

***ANALYSE***

**PROJET DE LOI**  
**PORTANT REFORME DE L'HÔPITAL, ET DES**  
**DISPOSITONS RELATIVES AUX PATIENTS, A LA SANTÉ**  
**ET AUX TERRITOIRES**

10 octobre 2008

Contacts :

Elisabeth Pénide : 06 81 14 31 90

Marie Kayser : 06 86 55 80 02

Syndicat de la Médecine Générale, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff

Tél. : 01 46 57 85 85 – Fax : 01 46 57 08 60

e-mail : syndmedgen@free.fr – site : <http://smg-pratiques.info>

## **Table des matières :**

<b>Titre I : Modernisation des établissements de santé .....</b>	<b>5</b>
<b>Chapitre 1e : Missions des établissements de santé .....</b>	<b>5</b>
<b>Article 1 : missions des établissements .....</b>	<b>5</b>
<b>Article 2 : .....</b>	<b>5</b>
<b>Article 3 : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.....</b>	<b>6</b>
<b>Chapitre 2 : Statuts et gouvernance des établissements publics de santé .....</b>	<b>6</b>
<b>Article 4 : statuts des établissements publics de santé .....</b>	<b>6</b>
<b>Article 5 : conseil de surveillance et directoire.....</b>	<b>7</b>
<b>Article 6 : directeur et directoire des établissements publics de santé. ....</b>	<b>7</b>
<b>Article 7 : nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.....</b>	<b>8</b>
<b>Article 8 : organisation interne des établissements publics de santé. ....</b>	<b>8</b>
<b>Article 9 : Comptes de l'établissement.....</b>	<b>8</b>
<b>Article 10 : Praticiens hospitaliers. ....</b>	<b>9</b>
<b>Article 11 : simplification du régime relatif aux sécessions immobilières. ....</b>	<b>9</b>
<b>Chapitre 3 : Favoriser les coopérations entre établissements de santé .....</b>	<b>9</b>
<b>Article 12 : communauté hospitalière de territoire. ....</b>	<b>9</b>
<b>Article 13 : groupements de coopération sanitaire.....</b>	<b>9</b>
<b>Coordination de l'évolution du Système de Santé par l'ARS .....</b>	<b>10</b>
<b>Titre II : accès de tous à des soins de qualité. ....</b>	<b>11</b>
<b>Article 14 : Organisation des soins .....</b>	<b>11</b>
<b>Article 15 : régulation territoriale de la démographie médicale par la répartition des postes d'interne par spécialité .....</b>	<b>11</b>
<b>Article 16 : organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires..</b>	<b>12</b>

Article 17 : Protocoles de coopération entre professionnels de santé .....	12
Article 18 : limitation des refus de soins par les médecins et dentistes .....	12
Article 19 : formation continue des professions médicales, pharmaciens. ....	13
Article 20 : réforme des laboratoires d'analyses de biologie médicale.....	14
Article 21 : L'Europe des brevets et diplômes. ....	14
<b>Titre III : PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE.....</b>	<b>15</b>
Article 22 : Compétences de l'éducateur de santé. ....	15
Article 23 : interdiction de vente d'alcool aux mineurs. ....	15
Article 22 : interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations-service, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente à domicile, contrôle. .....	15
Article 23 : interdiction de la vente de cigarettes aromatisées. ....	16
<b>Titre IV : Organisation territoriale du système de santé .....</b>	<b>16</b>
<b>Chapitre I : Création des agences régionales de santé.....</b>	<b>16</b>
Chapitre 1 : missions et compétences des agences régionales de santé .....	16
Chapitre 2 : fonctionnement des agences régionales de santé. ....	17
Section 1 : gouvernance des agences. ....	17
Sous-section 1 : directeur général.....	18
Sous-section 2 : conseil de surveillance. ....	18
Sous-section 3 : conférences régionales de santé. ....	18
Section 2 : régime financier des agences.....	18
Section 3 : personnel des agences .....	19
Chapitre 3 : Coordination des agences régionales de santé .....	19
Chapitre 4 : la politique régionale de santé. ....	19
Section 1 : projet régional de santé. ....	19
Section 2 : gestion du risque au niveau régional .....	21
Section 3 : territoire de santé et conférence de territoire.....	21
Chapitre 5 : Moyens et outils de mise en œuvre de la politique régionale de santé. .....	21

Section 1 : veille, sécurité et police sanitaire. ....	21
Section 2 : contractualisation avec les offreurs de services en santé. ....	21
Section 3 : Accès aux données de Santé.....	22
Section 4 : Inspection et contrôles.....	22
<b>Chapitre II : Représentativité des professions de santé libérale .....</b>	<b>23</b>
Article 27 : .....	23
<b>Chapitre III : Etablissements et services médico-sociaux .....</b>	<b>25</b>
Section 2 : procédure d'autorisation.....	25
Section 2-1 : organisme consultatif.....	25
<b>Chapitre IV : Dispositions de coordination et dispositions transitoires.....</b>	<b>26</b>
Article 29 .....	26
Article 30 .....	26
Article 31 .....	26
Article 32 .....	27

# **Titre I : Modernisation des établissements de santé**

33 pages sur 76 portant sur l'hôpital...

## **Chapitre 1e : Missions des établissements de santé**

### **Article 1 : missions des établissements**

Il est proposé que l'ensemble des missions de service public puisse être assuré par tous les établissements de santé quelle que soit leur statut.

**Commentaire :** il est question ici non seulement de la permanence des soins hospitalière mais aussi de l'ensemble des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) <sup>(1)</sup> jusqu'ici presque intégralement exercées par les établissements publics mais pouvant déjà être exercées par les établissements PSPH et privés. L'enveloppe MIGAC apporte actuellement un supplément de dotation aux établissements publics (La dotation nationale MIGAC pour 2007 s'élevait à 5.999 milliards d'euros soit 12,7 % de l'ensemble des ressources de l'AM allouées aux établissements soumis à la tarification à l'activité).

Le risque est que les établissements privés ne choisissent que les MIGAC qui leur « rapporteront ».

