

Analyse juridique détaillée de la loi "Hôpital"

Source <http://www.gazette-sante-social.fr/>

Les enjeux de la réforme de l'hôpital sont majeurs :

- mieux coordonner les actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population,
- répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire,
- développer une politique de prévention et de santé publique
- et définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS). Les ARS constituent l'innovation principale de ce texte. Ces nouvelles instances déclineront à l'échelon régional les objectifs de la politique nationale de santé, les principes de l'action sociale et médico-sociale et ceux de la protection sociale, à savoir le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

Le Conseil constitutionnel a rejeté le recours contre cette loi, ne censurant qu'un petit nombre d'articles présentés comme secondaires. Il n'en reste pas moins que les opposants à la réforme restent mobilisés. **Décryptage de Christophe Lonqueue - SCP Sartorio, Lonqueue, Sagalovitsch & Associé, avocats au barreau de Paris ("La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé") et Hélène Delmotte**

[La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (JO du 22 juillet 2009) comporte quatre titres, que nous examinerons successivement.

- Titre 1 - **La modernisation des établissements de santé**
- Titre 2 - **L'accès de tous à des soins de qualité**
- Titre 3 - **Prévention et santé publique**
- Titre 4 - **Organisation territoriale du système de santé**

On se référera également
à la décision du Conseil constitutionnel

Enfin, à ne pas manquer, dans le numéro de septembre de *la Gazette Santé-Social* : le débat « la régionalisation de la santé est-elle taboue ? »

Titre 1 : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Un mot d'ordre : coordination

L'article 1er de la loi vient en préciser l'esprit. Selon le nouvel article L. 6111-1 du code de la santé publique, les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif « 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 ».

Le gouvernement devra présenter 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. Jusqu'en 2018, ce rapport devra être transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence.

Obligations concernant les praticiens hospitaliers

Selon l'article 7 de la loi, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir, dans un délai de deux ans suivant leur démission, 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 peuvent entrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires (article L. 6152-5-1 CSP).

La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé

La loi s'inscrit dans un mouvement de réforme initié par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui a notamment introduit la tarification à l'activité (T2A). Inscrite dans le plan « Hôpital 2007 », l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 avait déjà permis d'engager une démarche globale de changement pour moderniser la gestion hospitalière, notamment à travers la mise en place d'une « nouvelle gouvernance » destinée à renforcer la direction administrative des établissements et les équipes médicales afin de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

Du rapport Larcher au projet de loi

Lors de son déplacement au centre hospitalier de Dunkerque, en mai 2007, le président de la République avait annoncé une concertation sur les missions de l'hôpital et demandait à l'ensemble des professionnels de santé de réfléchir aux changements nécessaires pour que le système de santé réponde, avec qualité et égalité, aux besoins de la population.

Dans ce cadre, il confiait également, par lettre de mission en date du 12 octobre 2007, à une commission présidée par Gérard Larcher et composée de 23 personnalités une mission d'animation de la réflexion et de proposition.

A l'issue de ses travaux et des débats menés en régions, cette commission remettait son rapport au Premier ministre le 10 avril 2008. L'un des volets de ce rapport était consacré à la gouvernance des établissements publics de santé.

La commission Larcher, après avoir dressé le constat des évolutions législatives de ces dernières années en matière de gouvernance des établissements publics de santé, concluait à la nécessité d'une clarification des rôles des différents acteurs et **proposait une évolution fondée sur trois piliers complémentaires :**

- 1 - **un directeur conforté et responsabilisé ;**
- 2 - **un organe délibérant recentré sur la définition d'orientations stratégiques ;**
- 3 - **un conseil exécutif resserré impliquant fortement les médecins.**

Un autre objectif annoncé de la réforme était de **rénover le fonctionnement des établissements de santé.**

Dans ce but, le projet de loi ambitionnait de redéfinir les missions de service public des établissements de santé, de les confier aux établissements de santé privés en cas d'insuffisance de l'offre de soins publics et de moderniser le statut des établissements publics de santé.

A ce titre, le chapitre II du titre I de la loi "HPST" (articles 8 à 21) redéfinit les instances de direction et d'administration des établissements publics de santé et modifie, en conséquence, les articles L. 6143-1 et suivants du code de la santé publique (CSP).

