner les amendements de séance le lundi 29 juin 2009, l'après-midi) ;

Le soir :

3°) Proposition de loi visant à renforcer l'efficacité de la réduction d'impôt de solidarité sur la fortune au profit de la consolidation du capital des petites et moyennes entreprises, présentée par M. Jean Arthuis (texte de la commission, n° 470, 2008-2009) (demande du groupe UC, report de la séance mensuelle réservée) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le vendredi 26 juin 2009);

- au vendredi 26 juin 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements de séance le lundi 29 juin 2009, à la suspension de l'après-midi).

Mardi 30 juin 2009

À 15 heures et le soir :

1°) Débat sur l'organisation et l'évolution des collectivités territoriales;

(La conférence des présidents :

- a décidé d'attribuer un temps de parole de cinquante minutes à la mission temporaire sur l'organisation et l'évaluation des collectivités territoriales;

- a fixé à une heure trente la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le lundi 29 juin 2009).

Puis, pendant une heure trente, les sénateurs pourront intervenir (deux minutes maximum) dans le cadre d'un débat spontané et interactif comprenant la possibilité d'une réponse de la mission ou du Gouvernement);

2°) Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et à améliorer l'accompagnement médical et social des victimes (texte de la commission, n° 466, 2008-2009) (demande du groupe UMP);

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le lundi 29 juin 2009);

- au jeudi 25 juin 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des Lois se réunira pour examiner les amendements de séance le mardi 30 juin 2009, à neuf heures trente);

3°) Clôture de la session ordinaire 2008-2009.

SESSION EXTRAORDINAIRE

Mercredi 1^{er} juillet 2009

À 14 heures 30 et le soir :

1°) Ouverture de la session extraordinaire 2008-2009;

2°) Deuxième lecture du projet de loi de programmation relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (texte de la commission, n° 489, 2008-2009);

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 30 juin 2009);

- au lundi 29 juin 2009, à douze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements;

La commission des affaires économiques se réunira pour examiner les amendements de séance le mardi 30 juin 2009, l'après-midi et, éventuellement, le mercredi 1^{er} juillet 2009, à neuf heures trente).

Jeudi 2 juillet 2009

À 9 heures 30, à 15 heures et le soir :

- Suite de la deuxième lecture du projet de loi de programmation relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement.

Éventuellement, vendredi 3 juillet 2009

À 9 heures 30 et à 15 heures :

- Suite de la deuxième lecture du projet de loi de programmation relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement.

Mardi 7 juillet 2009

À 9 heures 30 :

1°) Dix-huit questions orales :

L'ordre d'appel des questions sera fixé ultérieurement.

- n° 495 de M. Claude Biwer à Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales;

(Cession de terrains à une commune);

- n° 499 de Mme Marie-Thérèse Hermange à Mme la ministre de la santé et des sports;

(Deuxième plan maladies rares);

- n° 567 de Mme Alima Boumediene-Thiery à M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique;

(Extension du bénéfice de la pension de réversion au partenaire survivant d'un PACS);

- n° 568 de Mme Anne-Marie Escoffier à Mme la ministre du logement;

(Champ d'application du Pass-Foncier);

- n° 569 de M. Michel Houel à M. le secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services;

(Statut de l'auto-entrepreneur);

- n° 570 de Mme Marie-Hélène Des Esgaulx à M. le ministre chargé de la mise en œuvre du plan de relance;

(Soutien financier aux analyses préalables des collectivités locales souhaitant lancer un projet de partenariat public privé);

- n° 571 de M. Jean-Claude Étienne à Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche;

(Modifications de la législation sur les centres de ressources biologiques);

- n° 572 de Mme Maryvonne Blondin à M. le ministre de l'éducation nationale;

(Avenir des enseignants contractuels du second degré) ;

- n° 573 de Mme Nicole Bonnefoy transmise à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi ;

(Application de la TVA à 5,5 % aux travaux d'entretien des bâtiments communaux) ;

- n° 575 de M. Louis Nègre à M. le secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services ;

(Réglementation des concessions de plages) ;