Se pose également la question de la rémunération des médecins libéraux des établissements privés dans le cadre des MIGAC et particulièrement le respect des tarifs opposables dans le cadre de la permanence des soins. Seuls les soins ou détenus, aux étrangers et demandeurs de droit d'asile, aux personnes retenues dans les centres sociaux médicaux judiciaires de sûreté restent du ressort du service public hospitalier strict.

La mission de régulation des appels exercés par les établissements de santé siège de SAMU doit pouvoir être mutualisée, au niveau interdépartemental ou régional, en y permettant le concours de médecins d'exercice libéral.

Un paragraphe traite des centres de santé : une analyse plus précise de cette partie est à faire.

### **Article 2 :**

Les établissements participent au dispositif de vigilance, dans chaque établissement est créé une Commission Médicale d'Etablissement (CME) consultée dans les matières et conditions fixées par voie réglementaire, reconnaissance par le ministère de certaines missions, limitation dans le temps possible pour l'utilisation de certains dispositifs médicaux et certaines pratiques d'actes...

---

<sup>1</sup> (1) Les MIGAC recouvrent : les MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), les autres MIG (Mission d'Intérêt Général) dont la permanence des soins et les soins d'urgence mais aussi les missions d'aide et de vigilance (centre anti-poisons), prise en charge par des équipes pluridisciplinaires (équipe mobile de soins palliatifs...), prévention et éducation pour la santé, les prises en charge spécifiques (PASS, CDAG...) soins aux détenus...

[http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/migac/rapport\\_2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/migac/rapport_2007.pdf)

**Commentaire : melting-pot**

### **Article 3 : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**

Ce sont les ARS qui vont avoir toutes les responsabilités de conclure des contrats, de pénaliser les contrevenants, d'établir les schémas régionales et interrégionales de l'organisation des soins, et à défaut de signature du contrat, **le directeur général de l'ARS peut décider unilatéralement** des missions, des objectifs quantifiés ainsi que des pénalités prévues. Ces pénalités sont proportionnelles à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder 1% des recettes d'assurance maladie constatées.

**Commentaire : Ces contrats d'objectifs et de moyens encadrent l'ensemble des missions des établissements hospitaliers : dans le cadre des SROS et des missions de service public. Fort pouvoir est donné aux ARS pour établir les contrats, les évaluer et sanctionner les établissements qui ne les rempliraient pas.**

## **Chapitre 2 : Statuts et gouvernance des établissements publics de santé**

### **Article 4 : statuts des établissements publics de santé**

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées d'autonomie administrative et financière. Chaque établissement est doté d'un conseil de surveillance et dirigé par un directeur nommé par l'autorité de tutelle. Les ressources de l'établissement public comportent : des produits d'activité, des dotations de l'État et de l'assurance-maladie, des emprunts, et produit des ventes ou services, les avances consenties, des revenus des participations, des dons, legs, subventions et apports, et produit des brevets qu'ils détiennent, des produits financiers divers, des produits des cessions d'actifs et produits exceptionnels. L'établissement peut créer en son sein une ou plusieurs fondations afin de concourir aux missions de recherche du service public hospitalier.

**Il s'agit d'une organisation pyramidale de la gouvernance de l'hôpital et autres établissements.** L'ARS décide de leur condition, permet la création de communautés hospitalières de territoire, et donne tous pouvoirs au directeur de l'établissement, « patron » de l'hôpital. Le **directeur d'établissement**, président du directoire, agit en complémentarité avec le **conseil de surveillance**, recentré sur la définition d'orientations stratégiques et un **organe de conseil** de l'exécutif, **le directoire**, resserré, qui implique fortement la communauté médicale. Des **chefs de pôles** ont autorité sur l'ensemble du personnel du pôle, ils remplacent les responsables de ces pôles et veillent à la mise en œuvre du projet médical. Enfin la création d'un nouveau type de fondation, la fondation hospitalière pour la recherche, a pour but de faciliter le rapprochement entre monde hospitalier notamment les CHU, et le monde de l'industrie autour de projets communs. Le directeur est nommé pour les centres hospitaliers universitaires **par décrets pris en conseil des ministres** sur proposition du ministre chargé de la santé. Ou du directeur de l'ARS.

### **Article 5 : conseil de surveillance et directoire.**

Le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration actuel. Compétences recentrées sur la définition de principes, d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle. Il exerce le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l'établissement. Il est composé de quatre représentants des collectivités territoriales, quatre représentants du personnel médical et non médical dont deux désignés par la commission médicale de l'établissement, et quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'ARS dont deux représentants des usagers.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour. Il peut assister aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le directeur de la Caisse d'Assurance Maladie désigné par le directeur général de l'ARS peut assister aux séances du conseil avec voix consultative.

### **Article 6 : directeur et directoire des établissements publics de santé.**

Le directeur de l'établissement conduit la politique générale de l'établissement. Il préside le directoire et représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il exécute les délibérations du conseil de surveillance. C'est lui qui sur proposition du chef de pôle lorsqu'il existe et après avis du président de la commission médicale d'établissement, peut proposer la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques. C'est lui qui décide de la politique sociale, notamment le projet social et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social. C'est lui qui décide de l'organisation du travail et des temps de repos à défaut d'un accord avec les organisations syndicales. En cas de restructuration de l'établissement, il peut mettre fin aux fonctions d'un praticien. Le directoire est constitué par les membres du personnel de l'établissement, dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires. Les membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutiques et odontologiques. Le président peut également mettre fin à leurs fonctions.

L'état des prévisions de recettes et de dépenses donnait lieu à révision du plan global de financement pluriannuel. Il est présenté par le directeur de l'établissement conseil d'administration est voté par ce dernier. Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le président du directoire de l'établissement soumet à la vie du directoire un nouvel état des prévisions de recettes et des dépenses tenant compte des motifs du refus opposé.

**Commentaire :** En résumé, le directeur de l'établissement a tout pouvoir et il dépend directement du directeur général de l'ARS. Il n'y a plus de conseil d'administration. La commission médicale d'établissement (CME) n'a plus qu'un rôle consultatif. --

Est introduit par cet article la notion de politique d'intéressement (rémunérations des directeurs).