La loi substitue à l'organisation antérieure (reposant sur un conseil d'administration, un

conseil exécutif et un directeur), une nouvelle organisation centrée sur le directeur d'établissement, assisté d'un directoire et d'un conseil de surveillance.

Un directeur conforté et renforcé

L'article 10 de la loi, qui réécrit l'article L. 6143-7 du CSP relatif aux pouvoirs du directeur, s'inscrit dans une tendance, déjà ancienne, de renforcement progressif des compétences du directeur de l'hôpital, tout en lui faisant réaliser une avancée significative.

Désormais le directeur conduit la politique générale de l'établissement et préside le directoire. La loi marque ainsi une évolution notable en transférant au directeur l'essentiel des pouvoirs qui restaient détenus par le conseil d'administration. La première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 6143-7 CSP désigne très clairement le directeur comme « l'héritier » du conseil d'administration en lui confiant le soin de « conduire la politique générale de l'établissement ». Comme le souligne le premier alinéa de l'article L. 6143-7 du CSP, le directeur est désormais seul compétent pour régler les affaires de l'établissement, sous réserve des attributions dévolues au conseil de surveillance et des attributions pour lesquelles le directeur doit procéder à une concertation préalable avec le directoire.

Comme par le passé, le directeur représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est également l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD). Il nomme les personnels non médicaux et a autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement.

Mais alors que le directeur était chargé de préparer et d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, il est désormais investi d'une compétence générale pour connaître des affaires de l'établissement autres que celles réservées au conseil de surveillance.

En particulier, la loi HPST renforce les pouvoirs du directeur concernant l'organisation interne de l'établissement. Tout établissement public de santé, y compris les hôpitaux locaux, doit s'organiser en pôles.

L'article L. 6146-1 du CSP prévoit ainsi que le directeur (en lieu et place de l'ancien conseil d'administration) 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 CHU, du directeur de l'UFR médicale.

C'est également le directeur qui a désormais compétence pour nommer les chefs de pôles sur présentation, s'agissant des chefs de pôle clinique ou médico-technique, d'une liste élaborée par le président de la CME. Les autres chefs de pôles (administratifs, logistiques, etc.) sont nommés directement par le directeur.

L'article L. 6146-1 du CSP prévoit également la parution d'un décret qui définira les conditions dans lesquelles, le directeur pourra demander au président de la CME l'établissement d'une nouvelle liste, et en cas de désaccord persistant, nommer les chefs de pôle de son choix.

Le dispositif de contractualisation interne entre l'établissement et le chef de pôle est également maintenu, mais, là encore, il n'est plus prévu d'intervention du président de la CME en qualité de cocontractant. Celui-ci sera seulement consulté pour avis afin de vérifier la cohérence du projet de contrat de pôle avec le projet médical. Dans les CHU, le projet de contrat de pôle est également soumis pour avis au directeur de l'UFR médicale.

De façon strictement similaire aux fonctions qu'il exerçait vis-à-vis du conseil d'administration, le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance, y assiste et

exécute ses délibérations.

L'article L. 6143-7, alinéa 2, du CSP consacre, de manière expresse, le pouvoir de nomination du directeur dans l'établissement public en précisant que « le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement » qui était déjà consacré, dans le cadre du statut de la fonction publique, par les lois des 13 juillet 1983 et 9 janvier 1986.

Désormais, le CSP précise que le directeur propose au directeur général du centre national de gestion, la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins de l'établissement, après avis de la commission administrative paritaire compétente.

De la même façon, son rôle est renforcé en matière de gestion du personnel. L'article L. 6143-7, alinéa 3, du CSP dispose ainsi que c'est le directeur qui propose au directeur général du centre national de gestion, sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, la nomination, dans les conditions fixées par voie réglementaire, du personnel médical, pharmaceutique et odontologique qui exerce tout ou partie de ses activités dans l'établissement public de santé.

Les conditions de nomination du directeur sont également modifiées

L'article L. 6143-7-2 du CSP prévoit désormais que le directeur est nommé :

- par décret sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche dans le cas des CHU,

- par décret sur le rapport du ministre de la santé pour les centres hospitaliers régionaux,

Et pour les autres établissements par arrêté du directeur général du centre national de gestion sur une liste, comportant au moins trois noms, établie par le directeur de l'agence régionale de santé, et après avis du président du conseil de surveillance.