- n° 577 de Mme Mireille Schurch à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ;

(Situation financière des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés reprenant une activité professionnelle) ;

- n° 579 de M. Jean-Pierre Bel à M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique ;

(Modalités du versement du Fonds de compensation de la taxe sur la valeur ajoutée) ;

- n° 580 de Mme Marie-France Beauvils à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi ;

(Difficultés des industries graphiques et papetières) ;

- n° 581 de Mme Gélita Hoarau à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche ;

(Situation imposée aux planteurs de vanille de Saint-Philippe) ;

- n° 583 de M. Gérard Collomb à M. le secrétaire d'État chargé des transports ;

(Modalités d'institution d'un péage autoroutier) ;

- n° 584 de M. Francis Grignon à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche ;

(Difficultés des producteurs de légumes d'Alsace) ;

- n° 585 de M. René-Pierre Signé à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire ;

(Financement des programmes de modernisation des itinéraires routiers) ;

- n° 592 de M. Christian Cambon à M. le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État ;

(Compensation des exonérations de taxe foncière sur les propriétés bâties) ;

À 15 heures :

2°) Projet de loi organique relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et de Mayotte (Procédure accélérée engagée) (texte de la commission, n° 491, 2008-2009) ;

3°) Projet de loi relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et portant ratification d'ordonnances (Procédure accélérée engagée) (texte de la commission, n° 492, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à deux heures la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale commune, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le lundi 6 juillet 2009) ;

- au jeudi 2 juillet 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ces deux textes.) ;

Le soir :

4°) Deuxième lecture du projet de loi de développement et de modernisation des services touristiques (n° 484, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le lundi 6 juillet 2009) ;

- au lundi 6 juillet 2009, à douze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements ;

La commission des affaires économiques se réunira pour examiner les amendements de séance le mardi 7 juillet 2009, à quinze heures).

Mercredi 8 juillet 2009

À 14 heures 30 et le soir :

- Projet de loi relatif à la protection pénale de la propriété littéraire et artistique sur internet (Procédure accélérée engagée) (n° 498, 2008-2009).

Jeudi 9 juillet 2009

À 9 heures 30 :

1°) Suite du projet de loi relatif à la protection pénale de la propriété littéraire et artistique sur internet ;

À 15 heures :

2°) Questions d'actualité au Gouvernement ;

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée au service de la séance avant onze heures) ;

3°) Suite de la deuxième lecture du projet de loi de développement et de modernisation des services touristiques.

Mercredi 15 juillet 2009

À 14 heures 30 et le soir :

1°) Sous réserve de sa transmission, projet de loi de règlement des comptes et rapport de gestion pour l'année 2008 ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à deux heures la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant onze heures, le mercredi 15 juillet 2009) ;

- au mercredi 15 juillet 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements ;

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements de séance le mercredi 15 juillet 2009, à quatorze heures) ;

2°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la programmation militaire pour les années 2009 à 2014 et portant diverses dispositions concernant la défense (n° 462, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à deux heures la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant onze heures, le mercredi 15 juillet 2009) ;

- au jeudi 9 juillet 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements ;

La commission des affaires étrangères, de la Défense et des Forces armées se réunira pour examiner les amendements de séance le mercredi 15 juillet 2009, à neuf heures trente).

Jeudi 16 juillet 2009

À 9 heures 30 :

1°) Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la programmation militaire pour les années 2009 à 2014 et portant diverses dispositions concernant la défense ;

À 15 heures et le soir :

2°) Questions d'actualité au Gouvernement ;

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée au service de la séance avant onze heures) ;

3°) Déclaration du Gouvernement, suivie d'un débat, sur l'orientation des finances publiques pour 2010 ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à dix minutes le temps réservé respectivement au président et au rapporteur général de la commission des Finances, ainsi qu'au président et au rapporteur de la commission des affaires sociales chargé des équilibres financiers généraux de la sécurité sociale ;

- à cinq minutes le temps réservé à chacun des Présidents des autres commissions permanentes intéressées ;

- à deux heures la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ;

Les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mercredi 15 juillet 2009).

