

NOR : SJSX0822640L/Bleue-1

PROJET DE LOI

portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le système de santé français, fondé sur le principe de solidarité, offre une qualité et une sécurité remarquables. Néanmoins, en raison d'une coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, l'accès aux soins devient une question croissante pour nos concitoyens. Ce système présente aujourd'hui des limites et des fragilités, alors que se profile le double défi du vieillissement de la population et de la spécialisation croissante des soins.

Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » a pour ambition d'engager l'indispensable modernisation de notre système de santé, en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins. Il appelle des modifications d'organisation à la fois dans le secteur sanitaire, hospitalier et ambulatoire, et dans le secteur médico-social. Une gestion transversale par un acteur unique au plan régional est une condition nécessaire. C'est la raison d'être de la réforme organisationnelle que constituent les agences régionales de santé. Enfin, ce projet de loi propose des actions de prévention qui contribueront à l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Certaines dispositions essentielles à la réforme seront mises en œuvre par voie réglementaire. Elles sont précisées dans l'exposé des motifs afin de mettre en lumière l'ensemble de la cohérence de ce projet.

Enfin, la mise en œuvre d'un tel projet exigera une volonté sans faille, une mise en œuvre déterminée, et une grande pédagogie. Dans ce but, une démarche d'accompagnement de la réforme sera mise en place dès la promulgation de la loi pour une durée de deux ans.

TITRE I^{ER}. - MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Le présent titre a pour objet de rénover le fonctionnement des établissements de santé.

La définition des missions de service public est clarifiée. Quels que soient leurs statuts, tous les établissements peuvent y prétendre. La possibilité de confier des missions de service public aux établissements de santé privés ne sera mise en œuvre qu'en cas de carence, dans les zones de sous-densité d'offre de soins. Ces missions seront alors identifiées dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé. Des obligations garantissant l'égalité d'accès aux soins s'appliqueront à tous les établissements de santé, publics ou privés, assurant des missions de service public.

Le statut des établissements publics de santé est aussi profondément modernisé. La rénovation des instances et du mode de pilotage des hôpitaux vise à responsabiliser davantage le chef d'établissement en lui donnant les outils nécessaires à une gestion dynamique. Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration. Un directoire resserré se substitue au conseil exécutif. Le chef d'établissement, président du directoire, voit ses prérogatives renforcées.

La chaîne de décision est clarifiée. Le projet médical d'établissement est élaboré, sous l'autorité du président du directoire, par la commission médicale d'établissement et son président, qui est vice-président du directoire. De plus, le chef d'établissement délègue une partie de ses pouvoirs aux chefs de pôle. Les chefs de pôles exercent une responsabilité pleine et entière sur l'organisation interne de leur pôle et, disposent de plus d'une délégation de gestion.

Sur la base d'objectifs, le chef d'établissement sera évalué par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il devra en outre faire approuver le projet d'établissement et les comptes annuels par le conseil de surveillance.

Les mesures proposées visent également à simplifier les procédures, clarifier les responsabilités, tout en fixant des objectifs de qualité et de sécurité. L'ensemble des personnels sera associé dans une démarche de qualité des soins. Dans le même esprit, un contrat rénové de droit public pourra être proposé aux praticiens hospitaliers incluant une rémunération variable en fonction de l'activité. Les parcours de ces praticiens optant pour la voie contractuelle sont sécurisés par le centre national de gestion.

Enfin, de nouvelles modalités de coopérations entre les établissements s'avèrent indispensables. Dans cet objectif, la *communauté hospitalière de territoire* est créée. Elle permettra aux établissements publics de santé de s'unir dans une stratégie commune d'organisation des soins. Les coopérations avec le secteur privé seront, elles aussi, facilitées : la procédure de création des groupements de coopération sanitaire est simplifiée, et leur champ de compétences étendu.

CHAPITRE 1^{ER} . - MISSIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Ce chapitre présente l'évolution du cadre juridique des missions des établissements de santé (article 1^{er}) et les conditions de mise en œuvre de la qualité et de la sécurité (article 2). L'article 3 définit le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens comme l'instrument juridique qui précise les missions, les engagements et les contreparties des établissements de santé.

Article 1^{er} - Missions des établissements de santé et missions de service public

Les missions des établissements de santé sont étendues pour prendre en compte la complexité des parcours de soins et en assurer une bonne coordination. La diversité des modalités de prise en charge des patients est reconnue, et l'hospitalisation à domicile (HAD), comme les hospitalisations de jour, font désormais partie intégrante des modalités de prise en charge hospitalière. Les établissements de santé devront aussi participer à la coordination des soins, sous la responsabilité des agences régionales de santé. Ces missions sont assorties d'obligations d'accès aux soins, et notamment, pour les établissements privés, de l'application des tarifs conventionnés sans dépassements pour l'ensemble de la prise en charge des patients accueillis en urgence ou au titre d'une de ces missions.

Les missions de service public seront attribuées sur la base de l'organisation territoriale définie dans le cadre du schéma régional de l'organisation des soins, puis inscrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), ainsi que des obligations garantissant l'égalité d'accès aux soins. En cas de carence, l'agence régionale de santé pourra, après consultation de l'ensemble des établissements du territoire, désigner un établissement pour exercer cette mission.

Lorsque les établissements de santé privés participent à l'une ou l'autre des missions de service public mentionnées dans leur CPOM, cette mention trouve sa déclinaison dans les contrats d'exercice libéral des médecins exerçant dans lesdits établissements. Les établissements privés qui participaient au service public hospitalier (PSPH) voient leur régime juridique et financier préservé ; leurs missions de service public seront également inscrites dans leur contrat.