L'article 11 de la loi HPST modifie également l'article 3 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière en autorisant, par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général des fonctionnaires, que des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire soient nommées dans les emplois de directeurs d'établissements publics de santé.

Le directeur peut, dans l'intérêt du service, être révoqué par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du conseil de surveillance.

Du conseil exécutif au directoire

L'article L. 6143-6-1 ancien du code de la santé publique qui prévoyait l'existence, dans tous les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, d'un conseil exécutif, présidé par le directeur et composé à parité de représentants de la direction administrative de l'établissement et des personnels médicaux est supprimé.

L'article 10 de la loi (articles L. 6143-7-4 et L. 6143-7-5 du CSP) lui substitue un « directoire » dont la composition et les attributions sont réduites.

Alors que le conseil exécutif était composé, au maximum de 12 membres (16 membres dans les CHU) en application de l'article D. 6143-33 du CSP, le directoire voit sa composition uniformément fixée, par la loi, à 7 membres (9 membres dans les CHU).

Par ailleurs, le nouvel article L. 6143-7-5 du CSP ne prévoit plus l'exigence d'une composition paritaire du directoire.

Si la loi continue d'imposer la présence d'un noyau dur de représentants des personnels médicaux, membres de droit, elle renforce le pouvoir du directeur pour nommer et, le cas échéant révoquer, après information du conseil de surveillance, les autres membres du

directoire, tout en exigeant que le directoire soit composé, en majorité, des représentants du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et ondotologique.

Composition du directoire - article L. 6143-7-5 du CSP.

Etablissements publics de santé

- Directeur de l'établissement (président du directoire)
- Président de la CME (vice-président du directoire)
- Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques -
Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Membres nommés par le directeur (lorsque ces personnes appartiennent au personnel médical, celui-ci doit choisir dans une liste établie par le président de la CME) [1](#)

Centres hospitaliers universitaires

- Directeur de l'établissement (président du directoire)
- Président de la CME (1er vice-président du directoire)
- Directeur de l'UFR ou président du comité de coordination de l'enseignement médical (vice-président doyen)
- Vice-président chargé de la recherche (nommé par le directeur sur proposition conjointe)
- Membres nommés par le directeur (lorsque ces personnes appartiennent au personnel médical, celui-ci doit choisir dans une liste établie conjointement par le président de la CME et le directeur de l'UFR).

(1). Un décret viendra préciser les conditions dans lesquelles le directeur pourra demander aux personnes compétentes une nouvelle liste des personnels médicaux susceptibles d'être nommés membres du directoire et, en cas de désaccord persistant, la nomination des personnes de son choix.

Le directoire voit également ses attributions réduites

Alors que l'ancien conseil exécutif était chargé de préparer les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement, de la préparation du projet médical et des plans de formation, de contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre du plan de sauvegarde et de redressement, de formuler un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité, et des professionnels de santé appelés à travailler conjointement avec la commission des soins infirmiers, le directoire voit sa mission significativement réduite à l'approbation du projet médical, la préparation du projet d'établissement et à une fonction de conseil au directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directoire est également appelé à donner son avis préalablement à l'exercice, par le directeur, de certaines de ses compétences prévues aux 1° à 15° de l'article L. 6143-7 du CSP. Le législateur a ainsi prévu que, dans ces matières, le directeur déciderait après concertation avec le directoire.

Du conseil d'administration au conseil de surveillance

Conformément au modèle traditionnel de gouvernance des établissements publics, les établissements publics de santé étaient dotés, depuis la loi du 31 décembre 1970, d'un organe délibérant, « le conseil d'administration », dont le directeur était à la fois l'autorité responsable et l'exécutif.

L'article 9 de la loi (articles L. 6143-1 et L. 6143-5 du CSP) substitue au conseil d'administration un conseil de surveillance, dont les attributions sont recentrées sur les

orientations stratégiques de l'établissement et le contrôle permanent de l'établissement. Poursuivant le mouvement initié par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 qui avait déjà entendu recentrer les missions du conseil d'administration des établissements publics de santé sur la définition de la stratégie de l'établissement et l'évaluation et le contrôle de sa politique », le nouvel article L. 6143-1 du CSP réduit encore le rôle de ce conseil de surveillance.