Y a-t-il des observations en ce qui concerne les propositions de la conférence des présidents relatives à la tenue des séances?...

Ces propositions sont adoptées.

14

RETRAIT D'UNE QUESTION ORALE

M. le président. J'informe le Sénat que la question orale n° 555 de M. Michel Magras est retirée du rôle des questions orales, à la demande de son auteur.

15

DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI

M. le président. J'ai reçu de M. le Premier ministre un projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2009-394 du 9 avril 2009 portant extension de dispositions de l'ordonnance n° 2008 1081 du 23 octobre 2008 réformant le cadre de la gestion d'actifs pour compte de tiers en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 499, distribué et renvoyé à la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.

16

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. J'ai reçu de M. Pierre Fauchon une proposition de loi relative à l'action publique en matière pénale et tendant à créer un procureur général de la République.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 500, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.

17

TEXTES SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

M. le président. J'ai reçu de M. le Premier ministre les textes suivants, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

- Avant-projet de budget général des Communautés européennes pour l'exercice 2010 ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4533 ;

- Décision du Conseil portant nomination d'un suppléant du Royaume-Uni du Comité des régions ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4534 ;

- Recommandation de la Commission au Conseil en vue d'autoriser la Commission à entamer des négociations avec l'Administration fédérale de l'aviation des États-Unis d'Amérique concernant un protocole de coopération en matière de recherche et de développement dans le domaine de l'aviation civile ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4535 ;

- Convocation d'une Conférence des représentants des gouvernements des États membres concernant les nominations d'un juge à la Cour de justice des Communautés européennes et d'un juge au Tribunal de première instance des Communautés européennes ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4536 ;

- Projet de directive de la Commission modifiant la directive 98/8/CE du Parlement européen et du Conseil aux fins de l'inscription du tolylfluamide en tant que substance active à l'annexe I de ladite directive; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4537;

- Projet de directive de la Commission modifiant la directive 98/8/CE du Parlement européen et du Conseil aux fins de l'inscription du flocoumafen en tant que substance active à l'annexe I de ladite directive; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4538;

- Projet de budget rectificatif d'installation et de fonctionnement du C.SIS pour 2009; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4539;

- Projet de décision de la Commission relative à la définition du service européen de télépéage et à ses aspects techniques (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE); ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4540;

- Avant-projet de budget rectificatif n° 6 au budget général 2009 - État général des recettes; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4243 (Annexe 6).

18

DÉPÔT DE RAPPORTS

M. le président. J'ai reçu un rapport déposé par M. Jean-Claude Etienne, Premier vice-président de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, sur les impacts de l'utilisation de la chlordécone et des pesticides aux Antilles: bilan et perspectives d'évolution, établi par M. Jean-Yves Le Déaut et Mme Catherine Procaccia, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.

Le rapport sera imprimé sous le n° 487 et distribué.

J'ai reçu de M. Bruno Sido un rapport fait au nom de la commission des affaires économiques sur le projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, de programmation relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (n° 472, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n° 488 et distribué.

J'ai reçu de M. Christian Cointat un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur:

- le projet de loi organique relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et de Mayotte (procédure accélérée engagée) (n° 467, 2008-2009);

- le projet de loi relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et portant ratification d'ordonnances (procédure accélérée engagée) (n° 468, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n° 490 et distribué.

J'ai reçu de M. Didier Boulaud un rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Conseil des Ministres de la République d'Albanie relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure (n° 315, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n° 494 et distribué.

J'ai reçu de M. Jean Milhau un rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République italienne visant à compléter l'accord relatif à la coopération transfrontalière en matière policière et douanière (n° 391, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n° 496 et distribué.

19

DÉPÔT DE TEXTES DE COMMISSIONS

M. le président. J'ai reçu le texte de la commission des affaires économiques sur le projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, de programmation relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (n° 472, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 489 et distribué.

J'ai reçu le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi organique relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et de Mayotte (procédure accélérée engagée) (n° 467, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 491 et distribué.

J'ai reçu le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi relatif à l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et portant ratification d'ordonnances (procédure accélérée engagée) (n° 468, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 492 et distribué.