Article 2 - Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

L'objectif est de simplifier et d'assouplir l'organisation interne des établissements en confiant à la commission médicale d'établissement (CME) la responsabilité de la définition de programme d'actions et d'indicateurs de suivi, en passant d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projet. Les établissements s'organisent librement pour répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Les différentes commissions relèvent de l'organisation interne de l'établissement ; elles sont rattachées à la commission médicale d'établissement

Quatre commissions restent obligatoires : la commission médicale d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité technique d'établissement (CTE), et la commission de relation avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRU PCQ).

Article 3 - Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est le vecteur privilégié de la mise en œuvre, par les établissements de santé et les titulaires d'autorisation, du schéma régional de l'organisation des soins. Il est également le support de l'attribution des missions de service public. Il est pour les agences régionales de santé un outil de définition et de suivi des engagements des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins.

CHAPITRE II. - STATUT ET GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Ce chapitre présente les dispositions créant un nouveau statut d'établissement public de santé (article 4), ainsi que les instances de gouvernance (articles 5 et 6) et les modalités de gestion interne et de recrutement des personnels médicaux et non médicaux (articles 7, 8 et 10). L'article 9 institue un principe de certification des comptes des établissements publics de santé, et l'article 11 aligne le droit patrimonial de ces établissements sur le droit commun.

Article 4 - Statut des établissements publics de santé

Il est créé pour l'ensemble des établissements publics de santé un statut unique qui vise à simplifier leur gestion et de développer leur capacité d'adaptation. Ce nouveau statut confère une importance accrue au chef d'établissement.

Les conditions de nomination des directeurs reflètent leurs responsabilités nouvelles : les directeurs de CHU seront nommés en Conseil des ministres, les directeurs d'établissements continueront à être nommés par le centre national de gestion. Ils seront proposés à la nomination par le directeur de l'agence régionale de santé, après avis du conseil de surveillance.

Les hôpitaux locaux, bien intégrés sur leur territoire, constituent des supports essentiels pour l'accès aux soins de proximité et un facteur d'attractivité pour professionnels de santé libéraux. Dotés de ce nouveau statut, ils pourront continuer à fonctionner selon les mêmes modalités et leur régime de financement n'est pas remis en cause. Sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé, certains centres hospitaliers pourront également faire appel à des médecins libéraux pour faire face à des situations spécifiques.

Article 5 - Conseil de surveillance des établissements publics de santé

Un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses compétences sont recentrées sur la définition de principes, d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle. Sa composition est diversifiée, via trois collèges égaux en nombre (élus, personnels, personnalités qualifiées), pour mieux prendre compte la société civile, aux côtés des intérêts des territoires, des usagers et du personnel. Les instances intercommunales pourront aussi être représentées.

Le conseil de surveillance exerce un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'établissement et délibère sur le compte financier. A cette fin, son président a accès aux informations concernant le fonctionnement de l'établissement. Il est proposé de faire élire son président parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées.

Article 6 - Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé

Le pilotage des hôpitaux publics doit être facilité par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement : président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Le président de la commission médicale d'établissement devient de droit vice-président du directoire.

Ses nouvelles attributions comprennent la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Il pourra également s'appuyer sur des chaînes de responsabilité clarifiées et des circuits décisionnels déconcentrés au niveau des pôles.

Le conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement.

Cette organisation consacre le rôle essentiel du président de CME, qui devient le vice-président du directoire. Le président de la CME élabore le projet médical, sous l'autorité du président du directoire, avec l'ensemble de la commission médicale, en relation avec l'équipe de direction pour tenir compte des éléments contenus dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ce sont les chefs de pôles qui, en tant que médecins, auront la responsabilité de son application.

Le comité technique d'établissement, la commission médicale d'établissement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ainsi que la commission des soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques seront consultés sur leurs domaines de compétence respectifs, qui seront précisés par voie réglementaire.

Article 7 - Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

L'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement permet de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de personnels issus d'autres fonctions publiques, de professionnels ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management.

Par symétrie avec cette ouverture, les directeurs d'établissements peuvent également être détachés sur un contrat de droit public, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé intéressée, pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.

Article 8 - Organisation interne des établissements publics de santé

Les présentes dispositions visent à faire évoluer les règles de l'organisation hospitalière afin de donner aux établissements une plus grande réactivité.

Les chaînes de responsabilités au sein des établissements sont clarifiées, d'une part en renforçant les pouvoirs de l'organe exécutif, en particulier ceux du président du directoire mais aussi ceux du président de la commission médicale d'établissement, et d'autre part en affirmant le rôle du chef de pôle qui se voit fixer des objectifs de résultats. Le chef de pôle bénéficie ainsi d'une délégation de gestion large, précisée au sein du contrat de pôle qu'il signe avec le président du directoire. Il a autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle. Il s'appuie sur les responsables de structures internes qui organisent le temps médical. Dans le cadre de sa délégation de gestion, le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier des personnels.

Il appartiendra à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place, après avis des praticiens, des structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services.

Article 9 - Certification des comptes des établissements de santé

Dans un contexte de responsabilisation accrue des acteurs hospitaliers et de modernisation de la gestion, il convient de s'assurer de la fiabilité de la comptabilité et donc des résultats présentés par les établissements.

Une certification des comptes sera progressivement instituée, selon un calendrier de mise en œuvre à échelonner dans un délai de cinq ans, selon les catégories d'établissements, à l'instar des choix retenus pour les organismes de sécurité sociale. Cette certification sera coordonnée par la Cour des comptes.