### **Article 7 : nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.**

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider du caractère contractuel ou statutaire du poste de directeur d'établissement. Il peut mettre fin aux fonctions du directeur. Le recrutement des directeurs est ouvert à des personnels issus d'autres fonctions publiques, ou n'ayant pas la qualité de fonctionnaire. Une part variable de leur rémunération est soumise à l'évaluation de leurs pratiques par l'autorité de tutelle.

**Commentaire :** Ce sont des nominations du haut de la pyramide vers le bas. —Le directeur est « tout-puissant », mais sur un siège éjectable et sa rémunération est variable en fonction de ses résultats.

### **Article 8 : organisation interne des établissements publics de santé.**

Les chefs des Pôles d'activité sont nommés pour une durée de trois ans par le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activités cliniques ou médicaux techniques. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. Le chef de pôle a des objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui lui seront délégués.

Le président du directoire d'un établissement public de santé peut admettre des professionnels médicaux exerçant au titre libéral autres que les praticiens statutaires. Des professionnels non médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au service des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires des professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, le cas échéant minorés d'une *redevance*. (- en cas de pratiques avec dépassement d'honoraires). Le financement des services de soins est soumis à la transmission des données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité. En cas de refus outre les sanctions prévues pour les services, la rémunération des praticiens qui n'exécuteraient pas les obligations mentionnées peut être retenue.

**Commentaire :** chapitre très important, qui introduit les chefs de pôles d'activité, sous-fifres du directeur, qui vont contrôler l'application des directives. On note également l'introduction des soignants exerçant à titre libéral au sein (médecins) ou à l'extérieur de l'établissement mais en lien (soignants non médecins) : glissement du fonctionnement public vers le fonctionnement privé.

### **Article 9 : Comptes de l'établissement.**

Ils doivent être certifiés selon des modalités et un calendrier fixé par décret, les établissements ont un délai de cinq ans à partir de la publication de la loi pour se mettre à jour.

### **Article 10 : Praticiens hospitaliers.**

Possibilités de recrutement pour les praticiens hospitaliers sous statut contractuel : la rémunération comportant une part fixe et une part variable modulée sur la base d'objectifs et d'engagement individuel du praticien, notamment d'activité.

Ces nouveaux contrats serviront à recruter des nouveaux praticiens et seront aussi ouverts aux praticiens hospitaliers titulaires dans le cadre d'un détachement limité dans le temps. Des décrets en conseil d'Etat déterminent le statu et les rémunérations du personnel médical et scientifique enseignant et hospitalier les centres hospitaliers et universitaires.

Une amélioration vis-à-vis de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors union européenne est donnée : les chirurgiens-dentistes et des sages femmes doivent justifier de l'exercice de fonctions hospitalières ; l'épreuve anonyme de vérification de maîtrise de la langue française est remplacée par une attestation de niveau.

**Commentaire** : les nouveaux contrats payés à l'activité vont introduire à l'hôpital les effets pervers du paiement à l'acte déjà connus en libéral : sélection des patients « rentables », abattage d'actes. Les praticiens hospitaliers vont donc être soit titulaires salariés, soit rémunérés pour partie à l'activité, soit libéraux. D'autres moyens de garder ou d'attirer des praticiens à l'hôpital auraient pu être choisis que cette introduction de « privé » à l'hôpital.

### **Article 11 : simplification du régime relatif aux sécessions immobilières.**

Le directeur de l'ARS peut donner mandat au directeur de l'établissement avec caractère exécutoire ou suspensif vis-à-vis des procédures applicables aux baux emphytéotiques, à l'acquisition, la rénovation ou la construction de bâtiments.

## **Chapitre 3 : Favoriser les coopérations entre établissements de santé**

### **Article 12 : communauté hospitalière de territoire.**

La communauté hospitalière de territoire est créée par le directeur général de l'ARS et fixe la répartition des droits et obligations des établissements qui y adhèrent. Le directeur de la communauté hospitalière de territoire peut décider des transferts de compétences et d'autorisation d'activités de soins et d'équipements de matériels lourds entre les établissements adhérents. Les contrats d'objectifs et de moyens contiennent des orientations relatives aux complémentarités de l'offre de soins.

**Commentaire** : cet article sous couvert de meilleure coopération entre établissements, permettra en fait de fermer facilement des activités décrétées « non rentables » dans certains établissements publics, cela va dans le sens de la fermeture actuelle des établissements de proximité.

### **Article 13 : groupements de coopération sanitaire.**

Le groupement de coopération sanitaire constitue le mode de coopération privilégiée entre établissements de santé publics et privés et permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social. Il permet de mutualiser les moyens ou d'exercer en commun une activité autorisée sur un ou plusieurs territoires de santé et à l'échelle d'une ou plusieurs régions. Dès lors qu'il exerce une ou plusieurs activités de soins, il est qualifié d'établissement public de santé et soumis aux mêmes règles. Il peut assurer des missions de services publics et de recherche. La rémunération des praticiens libéraux peut être assurée forfaitairement ou à l'acte. Le recouvrement des sommes dues est fait par l'établissement.

Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire.

**Commentaire :** cet article organise la « coopération » public-privé : certaines activités sur certains territoires ne subsisteront que dans le privé. Ceci pose la question des tarifs appliqués au patient qui sera souvent obligé de consulter un spécialiste en secteur à dépassements d'honoraires. Il est difficile de comprendre si l'article L 6133-11 de la loi HSPT traite de cette question uniquement pour la permanence des soins ou aussi pour les autres actes qu'un patient hospitalisé dans un établissement public serait amené à passer en privé : de toutes façons aucune garantie n'est donnée puisqu'il est dit « les médecins libéraux peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire ».