J'ai reçu le texte de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Conseil des ministres de la République d'Albanie relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure (n° 315, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 495 et distribué.

J'ai reçu le texte de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République italienne visant à compléter l'accord relatif à la coopération transfrontalière en matière policière et douanière (n° 391, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 497 et distribué.

20

DÉPÔT DE RAPPORTS D'INFORMATION

M. le président. J'ai reçu de Mme Annie Jarraud-Vergnolle et de M. Paul Blanc un rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées.

Le rapport d'information sera imprimé sous le n° 485 et distribué.

J'ai reçu de Mme Michèle André un rapport d'information fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur les titres sécurisés et l'Agence nationale des titres sécurisés (ANTS).

Le rapport d'information sera imprimé sous le n° 486 et distribué.

21

DÉPÔT D'UN AVIS

M. le président. J'ai reçu de M. François Pillet un avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la programmation militaire pour les années 2009 à 2014 et portant diverses dispositions concernant la défense (n° 462, 2008 2009).

L'avis sera imprimé sous le n° 493 et distribué.

22

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au jeudi 25 juin 2009 :

À neuf heures :

1. Débat sur le volet agricole de la négociation OMC.
2. Débat sur la crise de la filière laitière.

À quinze heures :

3. Questions d'actualité au Gouvernement.

Délai limite d'inscription des auteurs de questions : Jeudi 25 juin 2009, à onze heures.

4. Question orale avec débat n° 43 de M. André Vantomme à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi sur le fonctionnement des pôles « Emploi ».

M. André Vantomme demande à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi de bien vouloir l'informer sur la situation de la nouvelle entité issue de la fusion ANPE-ASSEDIC, Pôle emploi, dans le cadre du nouveau service public de l'emploi. En effet, de nombreux dysfonctionnements sont apparus en raison de la précipitation avec laquelle cette opération a été conduite. Tout particuliè-

rement, les métiers des agents de l'ANPE et des salariés des ASSEDIC ne peuvent être confondus et les compétences respectives ne sont pas interchangeables. De plus, la question des deux statuts différents n'est pas réglée.

Ces graves difficultés internes portent préjudice aux demandeurs d'emploi déjà inscrits, ainsi qu'aux 300 000 chômeurs supplémentaires que compte notre pays depuis le début 2009. Les plates-formes téléphoniques sont totalement saturées, les rendez-vous ne peuvent être assurés par des agents submergés, les entretiens mensuels personnalisés annoncés comme un nouveau service de Pôle emploi ne peuvent avoir lieu. On compte aujourd'hui jusqu'à 200 demandeurs d'emploi par conseiller, alors que le Gouvernement s'engageait à diminuer le nombre déjà excessif de 120 demandeurs d'emploi en moyenne par conseiller à 60.

L'hypothèse d'un million de demandeurs d'emploi nouveaux en 2009, désormais crédible, conduit à s'interroger sur l'annonce du Président de la République de 1 840 agents supplémentaires qui seraient embauchés fin juin, sans que l'on sache exactement sous quel type de contrat ils seront embauchés, à quelles tâches ils seront affectés et quelle formation ils auront préalablement suivie. Cette annonce, si elle devait être suivie d'effet, ne serait manifestement pas à la hauteur d'une situation aussi grave.

En conséquence, il la prie de lui indiquer ce qu'elle envisage de faire pour mettre un terme à cette situation, et pour que les demandeurs d'emploi, victimes des licenciements et de la précarité, trouvent auprès de Pôle emploi le service auquel ils ont droit dans le cadre du respect qui leur est dû.

5. Débat européen sur le suivi des positions européennes du Sénat :

–la publication des données « Passagers » dans les vols internationaux ;

–le congé de maternité.

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures cinq.)

*La Directrice
du service du compte rendu intégral,*

MONIQUE MUYARD

NOMINATIONS DE RAPPORTEURS

Commission des affaires sociales

M. Alain Gournac a été nommé rapporteur de la proposition de loi n° 456 (2008-2009), adoptée par l'Assemblée nationale, pour faciliter le maintien et la création d'emplois.