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 avait déjà entendu recentrer les missions du conseil d'administration sur la définition des orientations stratégiques de l'établissement, l'évaluation et le contrôle de sa politique, cette volonté ne s'était pas traduite dans les textes. Le conseil d'administration était demeuré, même après l'intervention de ce texte, investi d'un réel pouvoir d'administration et s'était même vu conforter dans ces attributions en se voyant offrir de nouvelles attributions (organisation en pôles des établissements, définition de la politique de contractualisation interne, l'affectation du résultat d'exploitation, élaboration de la politique sociale).

L'énoncé des **attributions du conseil de surveillance** est nettement plus bref que celui de l'ancien conseil d'administration. Le conseil de surveillance est désormais chargé de se prononcer sur la stratégie de l'établissement public de santé, de contrôler sa gestion et d'intervenir, à titre consultatif, sur diverses questions.

- **Au titre de la stratégie de l'établissement, le conseil de surveillance délibère sur**
 - le projet d'établissement défini à l'article L. 6143-2 du CSP
 - la convention constitutive des CHU
 - les conventions à intervenir avec les syndicats hospitaliers
 - la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire
 - les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement

- **Au titre du contrôle de la gestion de l'établissement, il délibère sur**
 - le compte financier et l'affectation des résultats
 - le rapport annuel sur l'activité de l'établissement
 - les conventions à intervenir, de manière directe ou indirecte, entre l'établissement et les membres du directoire ou du conseil de surveillance (art. L. 6143-3-2)
 - la nomination du commissaire aux comptes lorsque les comptes de l'établissement sont soumis à certification

Le conseil de surveillance opère, à tout moment, les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Il entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

- **Enfin, le conseil de surveillance est obligatoirement consulté sur**
 - la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des risques, 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
 - le règlement intérieur de l'établissement

La loi modifie également **la composition du conseil de surveillance.**

Comme antérieurement le conseil d'administration, sa composition est tripartite et associe des élus locaux, des représentants des personnels et des personnalités qualifiées.

Chacune des catégories de représentants ne peut comporter plus de 5 membres. Dans les faits, le conseil de surveillance ne peut donc comporter plus de 15 membres à voix délibératives. Alors que le conseil d'administration des établissements publics de santé comportait un effectif de 18 (hôpitaux locaux), 22 (centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux) et 31 (CHU) membres et ne prévoyait une représentation paritaire qu'en ce qui concerne les élus locaux et les représentants des personnels, le nouvel article L. 6143- CSP resserre, quelle que soit la nature de l'établissement public de santé, la composition du conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance reste, comme le conseil d'administration, composé de trois collèges. Mais, désormais, le nombre de représentants issus de chaque collège doit être identique. La loi met ainsi fin à la sous représentation des personnalités qualifiées, qui, dans les textes antérieurs, étaient au nombre de six, quel que soit le type d'établissement.

- Le collège **des élus locaux**, composé de cinq membres au plus, compte au moins parmi ses membres le maire de la commune siège de l'établissement et le président du conseil général ou leurs représentants.

- Le collège **des représentants du personnel**, également composé de cinq membres au plus, comporte au moins un représentant de la commission des soins infirmiers et, à parité, des représentants des personnels médicaux désignés par la CME et des personnels non médicaux désignés par les organisations syndicales les plus représentatives.

La représentativité des organisations syndicales est appréciée compte tenu des résultats obtenus lors des dernières élections au comité technique d'établissement.

- Le collège **des personnalités qualifiées** (cinq membres au plus) comporte également deux personnalités désignées par le directeur de l'ARS ainsi que deux représentants des usagers et une personnalité qualifiée désignés par le préfet.

Dans la mesure où le collège des personnalités, tel que défini par la loi comporte obligatoirement cinq membres, les deux autres collèges (élus et représentants des personnels) devront également comporter cinq membres afin de respecter l'exigence d'identité de composition de chacun des collèges.