## Coordination de l'évolution du Système de Santé par l'ARS

Le directeur général de l'ARS coordonne l'évolution du système hospitalier, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers notamment en vue de l'adapter aux besoins de la population, de rationaliser l'offre de soins et diminuer son coût, d'améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche. Il peut exiger à un ou plusieurs établissements publics de santé de signer des conventions de coopération et créer une communauté hospitalière de territoire, un groupement de coopération sanitaire, ou un groupement d'intérêt public. En cas de transfert ou de regroupement d'activité impliquant plusieurs établissements, les fonctionnaires ou les agents concernés peuvent être de plein droit mis à disposition du ou des établissements concernés par la poursuite de ses activités.

**Commentaire :** le ministre de la santé et le directeur général de l'agence régionale de santé ont tout pouvoir : mais pourquoi verser cet article en PLFSS ?

**Remarque générale sur le titre I :** Les missions de service public ne sont plus le privilège de l'hôpital public, et donc les financements de ces missions sont ouverts au secteur privé, avec libre choix. Quant à l'hôpital public, il devient un Hôpital – entreprise dans sa double dimension : gestionnaire, avec la toute-puissance des ARS et de leurs sous-fifres, commerciale, en introduisant des contrats privés, une

rémunération variable à l'activité, et un intéressement aux bénéficiaires, ainsi que la possibilité d'une activité libérale au sein de l'hôpital public.  
Le statut d'établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH) semble avoir été abrogé.

## **Titre II : accès de tous à des soins de qualité.**

### **Article 14 : Organisation des soins**

L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades et des usagers, sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité, après avis du représentant de l'État.

Insertion d'un chapitre préliminaire : **définition du médecin généraliste de premier recours.**

Article L. 4130 : les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoires sur un territoire, en assurant, y compris dans les établissements de santé et médico-sociaux, la prévention, dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes et l'éducation pour la santé pour ses patients ;
- orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- s'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres intervenants participant à la prise en charge du patient ;
- assurer la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et la tenir à leur disposition ;
- contribuer aux actions de prévention et dépistage sur le territoire ;
- participer à la permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314 – 1.

**Commentaire :** C'est une très belle définition du rôle du généraliste médecin de premier recours aux multiples fonctions mais il n'y a strictement rien sur d'autres modalités d'organisation et de rémunérations lui donnant la possibilité d'exercer ces nouvelles fonctions. La question de la rémunération forfaitaire n'est abordée qu'à l'article 16 dans le cadre de la permanence des soins.

### **Article 15 : régulation territoriale de la démographie médicale par la répartition des postes d'interne par spécialité**

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 annuellement par spécialité et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et

de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée. Des décrets en Conseil d'État déterminent les modalités des épreuves, le choix de 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.

**Commentaire :** cet article organise une meilleure adéquation entre d'une part le nombre et le type de médecins souhaités et le nombre de postes de chaque spécialité pour un territoire donné. Il est illusoire de penser qu'il va régler les problèmes d'inégalités territoriales d'accès aux soins.

#### **Article 16 : organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires**

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires est confiée à l'agence régionale de santé qui communique au représentant de l'Etat les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions. Cette mission s'organise autour d'une régulation téléphonique accessible par un numéro d'appel unique. Est puni de 7 500 € d'amende le fait pour un médecin de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique. Ces dispositions entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

#### **Article 17 : Protocoles de coopération entre professionnels de santé**

Sont applicables les protocoles validés par la Haute Autorité de Santé et approuvés par arrêté par le directeur de l'ARS. Ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional et attesté par l'ARS. Les modalités d'applications sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

#### **Article 18 : limitation des refus de soins par les médecins et dentistes**

Afin de faciliter la preuve du refus de soins, il est proposé d'instaurer une présomption de preuves en faveur des assurés. Les directeurs de caisses pourront sanctionner directement les professionnels par des pénalités financières après avis de la commission des pénalités. Ces sanctions pourront faire l'objet d'une publication.

Peuvent le faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé contribuant à restreindre l'accès aux soins de la population :

- en pratiquant une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins
- en exposant les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure,
- en exposant les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé,
- en ayant omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111 -- 3 du code de la santé publique.

La sanction pourra consister en :

- une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés en premier

-- une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés en deuxième, troisième et quatrième tiret.

-- En cas de récidive, les sanctions seront renforcées temporairement par le retrait du droit à déplacement pour les médecins du secteur 2, par la suspension de la participation des caisses aux cotisations sociales pour les professionnels de santé en secteur 1.

**Commentaire :** l'article 17 vise à « limiter » les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU en donnant le pouvoir de sanction aux caisses d'assurance maladie et non plus à l'ordre des médecins, mais on cherche en vain des mesures permettant de remédier aux difficultés financières d'accès aux soins des patients : rien sur le tiers payant, rien sur la suppression des dépassements d'honoraires ( bien au contraire dans le même temps le gouvernement négocie avec les syndicats de médecins sur le secteur optionnel ).

### **Article 19 : formation continue des professions médicales, pharmaciens.**

Cet article est totalement obscur à la lecture première et nécessite pour le comprendre de se référer aux articles cités du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale. Explications :

1) Mise en place d'une nouvelle organisation de la FMC : conseil unique de FMC sous tutelle du ministère et à prérogatives diminuées remplaçant les actuels conseils nationaux par type d'exercice :

Le conseil national de la formation médicale continue a pour mission : de proposer au ministre chargé de la santé des orientations nationales de la formation continue et les critères et les modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions de formation, de veiller au respect de l'obligation de formation continue par les médecins, de dresser le bilan dans un rapport annuel rendu public, de proposer les modalités de mise en œuvre de systèmes d'information aux médecins de connaître l'offre de formation médicale continue.

Dans la composition du conseil national de FMC on retrouve comme actuellement dans les conseils par type d'exercice : des représentants de l'ordre des médecins, des enseignants des unités de formation et de recherche médicale, des syndicats représentatif des médecins, des organismes de formation, des personnalités qualifiées, , des représentants du ministère chargé de la santé mais fait nouveau : des membres de la Haute Autorité de santé, de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, des représentants des usagers du système de santé.

Une convention entre l'Etat et le conseil national de l'ordre des médecins fixe les modalités de fonctionnement administratif et financier du Conseil National de la Formation Continue.