ANNEXES AU PROCES VERBAL de la séance du mercredi 24 juin 2009

SCRUTIN n° 187

sur l'ensemble du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, dans la rédaction du texte proposé par la commission mixte paritaire, modifié par l'amendement du Gouvernement

Nombre de votants	338
Suffrages exprimés	329
Pour	174
Contre	155

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Contre : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

Contre : 15

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Contre : 115

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Pour : 22

Abstention : 5 MM. Denis Badré, Didier Borotra, Mme Jacqueline Gourault, MM. Jean-Jacques Jégou, Jean-Marie Vanlerenberghe

N'ont pas pris part au vote : 2 MM. Marcel Deneux, Michel Mercier (Membre du Gouvernement)

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Pour : 147

Abstention : 1 M. Alain Chatillon

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - président du Sénat, M. Roland du Luart - qui présidait la séance et M. Henri de Raincourt (Membre du Gouvernement)

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 3

Contre : 1 M. Jean Louis Masson

Abstention : 3

Ont voté pour :

Nicolas About	Catherine Dumas	Fabienne Keller
Philippe Adnot	Ambroise Dupont	Joseph Kergueris
Jean-Paul Alduy	Bernadette Dupont	Alain Lambert
Jean-Paul Amoudry	Jean-Léonce Dupont	Marc Laménie
Pierre André	Louis Duvernois	Élisabeth Lamuré
Jean Arthuis	Jean-Paul Emorine	André Lardeux
Gérard Bailly	Jean-Claude Etienne	Robert Lafoaullu
Gilbert Barbier	Pierre Fauchon	Daniel Laurent
René Beaumont	Jean Faure	Jean-René Leclerc
Michel Bécot	Françoise Férat	Dominique Leclerc
Claude Belot	André Ferrand	Antoine Lefèvre
Pierre Bernard-Reymond	Louis-Constant Fleming	Jacques Legendre
Laurent Bêteille	Alain Fouché	Dominique de Legge
Joël Billard	Jean-Pierre Fourcade	Jean-François Le Grand
Claude Biwer	Bernard Fournier	Jean-Pierre Leleux
Jean Bizet	Jean-Paul Fournier	Philippe Leroy
Jacques Blanc	Jean François-Poncet	Gérard Longuet
Paul Blanc	Christophe-André Frassa	Simon Loueckhote
Pierre Bordier	Yann Gaillard	Michel Magras
Joël Bourdin	René Garrec	Lucienne Malovsky
Brigitte Bout	Joëlle Garriaud-Maylam	Philippe Marini
Jean Boyer	Christian Gaudin	Pierre Martin
Dominique Braye	Jean-Claude Gaudin	Hervé Maurey
Marie-Thérèse Bruguière	Gisèle Gautier	Jean-François Mayet
Elie Brun	Jacques Gautier	Colette Mélot
François-Noël Buffet	Patrice Gérald	Jean-Claude Merceron
Christian Cambon	Bruno Gilles	Lucette Michaux-Chevry
Jean-Pierre Cantegrit	Adrien Giraud	Alain Milon
Jean-Claude Carle	Colette Giudicelli	Aymeri de Montesquiou
Auguste Cazalet	Nathalie Goulet	Albéric de Montgolfier
Gérard César	Alain Gournac	Catherine Morin-Desailly
Jean-Pierre Chauveau	Adrien Gouteyron	Philippe Nachbar
Marcel-Pierre Cléach	Sylvie Goy-Chavent	Louis Nègre
Christian Cointat	Francis Grignon	Jacqueline Panis
Gérard Cornu	Charles Guené	Monique Papon
Raymond Couderc	Michel Guerry	Charles Pasqua
Jean-Patrick Courtois	Hubert Haenel	Philippe Paul
Philippe Dallier	Françoise Henneron	Anne-Marie Payet
Serge Dassault	Pierre Hérisson	Jackie Pierre
Isabelle Debré	Marie-Thérèse Hermange	François Pillet
Robert del Picchia	Michel Houel	Xavier Pintat
Christian Demuynck	Alain Houpert	Louis Pinton
Gérard Dériot	Jean-François Humbert	Rémy Pointereau
Marie-Hélène Des Esgaulx	Christiane Hummel	Christian Poncelet
Béatrice Descamps	Benoît Huré	Ladislav Poniatowski
Sylvie Desmarescaux	Jean-Jacques Hyst	Hugues Portelli
Denis Detcheverry	Soibahadine Ibrahim Ramadani	Yves Pozzo di Borgo
Yves Détraigne	Pierre Jarlier	Catherine Procaccia
Muguette Dini	Sophie Joissais	Jean-Pierre Raffarin
Éric Doligé	Jean-Marc Juilhard	Charles Revet
Philippe Dominati	Christiane Kammermann	Philippe Richert
Michel Doublet		Josselin de Rohan
Daniel Dubois		Roger Romani
Alain Dufaut		Janine Rozier
André Dulait		