Article 10 - Ressources médicales hospitalières

Cet article crée un nouveau statut contractuel destiné à renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et à offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital. Ce contrat intégrera une modulation des rémunérations sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité.

Les établissements pourront recourir à ces nouveaux contrats pour recruter les praticiens notamment dans les spécialités confrontées à des difficultés de recrutement. Ces nouveaux contrats seront également ouverts aux praticiens hospitaliers titulaires, dans le cadre d'un détachement limité dans le temps. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens préciseront le nombre maximum et la nature des emplois susceptibles d'être pourvus dans le cadre de ces contrats de cliniciens.

Ces praticiens bénéficieront d'un suivi de leur carrière par le centre national de gestion, ce qui sécurisera leurs parcours et garantira l'application homogène des dispositions réglementaires régissant ce nouveau statut contractuel.

Enfin, la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors union européenne est modifiée.

Article 11 - Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux, et contrats de partenariat

Les procédures applicables aux baux emphytéotiques et aux contrats de partenariat conclus par les établissements publics de santé sont simplifiées. Ces délibérations deviennent exécutoires dès réception par le directeur de l'ARS qui peut déférer celles d'entre elles qu'il estime illégales devant le juge administratif et assortir son recours d'une demande de suspension.

CHAPITRE III. - FAVORISER LES COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les dispositions de ce chapitre visent à améliorer les coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé, selon deux modalités : les communautés hospitalières de territoire (article 12) et les groupements de coopération sanitaire (article 13).

Article 12 - Communautés hospitalières de territoire

Le présent article vise à créer des communautés hospitalières de territoire (CHT), dont la taille et les moyens permettent de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion.

Il existe deux modalités d'organisation des CHT afin de s'adapter aux différents contextes territoriaux :

- la communauté hospitalière de territoire « fédérative » : l'un des établissements préexistants se voit déléguer des compétences par les autres établissements et assure ainsi le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, systèmes d'information...);

- la communauté hospitalière de territoire « intégrée » : les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la communauté hospitalière de territoire intégrée ; ils conservent néanmoins des instances consultatives, à la différence de la fusion.

La communauté hospitalière de territoire « fédérative » s'appuie sur un établissement siège qui définit un projet stratégique et médical commun, en lien avec les CME des établissements qui y adhèrent, et détermine la politique d'investissement. Les établissements adhérents restent autonomes juridiquement et financièrement tout en s'inscrivant dans le projet stratégique commun. Dans le cadre de ce projet stratégique, les établissements adhérents peuvent prévoir de modifier la répartition de leurs activités.

Article 13 - Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) constitue le mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés et permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, d'autres organismes ou le secteur médico-social. Il permet de mutualiser des 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.

La rédaction proposée permet de distinguer deux types de GCS : le GCS de mise en commun de moyens, qui permet d'organiser, de réaliser ou de gérer des moyens au nom et pour le compte de ses membres ; le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins, qualifié dans ce cas d'établissement de santé.

Les conditions dans lesquelles l'agence régionale de santé veille à l'évolution du système hospitalier et à l'organisation des coopérations sur son territoire sont précisées.

TITRE II. - ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

Le présent titre a pour objet d'améliorer l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et organisée sur l'ensemble du territoire, tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux.

Ce titre propose de définir un mode d'organisation de l'offre de soins ambulatoire en fonction de niveaux de recours et des besoins de santé de la population (article 14). Il définit également pour la première fois la médecine générale de premier recours.

Plusieurs dispositions concourent à l'amélioration de la répartition des médecins sur le territoire national. Dès la formation universitaire, une réorientation des étudiants en médecine et des internes sera opérée vers les régions qui en sont le moins pourvues (article 15).

Au niveau régional, la répartition des professionnels de santé sera programmée au sein du volet ambulatoire, non opposable, du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) institué dans le titre IV de la présente loi.

La permanence des soins pourra être organisée et financée avec plus de souplesse au niveau régional en fonction des spécificités locales (article 16). Les coopérations entre professionnels seront facilitées au niveau local et sur la base du volontariat (article 17).

Enfin l'accès aux soins des plus défavorisés de nos concitoyens sera assuré par le renforcement de la lutte contre les refus de soins (article 18).

Ce titre prévoit également la simplification du dispositif de formation médicale continue, essentielle à la qualité des soins (article 19), la réforme de la biologie médicale (article 20), et l'application des directives européennes sur la reconnaissance des qualifications et des formations en santé (article 21).

Article 14 - Principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours.

Le présent article a pour objet de définir un principe d'organisation du système de santé au niveau régional fondé sur les différents besoins de nos concitoyens.

Les besoins de proximité correspondent au premier recours et nécessitent une présence resserrée sur le territoire. La prise en charge des besoins plus spécialisés qui font appel à des ressources plus rares doit s'organiser sur un maillage et selon des modalités différentes. Elle correspond au second recours.

Ces définitions ont vocation à structurer l'organisation des SROS et à considérer, localement, l'accès à des soins de premier recours comme un sujet à part entière faisant l'objet d'une réflexion spécifique.

L'offre de soins de premier recours comporte l'ensemble des professionnels susceptibles de répondre aux besoins de proximité de nos concitoyens. Elle n'est pas restreinte aux seuls médecins généralistes et doit inclure des spécialistes et les paramédicaux.

Par son rôle spécifique dans la prise en charge et l'orientation des patients dans le système de soins, le médecin généraliste de premier recours devient l'acteur pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire.