C'est un décret en Conseil d'état qui détermine les modalités d'application du chapitre concernant la composition du conseil, ses modalités de fonctionnement, d'organisation de la validation de la Formation Médicale continue et de définition des critères de qualité des programmes et des actions de formation.

Les conseils nationaux actuels par type d'exercice (médecins libéraux, médecins salariés non hospitaliers, médecins hospitaliers) sont supprimés, ainsi que le comité de coordination qui les regroupait. De même sont supprimés les déclinaisons régionales de ces conseils et donc le rôle des Unions Régionales des Médecins libéraux.

2) L'OGC (Organisme de Gestion Conventionnel) est maintenu : dans sa fonction d'organisme payeur, il assure la gestion administrative et financière du dispositif de FPC.

#### **Commentaires :**

Le Conseil National de la Formation Médicale Continue voit son rôle nettement diminuer : il ne fera plus que « proposer » au ministre chargé de la santé les orientations nationales de la FMC (actuellement les conseils les « fixent »), de même il « proposera » les critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et des actions de formation, alors qu'actuellement il « agréé » les organismes formateurs.

Actuellement existe une formation Le CPN FPC (Comité Paritaire National de la Formation Professionnelle Conventionnelle) définit les orientations de la Formation Médicale Continue. Les séminaires sont d'abord validés par le conseil scientifique sur le « fond », et sur les méthodes pédagogiques. Puis le CPN FPC agréé les dossiers et répartit l'enveloppe financière. Ce conseil est formé pour moitié par des membres de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et pour moitié des représentants des syndicats signataires de la convention (actuellement le SML et la CSMF). Ensuite chaque organisme de formation repart avec un certain nombre de dossiers agréés qui se dérouleront l'année suivante. Les médecins connaissent généralement l'OGC, Organisme Gestionnaire Conventionnel.

#### **Article 20 : réforme des laboratoires d'analyses de biologie médicale.**

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la constitution, le gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances toutes mesure relative à l'organisation et au fonctionnement des laboratoires de biologie médicale publique et privée afin de permettre à chacun l'accès à une biologie médicale de qualité prouvée conjuguée à l'efficacité des dépenses de santé. En particulier d'assouplir les règles relatives à la détention du capital, tout en évitant les conflits d'intérêt et en garantissant le rôle central du biologiste dans les instances dirigeantes du laboratoire d'analyses médicales.

#### **Article 21 : L'Europe des brevets et diplômes.**

Reconnaissance des qualifications professionnelles, mais aussi rapprochement des législations des états membres du conseil européen relative aux dispositifs médicaux implantables actifs ainsi que la directive concernant la mise sur le marché des produits biocides ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liée à cette transposition.

## **Titre III : PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE**

Les agences régionales de santé vont organiser la prévention en équilibre avec le soin, et permettront de sanctuariser les dépenses de prévention. Premier échelon de la prévention, l'éducation pour la santé. Deuxième, l'environnement, la réduction de la présence de nuisance. Enfin, troisième point, l'encadrement voir l'interdiction de l'accès à des substances nocives.

### **Article 22 : Compétences de l'éducateur de santé.**

Les pathologies donnant lieu à des programmes d'éducation thérapeutique du patient sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Modalités d'élaboration définie par décret. *L'agence régionale de santé* vérifie que les programmes d'éducation thérapeutique du patient répondent aux conditions du cahier des charges nationales en vue *d'une convention* conclue avec les promoteurs pour une durée de quatre ans. L'agence régionale de santé est également chargée de *l'évaluation* de ces programmes, préalablement au renouvellement des conventions. L'agence régionale de santé s'assure du maillage territorial de l'offre en éducation thérapeutique. Les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elle répond à un cahier des charges dont les modalités d'élaboration sont définies par décret.

Lorsque la maladie est présente : l'éducation thérapeutique. Le patient, acteurs de prévention, devient *co-responsable de sa santé* tant dans le domaine de la prévention que dans les actes en lien avec son traitement.

**Commentaire : qui va en assurer la formation ? Qui seront les promoteurs de programme d'éducation ? Il y a de forts risques que l'industrie pharmaceutique se mette sur les rangs et obtiennent ainsi ce que le législateur lui a refusé jusqu'à présent...**

### **Article 23 : interdiction de vente d'alcool aux mineurs.**

Sanctions préconisées : 3750 € d'amende. En cas de récidive dans les cinq ans, un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende.

### **Article 22 : interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations-service, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente à domicile, contrôle.**

Cette interdiction vise spécialement la pratique dite des « open bar » (entrées payantes et boissons à volonté). Encadrer la vente d'alcool réfrigéré à emporter, la plupart du temps des pierres, destiné à une consommation immédiate. Interdiction de toute vente de boissons alcooliques dans les points de vente de carburant. Amende de 3750 € pour les contrevenants. Vente au forfait et offre à titre gratuit : 7000€ d'amende. Récidive : 15.000€. Il est proposé l'extension des compétences de la direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes sur ces domaines.

**Article 23 : interdiction de la vente de cigarettes aromatisées.**

**Commentaire :** Il s'agit là de mesures bien insuffisantes pour « préserver le capital santé des jeunes » comme le prétend l'introduction de ce chapitre ». Et par ailleurs les lois de prohibition n'ont jusque là pas fait preuve d'efficacité

**Titre IV : Organisation territoriale du système de santé**

**Chapitre I : Création des agences régionales de santé**

**Chapitre 1 : missions et compétences des agences régionales de santé**

L'agence régionale de santé est compétente en matière de :

- Politique de santé publique
- soins ambulatoires et hospitaliers
- Pris en charge et accompagnement dans les établissements et services médico-sociaux
- Professions de santé

Pour la réalisation de ses missions et dans le cadre de ses compétences l'agence :