Bernard Saugey
Bruno Sido
Esther Sittler
Daniel Soulage
Michel Thiollière

André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Alain Vasselle

René Vestri
Jean-Pierre Vial
Jean-Paul Virapoullé
François Zocchetto

Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Jean-Pierre Plancade
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen

Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-
Baudrin
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca

Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuhejava
Raymond Vall
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Ont voté contre :

Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne
Antoinette
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Bertrand Auban
François Autain
Robert Badinter
Jean-Michel Baylet
Marie-France Beaufils
Jean-Pierre Bel
Claude Bérít-Débat
Jacques Berthou
Jean Besson
Michel Billout
Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Nicole Borvo Cohen-
Seat
Yannick Botrel
Didier Boulaud
Alima Boumediene-
Thiery
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Claire-Lise Champion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Bernard Cazeau
Monique Cerisier-ben
Guiga

Michel Charasse
Yves Chastan
Jacqueline Chevé
Jean-Pierre
Chevènement
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Roland Courteau
Jean-Claude Danglot
Yves Daudigny
Yves Dauge
Marc Daunis
Annie David
Jean-Pierre Demerliat
Michelle Demessine
Christiane Demontès
Jean Desessard
Évelyne Didier
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Anne-Marie Escoffier
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
Bernard Frimat
Charles Gautier
Samia Ghali
Jacques Gillot
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-
Maurin
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Gélita Hoarau
Robert Hue

Annie Jarraud-
Vergnolle
Claude Jeannerot
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Philippe Labeyrie
Françoise Laborde
Serge Lagauche
Serge Larcher
Françoise Laurent
Perrigot
Gérard Le Cam
Jacky Le Menn
Raymonde Le Texier
Alain Le Vern
André Lejeune
Claudine Lepage
Claude Lise
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques Mahéas
François Marc
Daniel Marsin
Jean-Pierre Masseret
Marc Massion
Jean Louis Masson
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Rachel Mazuir
Jean-Luc Mélenchon
Louis Mermaz
Jacques Mézard
Jean-Pierre Michel
Jean Milhau
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Jacques Muller
Robert Navarro
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor

Denis Badré
Didier Borotra
Alain Chatillon
Philippe Damiche

Abstentions :

Gaston Flosse
Jacqueline Gourault
Jean-Jacques Jégou
Bruno Retailleau

Jean-Marie
Vanlerenberghe

N'a pas pris part au vote :

Marcel Deneux.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - président du Sénat, M. Roland du Luart - qui présidait la séance.

Ne peuvent prendre part au vote :

(En application de l'article premier de l'ordonnance n° 58-1099 du 17 novembre 1958 portant loi organique pour l'application de l'article 23 de la Constitution.).

Michel Mercier, Henri de Raincourt.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	337
Nombre des suffrages exprimés	328
Majorité absolue des suffrages exprimés ..	165
Pour l'adoption	174
Contre	154

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifié conformément à la liste ci-dessus

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	171,30
33	Questions 1 an	118,90
83	Table compte rendu 1 an	29,40
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	153,30
35	Questions 1 an	86,10
85	Table compte rendu 1 an	26,00
95	Table questions 1 an	18,10
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	894,50
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	865,90

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

Prix du numéro : 2,50 €