A la différence de la présidence du conseil d'administration des établissements de santé communaux et départementaux qui, en vertu de l'ancien article L. 6143-5 du CSP, était en principe, réservée aux maires et aux présidents de conseils généraux, la présidence du conseil de surveillance pourra, comme cela était déjà le cas des établissements de santé intercommunaux et interdépartementaux, être dévolue à un membre de la catégorie des représentants des collectivités locales ou à un membre de la catégorie des représentants des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé compte également différents **membres ayant voix consultative** :

- le directeur général de l'agence régionale de santé,
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique (lorsqu'elle existe),
- 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,
- dans le cas des CHU, le directeur de l'UFR ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical siège au 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.

L'article L. 6143-6 du CSP relatif aux incompatibilités affectant les membres du conseil de surveillance est entièrement réécrit, mais l'essentiel du régime juridique des incompatibilités demeure néanmoins inchangé.

Convention de communauté hospitalière de territoire

L'article 22 de la loi traite de la coopération entre établissements de santé. Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire. Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire (article L. 6132-1 CSP). Les modalités de création de la convention de communauté hospitalière de territoire sont précisées aux articles L. 6132-2 et s. CSP, celles de sa résiliation à l'article L. 6132-7 CSP.

Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération. 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%

Groupements de coopération sanitaire

L'article 23 traite des groupements de coopération sanitaire. Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres (article L. 6133-1 CSP). Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ; réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun et 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. Il poursuit un but non lucratif. Les modalités de constitution d'un groupement de coopération sanitaire sont précisées aux articles L. 6133-2 et s. CSP.

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 publics ou privés non lucratifs. 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 privés n'ayant pas conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié. Dans un délai de trois ans, les syndicats interhospitaliers seront transformés, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, soit en communauté

hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public.

Coordination de l'évolution du système de santé

L'article 23 détaille également la coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de l'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et de maîtriser son coût et améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche (article L. 6131-1 CSP). A cette fin, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ou de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés (article L. 6131-2 CSP). Les articles 6131-2 et s. détaillent la procédure ainsi que les pouvoirs du directeur de l'ARS lorsque sa demande n'est pas suivie d'effet.

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 ou des crédits de sa dotation annuelle de financement (article L. 6131-5 CSP).

Conférence nationale de santé

La Conférence nationale de santé comprend au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile (article 27 de la loi ; article L. 1411-3 CSP).

Gouvernance des établissements publics de santé

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 (article 35 de la loi).

Titre 2 : L'ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

Accès aux soins de premier recours

L'article 36 de la loi définit l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades (article L. 1411-11 CSP). Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, 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.

L'article L. 4130-1 CSP définit les missions du médecin généraliste de premier recours.

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, de second recours (article L. 1411-12 CSP), et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional de prévention (article 40 de la loi). « 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 L. 6323-4 CSP).

Nombre d'internes

L'article 43 de la loi précise qu'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 deuxième arrêté déterminera 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. Enfin, un troisième arrêté précisera le nombre de postes d'interne offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Des décrets en Conseil d'Etat détermineront notamment les subdivisions territoriales, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle et de choix d'une spécialité par les internes.

Des décrets en Conseil d'Etat pourront déterminer 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 minimale d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale.

Les internes pourront effectuer leur stage auprès de praticiens des centres de santé ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation agréés.

Le contrat santé solidarité

Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé (article 43 de la loi). A 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.

S'il apparaît que les besoins ne sont pas satisfaits, le directeur général de l'ARS 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 particulièrement bien dotées 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 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 (article L. 1434-8 CSP).

Le contrat d'engagement de service public

L'article 46 de la loi détaille le contenu et les objectifs du contrat d'engagement de service public applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010.

Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale déterminera le nombre d'étudiants qui peuvent signer un contrat d'engagement de service public avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (article L. 632-6 code de l'éducation).

Recrutement des enseignants et des chefs de clinique

L'article 47 de la loi prévoit qu'à compter de la rentrée universitaire 2009-2010, et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés ne peut être inférieur à vingt pour les professeurs des universités de médecine générale, trente pour les maîtres de conférences des universités de médecine générale et cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

Continuité des soins

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 (article 49 de la loi ; article L. 6315-1 CSP).

Coopération entre professionnels de santé

L'article 51 de la loi traite de la coopération entre professionnels de santé. Ceux-ci peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Le patient en est informé (article L. 4011-1 CSP). Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Le directeur général de l'agence les autorise après avis conforme de la Haute Autorité de santé (article L. 4011-2 CSP).