- Organise et met en œuvre l'observation, la surveillance et l'analyse des états de santé et des situations de handicaps et de perte d'autonomie.
- Contribue à l'identification et à la réduction des risques liés aux déterminants des états de santé et des situations de handicaps et de perte d'autonomie
- Organise l'offre de services en santé et définit, finance et évalue les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie.
- Organise et met en œuvre la veille sanitaire, organise le recueil, le traitement de tous les signalements des événements sanitaires, ainsi que, dans le respect des attributions des représentants de l'État compétents, la gestion de la réponse aux alertes sanitaires. Elle contribue à la gestion des situations de crise sanitaire.
- Oriente et organise l'offre de services en santé en fonction des besoins en soins et en services médico-sociaux et des exigences de d'efficience. À ce titre :

- Elle contribue à l'observation de la démographie des professionnels des secteurs de la santé et médico-sociale et à son adéquation avec les besoins en soins ayant pris en charge et accompagnements médico-sociaux et elle contribue à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;
- Elle favorise la coordination entre les professionnels de santé et les établissements et les services de santé et médico-sociaux.
- Elle autorise la création des établissements et services de santé et médico-sociaux de son ressort, contrôlent leur fonctionnement et leur alloue les ressources qui relèvent de sa compétence.
- Elle promeut l'amélioration de la qualité des services et de l'efficience des offreurs de services de santé et médico-sociaux de son ressort. En particulier :
  - Elle veille à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, des produits de santé et des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, procède à des contrôles à cette fin, et contribue, avec les services de l'État compétent, à la prévention et à la lutte contre la maltraitance dans les établissements et les services de santé et médico-sociaux.
  - Elle définit et met en œuvre, avec le concours des organismes d'assurance-maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions visant à mieux connaître, prévenir et gérer le risque assurantiel en santé, avec un objectif d'efficacités et d'efficience.

Article L. 1431 – 4 : les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par un *décret*, qui peut créer des agences interrégionales de santé est confié des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

## **Chapitre 2 : fonctionnement des agences régionales de santé.**

### **Section 1 : gouvernance des agences.**

L'agence régionale de santé est une personne morale de droit public de l'État, doté de l'autonomie administrative et financière. Elle est dirigée par un directeur général et comporte un conseil de surveillance.

Elle s'appuie sur une conférence régionale de santé, chargé de participer par ses avis à la définition des politiques de santé régionales ; elle met en place de commission de coordination des politiques concourant à la santé, respectivement dans le secteur de la prévention et dans celui des prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Elle met en place des délégations territoriales départementales.

Elle est placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé et elle est soumise au contrôle de la Cour des Comptes.

### **Sous-section 1 : directeur général.**

Le directeur général de l'agence est nommé par décret en conseil des ministres, sur proposition des ministres chargés de la santé, après avis du conseil stratégique de la santé. Son mandat est de quatre ans. Il peut être mis fin à ses fonctions après avis du conseil stratégique de la santé.

### **Sous-section 2 : conseil de surveillance.**

Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'État dans la région. Il est composé de représentants de l'État, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie de son ressort et dont la caisse nationale est membre de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers. Les représentants des collectivités territoriales, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers sont élus au sein des collèges correspondants de la conférence régionale de santé selon des modalités définies par décret. Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

### **Sous-section 3 : conférences régionales de santé.**

La conférence régionale de santé est un organisme consultatif qui court, par ses avis, à la politique régionale de santé. Elle peut faire toutes propositions au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respecter les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Elle organise, au moins une fois tous les deux ans, un débat public sur les questions de santé de son choix. Elle est composée de plusieurs collèges : un décret détermine les modalités d'application, la composition des commissions spécialisées.

Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant participe avec voix consultative, aux réunions de la conférence régionale de santé.

## **Section 2 : régime financier des agences.**

Les ressources de l'agence sont constituées par :

- Une subvention de l'État pour charges de service public
- Des contributions des régimes d'assurance-maladie
- Des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les actions concernant les établissements et services médico-sociaux
- Des ressources propres, dons et legs
- De versements des collectivités locales sur la base volontaires

### **Section 3 : personnel des agences**

Le personnel de l'agence comprend :

- Des fonctionnaires
- Des agents contractuels de droit public
- Des agents de droit privé régi par des conventions collectives applicables aux personnels des organismes de sécurité sociale

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

## **Chapitre 3 : Coordination des agences régionales de santé**

Un comité de coordination des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance-maladie membres de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie. Il est présidé par les ministres chargés de la santé, les personnes âgées et des personnes handicapées, ou leurs représentants.

Un décret détermine la composition de ce comité et ses modalités de fonctionnement.

**Commentaire :** ce chapitre est très éclairant quant au fonctionnement de l'agence régionale de santé : tous les rouages seront fixés par conseil d'État, sans que nous puissions faire quoi que ce soit. Les conférences régionales de santé n'ont qu'un avis consultatif, aucun pouvoir, aucune raison d'influer dans la politique de l'État.

## **Chapitre 4 : la politique régionale de santé.**

### **Section 1 : projet régional de santé.**

Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé et prend en compte les orientations de la politique nationale de santé, et les dispositions financières fixées par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances.

Le projet régional de santé est constitué :

- D'un plan stratégique régional de santé
- des schémas régionaux
- De programmes déclinant les modalités d'application

Article L. 1434 – 3 : le projet régional de santé fait l'objet d'une concertation préalable des différents acteurs concernés par sa mise en œuvre est d'un avis du représentant de l'État dans la région.

**Article L. 1434 – 4 : un décret détermine les modalités d'application de la présente section**

**Commentaire :** on voit par ces deux derniers articles comment le gouvernement fait semblant de prendre avis et ensuite fixe toutes les conditions par des décrets : tout pouvoir.

➤ **Sous-section 1 : schéma régional de prévention.**

Il comprend des dispositions relatives à 1<sup>e</sup> la prévention, 2<sup>e</sup> la sécurité sanitaire (risques émergents).

➤ **Sous-section 2 : schéma régional d'organisation des soins.**

Le schéma régional de l'organisation des soins fixe par territoire de santé :

- Les objectifs de l'offre de soins par activité de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixés par décret
- Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds
- Les transformations, regroupements et coopération d'établissements de santé
- Les missions de service public assuré par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisation.