Article 15 - Régulation territoriale de la démographie médicale par le *numerus clausus* de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité.

Les dispositions du présent article visent à lutter contre le développement d'une inégalité d'accès aux soins, résultant d'une mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire et d'une absence de répartition du flux des étudiants dans les régions, selon les spécialités et en fonction des besoins. Il est en conséquence nécessaire de développer une vision pluriannuelle et organisée aux niveaux national et régional des dispositifs de détermination du *numerus clausus*, d'ouverture des postes aux examens d'internat et d'offre de post internat afin de rééquilibrer la démographie médicale *in situ*. Ces mesures seront accompagnées d'un renforcement du rôle de proposition de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), par voie réglementaire.

Le *numerus clausus* sera déterminé par arrêté en s'appuyant à cette fin sur les comités régionaux de l'ONDPS. Pour ce qui concerne les postes aux épreuves classantes nationales (ECN), les effectifs pluriannuels d'internes à former par spécialité seront déterminés dans le cadre d'une prévision sur cinq ans et des quotas annuels par spécialité seront fixés sur cette base. Il conviendra également de veiller à offrir une possibilité de post-internat adapté à l'augmentation du nombre d'internes prévisible.

Article 16 - Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire

Conformément aux conclusions des états généraux de l'organisation de la santé, et à la suite des travaux conduits par la mission d'appui pour la mise en œuvre de l'avenant 27 à la convention médicale et par les missions parlementaires sur l'accès aux soins et la permanence des soins, le présent article réaffirme la mission de service public de la permanence des soins ambulatoire et en confie l'organisation à l'agence régionale de santé, par le titre IV de la présente loi.

Cette mission est assurée par les médecins libéraux en collaboration avec les établissements de santé. Elle s'organise autour d'une régulation téléphonique accessible par un numéro national d'appel ou, en complément, à partir de plateformes interconnectées. L'assurance des médecins régulateurs dans les centres 15 est prise en charge par l'établissement.

Article 17 - Principe général de coopération entre professionnels de santé

La collaboration entre professionnels de santé est nécessaire pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Sa mise en œuvre doit être facilitée pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité.

Le présent article vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors. Il s'agit de favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé. L'exigence de sécurité des soins aux patients fera l'objet de quatre garanties :

- les coopérations ne devront concerner que les professionnels de santé (médicaux/paramédicaux) ;
- le professionnel ne pourra intervenir que dans les limites de ses connaissances et son expérience ;

- les coopérations seront encadrées par des protocoles validés par la Haute Autorité de santé (HAS) (définissant et précisant l'identité des professionnels concernés, les formes de coopération, les disciplines, les pathologies, actes...) et feront l'objet d'un arrêté pris par le directeur de l'Agence régionale de santé. Il s'agit d'encourager et de développer une dynamique venant du terrain, dans le cadre de besoins de santé exprimés au niveau régional ;

- la traçabilité de ces coopérations sera assurée par un enregistrement, valant autorisation de mise en œuvre, entouré de garanties et effectué au niveau de l'agence régionale de santé, dans des conditions qui seront précisées par arrêté ministériel.

Article 18 - Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes

Des travaux récents¹ ont mis en évidence l'existence de refus de soins, dont sont victimes, principalement, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) consultant des professionnels de santé de secteur II.

Plusieurs dispositions notamment déontologiques encadrent et répriment d'ores et déjà le refus de soins mais il est nécessaire d'interdire très clairement cette discrimination financière ou sociale à l'égard des bénéficiaires de la CMU et de l'aide médicale d'Etat (AME). C'est l'objet de la première partie de l'article.

Afin de faciliter la preuve du refus de soins, il est proposé d'instaurer une présomption de preuve en faveur des assurés. Cette mesure permettra, notamment, aux caisses d'assurance maladie de recourir à la procédure du test aléatoire, de façon encadrée et certifiée par la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE), afin d'en faire un moyen supplémentaire de preuve.

Les directeurs de caisse pourront ainsi sanctionner directement les professionnels par des pénalités financières après avis de la commission des pénalités.

D'autres actions seront engagées pour lutter contre la pratique des refus de soins et notamment le recensement par les caisses des 5 % de professionnels recevant la plus faible part de bénéficiaires de la CMU-c parmi leurs patients ainsi que l'attribution aux comités régionaux de l'observatoire nationale de la démographie des professions de santé placé auprès de chaque agence régionale de santé (ARS), d'une mission de suivi de l'accès aux soins.

Article 19 - Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie

Les dispositifs actuels de formation continue des professions médicales et pharmaceutiques et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont le résultat de plusieurs textes législatifs successifs. Le dispositif d'ensemble a besoin d'être modifié.

Le dispositif de formation professionnelle continue (FPC) s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de formation médicale continue (FMC) et d'EPP et nécessite aussi une mise en cohérence avec ces dispositifs.

¹ V. notamment, J-F Chadelat, « Rapport pour Monsieur le ministre de la santé et des solidarités. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », novembre 2006.

Le présent article vise d'une part, dans le souci de mieux garantir la qualité des prises en charge, à recentrer l'obligation de FMC sur l'évaluation des pratiques et d'autre part, à simplifier et rationaliser les circuits de gestion administrative et le financement de la FMC, afin de garantir notamment la bonne mise en œuvre de son volet évaluatif.