Dépassements d'honoraires

A défaut de conclusion avant le 15 octobre 2009 d'un avenant conventionnel (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, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifieront par arrêté pendant un délai de quatre mois, les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Les refus de soins et les discriminations

L'article 54 de la loi traite des refus de soins : le nouvel article L. 1110-3 CSP précise que 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. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Le déroulement de la procédure est détaillé dans l'article.

L'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale précise par ailleurs les comportements des professionnels de santé qui peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

Consultation de prévention

Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 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 (article 55 de la loi, article L. 162-1-18 CSS).

Déontologie médicale

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 (article 56 de la loi, article L. 162-1-19 CSS).

Développement professionnel continu

Les articles L. 4133-1 à L. 4133-4 du code de la santé publique traitent du « développement professionnel continu » qui constitue une obligation pour les médecins. La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par un organisme gestionnaire doté de la personnalité morale et administré par un conseil de gestion (article L. 4021-1 CSP).

Les auxiliaires médicaux concourent à la formation initiale des étudiants et élèves auxiliaires médicaux. A 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 (article L. 4381-1 CSP).

Formation initiale des sages-femmes

Selon l'article 60 de la loi, la formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7 CSP, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation (article L. 4151-7-1 CSP).

Formation

Parmi de nombreuses dispositions relatives aux ordres, l'article L. 4124-6-1 CSP précise que 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 CSP, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation (article 62 de la loi).

Industrie pharmaceutique

A compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits de santé devront 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. Des informations qui seront publiées par la Haute Autorité de santé (article 74 de la loi).

Titre 3 : PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Actions de prévention

L'article 81 de la loi traite de la prévention des facteurs de risques pour la santé. Une fondation va contribuer à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à promouvoir 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 L. 1171-1 CSP). Autre aspect, un rapport

précisant le nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues en France sera transmis au Parlement avant le 31 décembre 2010 (article 82 de la loi).

Education thérapeutique

En matière d'éducation thérapeutique, l'article L. 1161-1 CSP précise qu'elle n'est pas opposable au malade. Elle ne peut donc pas conditionner le taux de remboursement des actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. Les programmes d'éducation thérapeutique seront mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils seront proposés au malade par le médecin prescripteur, donneront lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé et seront évalués par la Haute Autorité de santé (article L. 1161-2 CSP). En l'absence de l'autorisation de l'ARS, des sanctions pénales sont précisées à l'article L. 1162-1 (30 000 euros d'amende).

Les programmes d'action thérapeutique ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des laboratoires pharmaceutiques, 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. Ces entreprises peuvent toutefois prendre part à ces programmes, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations les élaborent et les mettent en œuvre (article 84 de la loi, article L. 1161-4 CSP). Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre ont jusqu'au 1er janvier 2011 pour obtenir l'autorisation auprès des agences régionales de santé compétentes. Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre de ces programmes et sur leurs financements.

Examen prénatal

L'article 86 de la loi prévoit qu'à l'occasion du premier examen prénatal, le médecin ou la sage-femme proposent un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Compétences nouvelles des sages-femmes

Parmi les nouvelles compétences des sages-femmes, figure 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 - article L. 4151-1 CSP), la prescription des contraceptifs intra-utérins, des diaphragmes et des capes, la première pose du diaphragme ou de la cape. Mais si les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux, la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

Contraception et contraception d'urgence

L'article 87 de la loi précise que dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception, et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. 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 maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements d'enseignement du second degré, dans les services de la protection maternelle et infantile et dans les centres de

planification ou d'éducation familiale. 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.

Registre national des psychothérapeutes

L'article 52 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a été modifié par l'article 91 de la loi. Un décret en Conseil d'Etat devra préciser les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définira 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. Ce décret précisera également les possibilités de dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique pour certains professionnels et 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.

Accueil familial

L'instruction de la demande, la délivrance et le renouvellement de l'agrément aux accueillants familiaux, ainsi que le contrôle et le suivi social et médico-social des personnes accueillies, peuvent être assumés 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 92 de la loi).