***Les modalités de quantification des objectifs mentionnés au présent article sont fixées par décret.***

***Le schéma de l'organisation des soins indique les implantations nécessaires à l'exercice des soins de premiers et de second recours, notamment celle des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.***

Plusieurs agences régionales de santé peuvent arrêter, pour une activité ou un équipement relevant de leur compétence, un schéma interrégional de l'organisation des soins, en accord avec le ministre chargé de la santé.

Le schéma régional de l'organisation des soins différencie les territoires de santé pour l'accès aux soins de premier et du second recours, en fonction de l'évaluation des besoins de soins et de l'offre de soins existante. Cette différenciation cible les aires de mise en œuvre de mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, ***selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.***

➤ **Sous-section 3 : schéma régional de l'organisation médico-sociale.**

Il a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux afin de répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

## **Section 2 : gestion du risque au niveau régional**

Un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en Santé définit les actions à mener dans la région par ces organismes et services d'assurance-maladie de son ressort pour améliorer les modes de recours aux soins des patients, les pratiques des professionnels soignants, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux, ainsi que pour veiller au respect des dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé.

***Ce programme est annexé au projet régional de santé Il est déterminé par le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de l'agence.***

## **Section 3 : territoire de santé et conférence de territoire.**

La conférence de territoire peut faire toutes propositions 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.

***Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.***

# **Chapitre 5 : Moyens et outils de mise en œuvre de la politique régionale de santé.**

## **Section 1 : veille, sécurité et police sanitaire.**

Le directeur général de l'agence informe sans délai le représentant de l'État dans le département territorialement compétent de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de troubles à l'ordre public.

***Un décret en conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.***

L'agence participe sous la responsabilité scientifique de l'institut de veille sanitaire, à la veille épidémiologique, selon des modalités définies par décret.

## **Section 2 : contractualisation avec les offreurs de services en santé.**

L'agence régionale de santé conclue avec les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les groupements de coopération sanitaire exerçant des activités de soins soumis à autorisation et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée au L 6122 – 1 des contrats pluri annuel d'objectifs et de moyens dans les conditions définies aux articles L. 6323 – 1 et suivants.

Elle peut conclure avec les réseaux de santé, des centres de santé et les maisons de santé, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans les conditions définies aux articles L. 6323 – 4 et L. 6323 – 5 du code de la santé publique. Le versement de la de subvention au bénéfice des réseaux de santé, centres de santé maison de

santé, **est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel** d'objectifs et de moyens entre ses structures et l'agence régionale de santé.

Article L. 1435 – 4 : l'agence régionale de santé assure le suivi des engagements régionaux définis par les accords avec les professionnels de santé. **Elle propose toute mesure de nature à tenir les objectifs fixés.**

Elle peut proposer aux professionnels de santé conventionnée, au centre de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, ou maison de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'au réseau de santé de son ressort, d'adhérer à un **contrat d'amélioration des pratiques en santé.**

Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres ou établissements concernés et la contrepartie financière qui leur sont associée, qui peut être lié à l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre de santé ou l'établissement. Le contrat d'amélioration des pratiques en santé est conforme au contrat type national. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé établit un contrat type régional qui est réputé approuvé 45 jours après sa réception par l'union nationale des caisses d'assurance-maladie et les ministres chargés de la santé.

Article 1435 – 5 – L'agence régionale de santé organise la mission de service public de permanence des soins en liaison avec le représentant de l'État territorialement compétent.

### **Section 3 : Accès aux données de Santé.**

L'agence régionale de santé **a accès aux données nécessaires** à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des organismes d'assurance-maladie.

Les établissements de santé publique et privée **transmettent aux agences régionales de santé**, à l'État et aux organismes d'assurance maladie des informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales nécessaires à l'élaboration et 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 à la vigilance sanitaire, ainsi qu'au contrôle de leur activité et de leur facturation.

### **Section 4 : Inspection et contrôles**

Le directeur général de l'ARS peut désigner parmi les personnels de l'agence remplissant les conditions d'aptitude technique et juridique définies par voie réglementaire des inspecteurs et des contrôleurs.

Le directeur de l'agence ou les agents désignés pour le contrôle sont tenus de signaler aux représentants de l'État territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'agence française de sécurité sanitaire toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relève de leurs compétences.

Le représentant de l'État dans le département dispose, en temps que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de mission d'inspection.

Remarque : il peut y avoir foule pour inspecter, contrôler, sanctionner.

### **Commentaire général sur ce chapitre I concernant les Agences Régionales de Santé :**

Tous les paragraphes se terminent par « un décret en conseil d'État fixe les modalités d'application du présent chapitre » ou phrase similaire : le décret, arme à double tranchant. Inutilisé, il rend le projet de loi inapplicable ; utilisé, il peut faire passer des mesures qui ne sont pas décrites dans le projet de loi.

Il est décrit dans ces paragraphes certaines mesures qui pourraient nous plaire comme d'autres modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, et en même temps le saucissonnage de ces Agences Régionales de Santé fait craindre un régime totalitaire, du béton pour un système libéral à tout crin. Les professionnels n'ont plus droit au chapitre et s'exposent à des sanctions en cas de rébellion : le représentant de l'État peut prendre toutes mesures...

## **Chapitre II : Représentativité des professions de santé libérale**

### **Article 27 :**

**Article L1441-1.** Dans chaque région, les unions régionales des professionnels de santé rassemblent pour chaque profession les représentants des professions de santé exerçant à titre libéral. Ces unions sont regroupées en une fédération régionale.

Les unions et les fédérations sont des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relatif au contrat d'association. Leur statut est conforme à un statut type fixé par décret.

**Article L. 1441-2.** Les membres des unions sont élus pour une série fixée par décret par les professionnels de santé exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnelle à la plus forte moyenne. Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé ou des organismes gestionnaires de centres de santé.

Il peut être constitué autant de collège d'électeurs que de profession. Pour les médecins plusieurs collèges peuvent être constitués dans des conditions définies par décret : selon la spécialité exercée, s'ils travaillent dans un centre de santé...

**Article L. 1441-3** Les unions et les fédérations et leurs sections représentent les professionnels de santé libéraux dans la région, notamment auprès des agences régionales de santé. Elles participent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional.