En conséquence, les dispositions proposées visent à conforter l'obligation de formation continue, dorénavant recentrée sur la formation à visée évaluative. Il est précisé que celle-ci vise à engager les praticiens dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques au regard des référentiels validés de bonnes pratiques. Un conseil national unique par profession sera chargé de conseiller le ministre, notamment, sur les modalités d'organisation du dispositif, sur les priorités de formation continue, sur les critères d'enregistrement des organismes de formation. Ces conseils associeront outre des représentants des professionnels concernés, notamment la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La validation de l'obligation sera confiée aux autorités ordinales.

Par ailleurs, les financements de l'Etat et de l'assurance maladie seront regroupés dans un fonds unique afin de garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par les conseils nationaux.

En ce qui concerne les auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie, les dispositions visent à reprendre, en les rendant conformes aux dispositifs propres à chaque secteur d'activité, les modalités de la formation continue de ces professions.

Article 20 - Réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale

Cet article autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures nécessaires à une réforme d'ensemble de la biologie médicale française. L'ordonnance définira l'organisation de cette discipline, sa place au sein du parcours de soins, l'ensemble des règles qui la régissent, les garanties qui doivent être apportées aux patients et les conditions nécessaires à l'efficacité du financement. La qualité de l'offre de soins doit être garantie de la même façon en ville et à l'hôpital et les règles de fonctionnement doivent permettre de renforcer la coopération entre les deux secteurs. L'ordonnance répondra aux exigences européennes en veillant à apporter les garanties nécessaires à l'objectif prioritaire de protection de la santé publique.

Article 21 - Rapprochement des législations européennes des États membres relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles, des qualifications des cycles d'études médicales et aux dispositifs médicaux implantables

Cet article a pour but d'autoriser le Gouvernement à prendre, par ordonnance, les dispositions nécessaires à l'intégration des directives européennes sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, des qualifications des cycles d'études médicales et celles relatives aux dispositifs médicaux implantables.

TITRE III. - PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Les actions de prévention ont trop souvent été considérées comme secondaires par rapport aux soins. C'est donc une des missions des agences régionales de santé de rééquilibrer prévention et soins. C'est aussi pourquoi le présent titre érige-t-il, pour la première fois, l'éducation thérapeutique en une politique nationale, (article 22).

Supprimé : et une priorité

Supprimé : s

Parmi les grandes actions de prévention, et afin de préserver le capital santé des jeunes, ce projet de loi accentue les limitations d'accès à l'alcool (articles 23 et 24) et au tabac (article 25).

Article 22 - Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique concerne en priorité le patient mais également sa famille et son entourage. Elle offre des bénéfices en termes de qualité de vie, de réduction du nombre de complications, de diminution du nombre d'hospitalisations, de meilleure observance des prises médicamenteuses et des recommandations hygiéno-diététiques.

Pour atteindre l'objectif prioritaire d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, elle constitue une nécessité, en complément des soins, pour la pleine efficacité du système de santé de demain.

A côté des programmes d'éducation thérapeutique, des actions d'accompagnement des patients, qui s'en distinguent mais peuvent aussi orienter vers l'éducation thérapeutique, se sont également développées, dans une triple dimension d'accompagnement thérapeutique, d'accompagnement psychosocial et de soutien.

Supprimé : -

C'est pourquoi il est devenu indispensable d'offrir à ces pratiques le cadre institutionnel leur permettant de se développer dans le respect des contraintes méthodologiques ou réglementaires nécessaires.

Supprimé : er

Le présent article crée ce cadre permettant de favoriser des initiatives, de pérenniser les actions déjà entreprises et d'inscrire dans la durée les actions dans ce domaine, et définit la compétence en éducation thérapeutique du patient.

Article 23 - Interdiction de vente d'alcool aux mineurs

La législation régissant la vente d'alcool aux mineurs est obsolète et ne correspond plus aux tendances actuelles de la consommation d'alcool. Les modes de consommation des jeunes se sont modifiés avec une augmentation des alcoolisations massives, le plus souvent avec des bières ou des alcools de troisième, quatrième ou cinquième catégories.

L'article propose donc de la simplifier pour la rendre plus protectrice, en interdisant toute vente de boissons alcoolisées aux mineurs.

Par ailleurs, les dispositions pénales applicables sont modifiées pour tenir compte de ces simplifications et adaptations.

Article 24 - 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

Dans le même objectif que l'article 23, cet article vise à renforcer l'encadrement et les contrôles de modalités d'offres d'alcool qui se sont récemment développées :

- la vente dite au forfait communément appelée « open bar » (entrée payante et boissons gratuites à volonté). Il s'agit d'interdire cette pratique qui s'adresse, en particulier, aux jeunes et qui a des conséquences sur les conduites d'alcoolisation massives ;

- la vente dans les points de vente de carburant : cette interdiction permet de lutter contre la surmortalité liée à l'alcool sur les routes. Il s'agit de limiter l'accès aux boissons alcooliques en interdisant totalement la vente dans ces commerces, aujourd'hui permise de 6h à 22h. Toutefois, pour des nécessités d'aménagement du territoire, des dérogations restreintes pourront être accordées par le préfet pour autoriser la vente en journée sur une plage horaire cependant plus restreinte qu'actuellement, de 8h à 18h. En revanche, la vente d'alcool réfrigéré, destinée à la consommation immédiate et dangereuse pour la conduite, y sera interdite ;

- la vente d'alcool réfrigéré à emporter : il s'agit d'encadrer cette offre, qui concerne le plus souvent des boissons brassicoles, destinée à une consommation immédiate. A cette fin, il est proposé de rapprocher ce type de pratique à de la vente à consommer sur place et d'imposer la détention du permis d'exploitation. Un délai d'un an est accordé aux commerçants pour se conformer à cette obligation ;

- la vente d'alcool à domicile : cette forme de vente, souvent pratiquée par de petites entreprises indépendantes, est actuellement en forte expansion. Elle échappe à toute réglementation. Un encadrement de ces pratiques de livraison de boissons alcooliques à domicile est proposé, en les assimilant à de la vente à emporter.