Lutte contre l'alcool

L'interdiction de délivrer de l'alcool à des mineurs a été renforcée. Un modèle spécifique d'affiche rappelant cette interdiction doit par exemple être apposé dans les débits de boissons à emporter (article L. 3342-4 CSP). Les sanctions en cas de vente à des mineurs de boissons alcooliques ont été durcies (articles L. 3353-3 et s. CSP), ainsi que les conditions de vente d'alcool dans les points de vente de carburant. L'article 95 prévoit que sans préjudice du pouvoir de police générale, le maire peut fixer par arrêté une plage horaire, qui ne peut être établie en deçà de 20 heures et au-delà de 8 heures, durant laquelle la vente à emporter de boissons alcooliques sur le territoire de sa commune est interdite. La pratique des « Happy Hours » a également été encadrée (article 96) : si le débitant propose des boissons alcooliques à prix réduits pendant une période restreinte, il doit également proposer à prix réduit les boissons non alcooliques.

Lutte contre le tabac

En matière de lutte contre le tabagisme, l'article 98 de la loi prévoit que la distribution à la vente ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret sont interdites. Il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac ou ses ingrédients à des mineurs de moins de 18 ans (au lieu de 16 ans).

Lutte contre le plomb et l'amiante

Dans les zones délimitées pour la réalisation d'une opération d'amélioration de l'habitat, l'autorité administrative compétente prescrit aux propriétaires bénéficiant de subventions de travaux pour sortie d'insalubrité la réalisation et la communication d'un constat de risque d'exposition au plomb dans les immeubles affectés à l'usage d'habitation construits avant le 1er janvier 1949 (article 104 de la loi). L'article 105 précise pour sa part les obligations des propriétaires ou à défaut des exploitants en matière de détection de présence d'amiante.

Propagation internationale des maladies

Les obligations dans le cadre de la lutte contre la propagation internationale des maladies ont été renforcées par l'article 107 de la loi. En cas de voyage international, les exploitants de moyens de transport, d'infrastructures de transport et d'agences de voyages sont tenus d'informer leurs passagers ou leurs clients des risques pour la santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination ou de transit. Ils les informent également des recommandations à suivre et des mesures sanitaires mises en place contre ces risques.

En cas d'identification d'un risque sanitaire grave postérieurement à un voyage et pour permettre la mise en place des mesures d'information et de protection nécessaires, ces exploitants doivent communiquer aux autorités sanitaires les données permettant l'identification des passagers exposés ou susceptibles d'avoir été exposés au risque.

Prévention de l'obésité

L'article 112 de la loi présente la prévention de l'obésité et du surpoids comme « une priorité de la politique de santé publique ». Il revient à l'Etat d'organiser et de coordonner la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids. Les campagnes d'information sont validées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Elles doivent également porter sur « l'acceptation des personnes obèses ou en surpoids et la lutte contre les discriminations qui leur sont faites ». Par ailleurs, l'utilisation du titre-restaurant a été étendue auprès des détaillants en fruits et légumes dans des conditions qui seront fixées par décret (article 113).

Titre 4 : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Création des agences régionales de santé

L'article 118 précise que dans chaque région et en 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 (article L. 1411-1 du présent code), des principes de l'action sociale et médico-sociale (articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles) et des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 CSS, à savoir le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional **la politique de santé publique** définie 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**; 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 (article L. 1431-2 CSP).

Un décret peut créer des **agences interrégionales de santé** et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé (article L. 1431-3 CSP).

Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat 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 :

- une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé;
- deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions seront compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ainsi que 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. L'article L. 1432-2 CSP précise les missions et obligations du directeur général, l'article L. 1432-3 CSP précise la composition et les missions du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et l'article 1432-4 CSP le rôle de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Les **ressources** de l'agence sont constituées par une subvention de l'Etat, des contributions des régimes d'assurance maladie, des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux, des ressources propres, dons et legs et sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics (article L. 1432-6 CSP). Le personnel de l'agence comprend des fonctionnaires, des médecins, odontologistes et pharmaciens, des agents contractuels de droit public et des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale (article L. 1432-9 CSP).

Coordination des agences régionales de santé

Un conseil national de pilotage des ARS réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Ce Conseil 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 également toutes les instructions qui leur sont données, conduit l'animation du réseau des agences et

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 (article L. 1433-1 CSP). 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, pour une durée de quatre ans, révisable chaque année (article L. 1433-2 CSP).