À ce titre, ***elles peuvent conclure des conventions avec l'agence régionale de santé*** et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

**Article L. 1441-4** Les Unions professionnelles ***perçoivent une contribution versée à titre obligatoire*** par chaque adhérent à l'une des conscients ou accords mentionnés à l'article L. 1436 – 2. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession. (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.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

**Article L. 162-33.** Sont habilitées à participer aux négociations des conventions, les organisations syndicales et les organismes gestionnaires de centres de santé reconnus représentatifs par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions fixées par décret en conseil d'État et tenant compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts de leur effectif et de leur audience.

**Article L. 162-14-1-2.** La validité des conventions et accords mentionnées par les articles L1621-4-1, L 162-16-1 et L 162-32-1 est subordonné à la signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives et ayant réuni, aux élections ou fédérations régionales des professionnels de santé ***au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national***. Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L1436-2 du code de la santé publique, ne serait pas organisé d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides et dès qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de la de l'article L162-33.

***L'opposition*** formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord mentionné au premier alinéa par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux fédérations régionales des professionnels de santé fait obstacle à sa mise en œuvre pour les professionnels pour lesquels ne seraient pas organisées d'élections aux fédérations régionales des Professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives réunissant au moins ***le double des effectifs de professionnels*** représentées par les organisations syndicales signataires.

**Commentaire :** création d'une nouvelle cotisation obligatoire, d'une dilution des syndicats au sein des unions-fédérations, rendant leur opposition complètement irréalisable, les deux dernières lignes scellant les faits.

## Chapitre III : Etablissements et services médico-sociaux

### Section 2 : procédure d'autorisation.

**Article L312-2.** Autorisation délivrée par les autorités compétentes en application de l'article L313-3

**Article L312-3.** Examen par une commission de sélection consultative d'appel à projet sociale ou médico-sociale : un avis favorable à la réunion de la commission peut être préalablement rendu par l'autorité ou l'autorité conjointe dans un délai fixé par décret. La commission est composée, fonctionne et rend ses avis selon des modalités fixées par décret.

**Article L312-3-1.** Les projets de transformation est pris en charge portant sur des catégories de personnes accueillies les projets d'extension inférieure à celles définies par décret doit faire l'objet d'une autorisation.

**Article L312-3-2.** Les projets d'extension supérieure au seuil mentionné font l'objet d'une autorisation.

**Article L312-3-3.** En cas d'autorisation conjointe, l'avis favorable de deux autorités se porte sur un seul et même projet par ordre de classement jusqu'à accord.

**Commentaire :** Cet article permet la transformation d'un établissement, le changement d'orientation... Comment transformer un hôpital local en lit de long séjour par exemple...

### Section 2-1 : organisme consultatif.

La section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue de :

- Evaluer les besoins sociaux et médicaux sociaux et d'analyser leur évolution
- De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

Tous les cinq ans elles élaborent un rapport qui est transmis à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que selon les cas aux ministres et aux autorités locales concernées.

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale santé sont élaborés :

- Au niveau national : établissement ou service accueillant des catégories de personnes dans la liste est fixé par décret, pour lesquels les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau
- Au niveau régional, par l'agence régionale de santé<sup>3</sup> lorsqu'ils portent sur des établissements et services médico-sociaux visés aux articles L314-3-1, L314-3-3 et au a) du 5° du I de l'article L. 312-1 du présent code.
- Au niveau départemental, par le conseil général, lorsqu'il porte sur les établissements et services mentionnés au 1° du I de l'article L312-1 autre que ceux devant figurer dans les Schémas nationaux.

**Article L. 312-5-1.** Le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composée d'objectifs de programmation qui dresse pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur, les priorités de financement des créations, extension ou transformation d'établissements ou de services au niveau régional.

**Article L313-3 :** L'autorisation est délivrée soit par le président du conseil général, soit par le directeur général de agence régionale de santé, soit par l'autorité compétente de l'État, soit conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé, soit conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général.

**Article L313-11** est complété par un alinéa ainsi rédigé : le financement d'un ensemble d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région donne lieu à la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec leur personne morale gestionnaire dès lors que leur taille et les produits de leur tarification atteignent cumulativement un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales.

**Article L313-13 :**

Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré une autorisation.

Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique et ou moral des bénéficiaires accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, il est procédé à des visites d'inspection conduites en fonction de la nature du contrôle, par un inspecteur de santé publique ayant la qualité de médecin ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

Les agents mentionnés habilités et assermentés à cet effet dans les conditions fixées par décret en conseil d'État, recherchent et constatent des infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la république, qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

## **Chapitre IV : Dispositions de coordination et dispositions transitoires**

**Article 29**

**Article L. 215 –1.** Les rôles des caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail sont redéfinis.

**Article 30**

Concerne les transferts d'agents dès lors que les activités des services sont transférées aux agences régionales de santé.

**Article 31**

La création de la commission d'appel à projets et la procédure d'autorisation ne prennent effet qu'à compter de la mise en place de la commission spécialisée de la conférence régionale de santé compétente pour le secteur médico-social en ce qui concerne les nouvelles demandes d'autorisation, de renouvellement d'autorisation,

d'extension ou de transformation des établissements et des services médico-sociaux.

### **Article 32**

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la constitution et dans un délai de six mois suivant la publication de la présente loi, **le gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances toute mesure** visant à :

1° modifier les codes et les lois concernées afin de procéder aux coordinations, simplification et mise en cohérence rendue nécessaire par les mesures prévues au présent titre et de respecter la hiérarchie des normes

2° adapter les dispositions du présent titre et celles prises en application du premier et deuxième aux départements d'outre-mer, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon et à les rendre applicables à Mayotte, en les adaptant à l'organisation particulière de cette collectivité.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le parlement pour chaque ordonnance dans un délai de trois mois à compter de leur publication.

**Commentaire** : après les décrets, pour bien pouvoir transformer les choses, mise en place de possibilité d'*ordonnances* en cas de précisions...