En cas d'infraction à ces interdictions ou obligations, le projet de loi prévoit les sanctions pénales adaptées.

Il s'agit de plus de renforcer les contrôles de certaines dispositions relatives à l'alcool et au tabac. Ainsi, afin de s'assurer de la bonne information des femmes enceintes pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, cette disposition propose l'extension des compétences de la direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) sur cette question. S'agissant de l'interdiction de fumer, ce sont certains corps de contrôle exerçant dans le secteur de l'hygiène alimentaire, qui voient leurs compétences étendues.

Enfin, l'article prévoit de déclasser l'article L. 3512-1-1 relatif à la répression de la vente de tabac aux mineurs au niveau réglementaire, niveau de texte requis pour les contraventions.

Article 25 - Interdiction des « cigarettes bonbons »

L'objectif de l'article est d'interdire la vente et la distribution de cigarettes dont le goût a été modifié afin d'attirer particulièrement un public jeune. Ces cigarettes contiennent autant, sinon davantage de nicotine et de goudron que les cigarettes classiques. Les arômes sucrés (vanille ou chocolat) permettent d'effacer l'âpreté des premières cigarettes et favorisent donc la dépendance à la nicotine.

Une enquête récente, réalisée à Paris, a mis en lumière le fait que 30 % des fumeurs âgés de treize ans consomment régulièrement ce type de cigarette.

TITRE IV. - ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Le titre IV décrit le statut et le fonctionnement des agences régionales de santé (article 26). Une nouvelle représentation des professionnels de santé libéraux est instituée (article 27). L'article 28 précise les dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux. Enfin, les dispositions transitoires et de coordination nécessaires à la mise en œuvre de la présente loi sont traitées dans les articles 29 à 33.

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

Article 26

Cet article crée les « agences régionales de santé » (ARS) pour renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé et le rendre plus efficace ; il définit les outils d'action des agences et précise les conditions de leur coordination nationale. Les ARS seront la « clé de voûte » qui permettra la mise en œuvre des dispositions figurant dans les trois premiers titres de la loi.

Le présent titre repose sur trois orientations fondamentales :

- renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;

- simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'Etat et de l'assurance maladie : les ARS regroupent en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elles vont se substituer :

- agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- services déconcentrés actuels de l'État (les pôles «santé» et «médico-social» des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, DRASS et DDASS) ;
- unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ;
- groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;
- missions régionales de santé (MRS) ;
- partie « sanitaire » des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) par ailleurs recentrées sur leurs missions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la vieillesse ;

- mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé : les ARS vont renforcer la capacité d'action collective de notre système de santé:

- en couvrant l'ensemble du champ de la santé, les ARS surmontent les cloisonnements sectoriels et garantissent une conduite plus cohérente et plus efficace des politiques de santé sur un territoire ;
- elles disposeront de leviers d'action plus performants, par exemple en matière de répartition de l'offre de soins sur le territoire ou d'approfondissement de la démarche contractuelle avec les différents offreurs de soins ;
- elles seront compétentes en matière de gestion du risque au niveau régional.

Le chapitre I^{er} du nouveau titre III est consacré aux missions et aux compétences des agences.

Les ARS auront pour mission (article L. 1431-1 du code de la santé publique) de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le respect des objectifs nationaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé. Pour remplir ces missions, le périmètre d'action des ARS couvrira l'ensemble du champ de la santé.

Le chapitre II est consacré à l'organisation et au fonctionnement des agences régionales de santé.

L'agence doit disposer d'un cadre d'action stable et robuste : elle aura un statut d'établissement public (article L. 1432-1), dirigé par un directeur général nommé en Conseil des ministres et doté d'un conseil de surveillance.

Pour renforcer les principes démocratiques sur lesquels est fondé notre système de santé, et associer plus étroitement les acteurs concernés par les politiques de santé à leur conception et à leur mise en œuvre, l'agence s'appuiera sur une conférence régionale de santé, qui participera à la définition de la politique régionale de santé. La CRS sera composée d'une commission plénière et de commissions spécialisées.

Pour garantir la proximité territoriale nécessaire à la conduite des politiques de santé et pour assurer les liens indispensables avec les acteurs locaux, dont les conseils généraux, l'agence aura une délégation territoriale dans chaque département.

Pour remplir ses missions et être pleinement efficace, l'agence régionale de santé doit disposer d'un exécutif fort. Le directeur général de l'agence aura ainsi des compétences larges (article L. 1432-2). Il prendra toutes les décisions relevant des missions de l'agence, et arrêtera en particulier le projet régional de santé. Il aura autorité sur les services de l'agence et décidera de son organisation et de son fonctionnement. Pour assurer son autorité, le directeur général sera nommé en Conseil des ministres et aura un mandat, assorti d'une lettre de mission précisant ses objectifs.

La gouvernance des ARS assurera un juste équilibre entre l'autorité forte de l'exécutif et une bonne représentation des différentes parties prenantes, indispensable à une large concertation. L'instance délibérante de l'ARS sera le conseil de surveillance (article L. 1432-3). Il sera chargé d'émettre un avis annuel sur les résultats de l'action de l'agence et d'en approuver le compte financier. Il sera composé de représentants de l'Etat, de représentants des organismes d'assurance maladie, d'élus des collectivités locales, de personnalités qualifiées et de représentants des usagers. Il sera présidé par le représentant de l'Etat dans la région.