Le projet régional de santé

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 (article L. 1434-1 CSP). Il est constitué d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Parmi ces derniers, un programme doit être consacré à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un autre programme doit être relatif au développement de la télémédecine.

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.

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 préfet de région.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales. Révisé chaque année, ce programme est intégré au projet régional de santé.

Territoires de santé et conférences de territoire

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 préfet de 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 préfet de chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires (article L. 1434-16 CSP).

Dans chacun des territoires de santé, le directeur général de l'ARS constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers. 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 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 (article L. 1434-17 CSP).

Modalités et moyens d'intervention des ARS

Les modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé sont définis dans **quatre sections**.

1. La première section - Veille, sécurité et polices sanitaires - précise les modalités de coopération entre le directeur général de l'ARS, le représentant de l'Etat territorialement compétent et les élus territoriaux concernés s'agissant 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. L'agence est par ailleurs associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action dans les zones urbaines sensibles pour l'aménagement et le développement du territoire (article L. 1435-1 CSP).

2. La deuxième section - Contractualisation avec les offreurs de services de santé - détaille les modalités de conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (article L. 6114-1 CSP). L'ARS peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec des établissements et services sociaux et médico-sociaux (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 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 (article L. 1435-4 CSP). Ceux-ci fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins.

3. La troisième précise l'accès de l'ARS aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux, des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. L'anonymat des personnes est garanti.

4. La quatrième section - Inspections et contrôles - prévoit que le directeur général de l'ARS peut désigner des inspecteurs et des contrôleurs pour contrôler l'application des règles générales d'hygiène et des lois et règlements relatifs à des sujets détaillés dans la loi (droits des personnes malades et des usagers du système de santé, protection des personnes en matière de recherche biomédicale et de médecine génétique, etc.). L'article 122 de la loi prévoit qu'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 région et déléguée aux

agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.

Représentation des professions de santé libérales

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 1er juillet 1901 relative au contrat d'association (article L. 4031-1 CSP). Ces unions 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. Elles 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 (article L. 4031-3 CSP).

Etablissements et services médico-sociaux

L'article 124 supprime les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms). Par ailleurs, **les modalités d'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale** sont revues.

Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la CNSA 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.

Le directeur général de l'agence régionale de santé établit le schéma régional d'organisation médico-sociale (article L. 1434-12 CSP).

Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services de la protection de l'enfance, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux (1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du CASF). Il prend en compte les orientations fixées par le préfet. Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le préfet et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé de l'ARS chargée des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux (2° de l'article L. 1432-1 CSP). 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.

Pour les établissements et services qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées (2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du CASF), le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale. 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.

Lorsque les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, les autorités (article L313-3 CASF) 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.

Les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure d'appel à projet, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

La création de la commission d'appel à projet, la suppression du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et la 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 du 1er juillet 2010. Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'au 1er juillet 2010 et ce pour une durée maximale de six mois à compter de cette date.

Désormais, les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes et les établissements et services relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du préfet de région (2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 du CASF) qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un certain seuil fixé par arrêté 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. Ils 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.

Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation (préfet, agence régionale de santé, conseil général). Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le préfet peut, à tout moment, diligenter les contrôles. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

Le calendrier des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux est revu. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée non plus tous les cinq ans, mais selon un rythme et des modalités fixés par décret. Par dérogation, les établissements et services autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009 communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. Par ailleurs, les établissements et services 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. Par dérogation, les établissements et services autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009 procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. En cas de certification par des organismes certificateurs, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être

prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe. Cette disposition entre en vigueur à compter du 1er janvier 2011.

La section IV de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est désormais consacrée également au financement de la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux.

Au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 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 le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni 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.

La loi introduit et définit la notion d'établissement et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif (art. L311-1 du CASF).

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. Ce rapport sera précédé d'une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et les acteurs du secteur.

D'ici au 22 janvier 2010, un décret adapte les dispositions du CASF aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes âgées. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012.

Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, à l'exception des foyers de jeunes travailleurs, 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, 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. 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 six mois renouvelable une fois.

L'abrogation des articles du CSP relatifs au comité régional de l'organisation sanitaire interviendra six mois après l'entrée en vigueur du décret 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, le 1er décembre 2010.