La conférence régionale de santé (article L. 1432-4) est une instance de démocratie sanitaire, lieu privilégié de la concertation. Son champ de compétence est élargi pour couvrir l'ensemble des enjeux de santé. A l'image du conseil économique et social régional, les différents collèges de la commission plénière rassembleront l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de santé dans la région. La commission plénière de la conférence peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS au moment de l'élaboration du projet régional de santé afin de mieux prendre en compte les besoins de santé. Elle a un rôle d'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et des usagers du système de santé. Elle organise le débat public sur les questions de santé. Elle est saisie pour avis par l'ARS et peut également s'autosaisir.

Des commissions spécialisées de la CRS sont instituées, qui traiteront notamment du secteur médico-social, de la prévention et de la sécurité sanitaire, des soins de ville, et des soins hospitaliers. Ce sont des instances consultatives, qui donnent un avis et font des propositions sur les schémas qui composent le projet régional de santé et les autorisations qui en découlent. Faisant œuvre de simplification, elles se substituent aux commissions existantes (CROSS, CROSMS section médico-sociale...).

Les ressources des ARS sont composées d'une subvention de l'Etat, de contributions des régimes d'assurance maladie et de la CNSA (pour des actions concernant le secteur médico-social), qui seront définies après consultation de ces caisses, et de ressources propres. Les ARS peuvent en outre bénéficier d'apports volontaires de la part de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

L'agence emploiera des fonctionnaires d'Etat, en particulier ceux des pôles sanitaires des DRASS et DDASS. Réunion des forces de l'Etat et de l'assurance maladie, l'agence emploiera aussi des agents de l'assurance maladie. Enfin, le directeur de l'agence pourra recruter des contractuels de droit public. Tous les agents des ARS seront employés dans les conditions de droit commun de leur statut actuel.

L'ARS conduit à un mariage des cultures : il s'agit d'enrichir les cultures existantes, non de les dissoudre. Elle disposera donc d'instances représentatives du personnel (article L. 1432-12), compétentes pour l'ensemble du personnel et offrant des garanties de même nature que les instances actuelles propres à chaque catégorie d'agents.

Le chapitre III est consacré à la coordination des agences régionales de santé.

La mise en place d'un pilotage unifié au niveau régional rend indispensable une étroite coordination des acteurs nationaux concourant à leur pilotage. Il est ainsi créé (article L. 1433-1) un comité de coordination des ARS, qui réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la CNSA, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'UNCAM. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

Ce comité est chargé de coordonner l'action des ARS, et notamment de garantir la cohérence des instructions qui leurs sont données.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé entre chaque agence et les ministres chargés de la tutelle (article L. 1433-2).

Le chapitre IV est consacré à la définition de la politique régionale de santé.

Le projet régional de santé poursuit deux objectifs essentiels :

- simplifier et clarifier la situation actuelle, qui voit coexister de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels qui ne sont pas assez articulés entre eux et ne permettent donc pas une action efficace d'organisation et de régulation du système de santé ;

- assurer la transversalité de la politique conduite par l'ARS, en donnant une lisibilité à son action, et donner un cadre pour fédérer les initiatives des acteurs.

Il est constitué de trois éléments :

- un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et les objectifs ;

- des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

- le cas échéant, de programmes déclinant les modalités d'application, notamment financières, de ces schémas.

Le projet est arrêté par le directeur de l'ARS, après concertation préalable avec les différents acteurs concernés par sa mise en œuvre et après avis du représentant de l'Etat dans la région.

Les différents schémas régionaux permettent d'élaborer la politique de santé au niveau régional. Ainsi, le schéma régional de prévention (article L. 1434-5) inclut, notamment, des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé et à la sécurité sanitaire, et organise l'observation des risques émergents et la gestion des événements qu'ils peuvent provoquer. Le schéma régional d'organisation des soins (articles L. 1434-6 à 9) englobe désormais l'ensemble de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire et détermine les zones géographiques de l'accès aux soins de premier et de second recours. Le schéma ambulatoire n'est pas opposable. Le schéma régional de l'organisation médico-sociale (article L. 1434-10) permet de définir la politique conduite par l'agence pour répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Il porte également sur l'articulation des réponses sanitaires et médico-sociales, pour assurer le caractère transversal de l'action de l'ARS.

Les modalités de participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre du projet régional de santé font l'objet d'un contrat avec l'agence, fondé notamment sur un programme pluriannuel de gestion du risque assurantiel en santé.

La territorialisation des politiques de santé et la réduction des inégalités territoriales en santé sont au cœur de l'ambition des ARS. Les articles L. 1434-14 et 15 donnent ainsi la possibilité au directeur général de l'agence régionale de santé de créer des territoires de santé. Dans chacun de ces territoires, il peut mettre en place une conférence de territoire. Rassemblant des représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, cette conférence organise la concertation et l'action conjuguée de ces acteurs pour établir un diagnostic partagé sur les enjeux sanitaires du territoire et faire des propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet régional de santé.

Enfin, la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé (article L.1434-15) conclus notamment avec les collectivités territoriales. Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social.

Le cinquième chapitre du nouveau titre III est consacré aux moyens et outils de mise en œuvre de la politique régionale de santé.

La veille, la sécurité sanitaire et les polices sanitaires.

Les articles L. 1435-1 et 2 traitent de la veille, de la sécurité et de la police sanitaire. La logique de métier et la cohérence de la politique de santé publique rendent indispensable la compétence de l'ARS sur ces sujets. En complément, une « logique opérationnelle de proximité » impose d'assurer une articulation efficace entre l'ARS et les représentants de l'Etat dans le département, compétents en matière d'ordre public et de gestion de crise.

La contractualisation avec les offreurs de services en santé

Pour associer les offreurs de soins à ses objectifs et missions, l'agence recourra de façon privilégiée à la démarche de contractualisation. Deux types de contrats sont prévus :

- des contrats d'objectifs et de moyens (article L.1435-3) que l'agence pourra établir avec les établissements de santé, les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé, ainsi qu'avec les services et établissements médico-sociaux ;

- des contrats d'amélioration des pratiques en santé (article L.1435-4) pour les professionnels de santé exerçant en ambulatoire ou en hospitalier ou en secteur médico-social, mais aussi les établissements eux-mêmes. Ces contrats pourront porter sur la participation à des actions de dépistage et de prévention, à la continuité et la coordination des soins, les conditions d'installation, la permanence des soins, l'amélioration des pratiques.

L'agence organise la mission de permanence des soins (article L.1435-5), selon des modalités définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.

Pour mener à bien ses missions, l'agence a accès aux données issues des systèmes d'information des organismes d'assurance maladie (article L. 1435-6).

Les inspections et le contrôle

L'article L. 1435-7 donne la possibilité au directeur général de l'agence régionale de la santé de conférer la qualité d'inspecteur et de contrôleur à des agents placés sous son autorité qui satisfont à des conditions d'aptitude technique et juridique, précisées par décret, en plus de ceux à qui des missions d'inspection et de contrôle sont déjà confiées par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles (médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, ingénieurs...).

CHAPITRE II. - REPRESENTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERALES

Article 27

Dans chaque région, une union régionale des professionnels de santé (URPS) rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Cet article modifie le mode de désignation des organisations représentatives des différentes professions conventionnées en s'inspirant, dans un souci de cohérence, du schéma récemment retenu pour les salariés. Des élections seront ainsi organisées au sein de chaque région, qui détermineront les représentants de chaque profession au niveau régional. Ce scrutin permettra de désigner les organisations représentatives au niveau national. Les élections devront être organisées en cohérence avec l'échéance des conventions.

Les URPS, qui remplacent les URML, participent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Elles peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

Au niveau national, les critères de reconnaissance de la représentativité des syndicats sont élargis pour inclure l'audience, fondée sur les résultats aux élections aux URPS.

CHAPITRE III. - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX**Article 28**

Dans le cadre de la gouvernance nouvelle instaurée par les agences régionales de santé, cet article redéfinit les principes de planification et d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

En matière de planification, l'article L. 312-5 met en place une démarche coordonnée entre les agences régionales de santé et les conseils généraux, dans le respect des compétences de chacun et dans le cadre de la commission de coordination instituée par l'article 26. Au sein de cette commission, les conseils généraux et l'agence pourront établir un constat partagé de l'évaluation des besoins à satisfaire et se coordonner sur les réponses médico-sociales à y apporter.

En matière d'autorisation, l'article L. 313-1-1 met en place une procédure d'appel à projets sur laquelle doit s'appuyer la procédure d'autorisation, afin d'apporter la meilleure réponse aux besoins identifiés tout en permettant l'émergence de solutions innovantes. L'article L. 313-3 précise les attributions respectives de l'agence, de l'Etat et des conseils généraux, en matière d'autorisation des établissements et services.

CHAPITRE IV. - DISPOSITIONS DE COORDINATION ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES**Article 29**

Cet article définit les mesures de coordination rendues nécessaires par la création des agences régionales de santé, notamment pour acter la substitution des ARS aux actuels GRSP, ARH, MRS et URCAM.

De plus, pour tirer les conséquences du transfert aux ARS des missions relatives à l'organisation des soins actuellement exercées par les CRAM, l'article L. 215-1 du code de la sécurité sociale est modifié pour adapter les missions de ces organismes, dont l'intitulé devient « caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail ».

Article 30

Cet article prévoit les mesures de transferts à l'ARS des biens, droits et obligations des organismes dont elle est issue. Il organise également le transfert ou l'affectation au 1^{er} janvier 2010 des agents titulaires et contractuels de l'Etat, des ARH et de l'assurance maladie à l'ARS, pour les activités transférées. Ces transferts et affectations se font avec maintien des droits statutaires et des stipulations des contrats.

Article 31

Pour préparer la mise en place opérationnelle des ARS au 1^{er} janvier 2010, une action de préfiguration est indispensable dès 2009. Cet article prévoit donc la nomination de préfigurateurs, chargés de préparer la mise en place des agences. Ils sont en particulier responsables de la coordination de la dissolution des organismes auxquels l'agence est substituée (ARH, GRSP, URCAM).

Article 32

Cet article prévoit la date d'entrée en vigueur des dispositions du titre IV relatif à la création des ARS. L'essentiel des dispositions ont vocation à entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Article 33

Cet article habilite le Gouvernement à procéder par ordonnance pour trois champs très précis et encadrés :

- les mesures de mise en cohérence des textes rendues nécessaires par la présente loi ;
- la révision du régime des centres de lutte contre le cancer ;
- les mesures d'adaptation des dispositions de la loi à certaines collectivités d'outre-mer (Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte).