



N° 2673

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 mars 2015.

TEXTE DE LA COMMISSION *DES AFFAIRES SOCIALES*

ANNEXE AU RAPPORT

PROJET DE LOI

de modernisation de notre système de santé.

(Procédure accélérée)

(Première lecture)

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 2302.

TITRE LIMINAIRE

RASSEMBLER LES ACTEURS DE LA SANTÉ AUTOUR D'UNE STRATÉGIE PARTAGÉE

Article 1^{er}

- ① I. – Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er}, le mot : « publique » est supprimé ;
- ③ 2° L'article L. 1411-1 est ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 1411-1.* – La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.
- ⑤ « La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.
- ⑥ « Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. Elle est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.
- ⑦ « La politique de santé comprend :
- ⑧ « 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces risques s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration de l'ensemble des expositions pour la vie entière. L'analyse des risques pour la santé de la population prend en compte l'ensemble de l'exposome,

c'est-à-dire l'ensemble des facteurs non génétiques qui peuvent influencer la santé humaine ;

- ⑨ « 2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la réduction des risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;
- ⑩ « 3° La prévention collective et individuelle des maladies et de la douleur, des traumatismes, des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé tout au long de la vie et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;
- ⑪ « 3° *bis (nouveau)* L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1 ;
- ⑫ « 4° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et en lien avec les usagers, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population ;
- ⑬ « 5° La prise en charge collective des conséquences financières et sociales de la maladie et de l'accident par le système de protection sociale ;
- ⑭ « 6° La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires ;
- ⑮ « 7° La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre ;
- ⑯ « 8° La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;
- ⑰ « 8° *bis (nouveau)* L'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et leurs exercices ultérieurs en responsabilité propre ;
- ⑱ « 9° L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

- ⑲ « La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux.
- ⑳ « Préalablement à l'adoption ou à la révision de la stratégie nationale de santé, le Gouvernement procède à une consultation publique, selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État. Cette consultation porte sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé.
- ㉑ « La stratégie nationale de santé fait l'objet, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics. » ;
- ㉒ 3° L'article L. 1411-1-1 est ainsi rédigé :
- ㉓ « *Art. L. 1411-1-1.* – Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. » ;
- ㉔ 4° L'article L. 1411-2 est ainsi rédigé :
- ㉕ « *Art. L. 1411-2.* – Les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent, dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des conventions les liant à l'État.
- ㉖ « Ils poursuivent les objectifs, définis par l'État et déclinés par les agences régionales de santé, visant à garantir la continuité, la coordination et la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins. » ;
- ㉗ 5° Après le mot : « lors », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1411-3 est ainsi rédigée : « de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. » ;
- ㉘ 6° L'article L. 1411-1 est ainsi modifié :
- ㉙ a) Le 1° est ainsi rédigé :
- ㉚ « 1° De contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ; »
- ㉛ b) (*nouveau*) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

- ③② « 4° De contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. » ;
- ③③ 6 bis (nouveau) Le chapitre Ier du titre Ier est complété par un article L. 1411-9, ainsi rétabli :
- ③④ « Art. L. 1411-9. – Les services de santé mentionnés à l'article L. 1411-8 contribuent, chacun dans le cadre des missions qui leur sont imparties, à la politique de santé définie à l'article L. 1411-1. »
- ③⑤ 7° Au premier alinéa du 1° de l'article L. 1431-2, les mots : « publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2 » sont remplacés par les mots : « définie en application de l'article L. 1411-1 » ;
- ③⑥ I bis (nouveau). - L'article L. 2111-1 du même code est complété par un 5° ainsi rédigé :
- ③⑦ « 5° (nouveau) Des actions de prévention et d'information sur les risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement sur la base du concept d'exposome. »
- ③⑧ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③⑨ 1° Les troisième et quatrième alinéas du I de l'article L. 111-2-1 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ④⑩ « En partenariat avec les professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance-maladie concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code. » ;
- ④⑪ 2° Après le mot : « des », la fin du treizième alinéa de l'article L. 161-37 est ainsi rédigée : « domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique. » ;
- ④⑫ 3° Au premier alinéa de l'article L. 182-2, les mots : « publique et » sont remplacés par les mots : « et des plans et programmes de santé qui en résultent ainsi que ».

Article 1^{er} bis (nouveau)

- ① Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1411-10 ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 1411-10.* – La stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1 comporte des objectifs propres aux outre-mer.
- ③ « La stratégie nationale de santé prend en compte, dans la fixation de ses domaines d'action prioritaires pluriannuels, une évaluation des données de santé et des risques sanitaires spécifiques pour toutes les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, ainsi dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et des îles Wallis-et-Futuna.
- ④ « L'État peut proposer à la Polynésie française et à la Nouvelle-Calédonie de s'associer, par convention et dans le respect de leurs compétences, à ces programmes. »

TITRE I^{ER}

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé

Article 2

- ① I. – Le code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1^o Le II de l'article L. 121-4-1 est ainsi modifié :
- ③ a) (*nouveau*) Le 2^o est complété par les mots : « et à l'égard des services de santé » ;
- ④ b) (*nouveau*) Le 3^o est complété par les mots : « , et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers » ;

- ⑤ c) (*nouveau*) Après le même 3°, il est inséré un 3° bis ainsi rédigé :
- ⑥ « 3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ; »
- ⑦ d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé et en lien avec les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. » ;
- ⑨ 2° (*nouveau*) Après la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 541-1, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑩ « Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit conformément au dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1. » ;
- ⑪ II (*nouveau*). – Après la troisième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 2325-1 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑫ « Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit conformément au dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation. »

Article 2 bis (*nouveau*)

- ① La section 1 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 1111-5 est ainsi modifié :
- ③ a) Aux trois premières phrases, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;
- ④ b) À l'avant-dernière phrase, après le mot : « œuvre », sont insérés les mots : « des actions de prévention, le dépistage, le diagnostic, » ;

- ⑤ 2° Après le même article L. 1111-5, il est inséré un article L. 1111-5-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 1111-5-1.* – Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, un infirmier, sous la responsabilité d'un médecin, peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque la prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure âgée de quinze ans ou plus, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier, sous la responsabilité d'un médecin, peut mettre en œuvre la prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

Article 2 ter (nouveau)

- ① L'article L. 114-3 du service national est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « En complément des tests d'évaluation des apprentissages fondamentaux de la langue française, un test de dépistage de la surdité est réalisé. »

Article 3

- ① I (*nouveau*). – À l'intitulé de la deuxième partie du code de la santé publique, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « sexuelle et ».
- ② II. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③ 1° À la deuxième phrase, les mots : « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, », les mots : « à titre exceptionnel et « et les mots : « et de détresse caractérisés » sont supprimés ;

- ④ 2° (*nouveau*) La dernière phrase est complétée par les mots : « , notamment en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale ».
- ⑤ III (*nouveau*). – Au a du 2° de l'article L. 5521-7 du même code, les mots : « ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible » sont remplacés par les mots : « notamment en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale ».

Article 3 bis (*nouveau*)

- ① Au début de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, il est ajouté un I A ainsi rédigé :
- ② « I A. – Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes contraceptives et sa liberté de choix doit être préservée.
- ③ « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »

Article 4

- ① I. – Le livre II du code pénal est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article 225-16-1, après le mot : « dégradants », sont insérés les mots : « ou à consommer de l'alcool de manière excessive, » ;
- ③ 2° L'article 227-19 est ainsi modifié :
- ④ a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.
- ⑥ « Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle d'alcool est puni de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. » ;
- ⑦ b) (*nouveau*) Après la seconde occurrence du mot : « locaux », la fin du second alinéa est ainsi rédigée : « le fait de se rendre coupable de l'une

des infractions définies au présent article porte au double le maximum des peines encourues. »

- ⑧ II. – Le livre III de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑨ 1° A (*nouveau*) L'article L. 3311-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Ces campagnes doivent aussi porter sur la prévention de l'alcoolisme des jeunes afin de lutter contre leur consommation excessive d'alcool. » ;
- ⑪ 1° B (*nouveau*) Après le mot : « sanitaire », la fin du dernier alinéa de l'article L. 3323-4 est ainsi rédigée : « dont le contenu est défini par un arrêté du ministre chargé de la santé fixant la liste et les caractéristiques des informations ou des messages à caractère sanitaire à utiliser ainsi que leur adaptation en fonction des supports et des modalités techniques de diffusion du message publicitaire ou promotionnel, du public visé ainsi que des boissons concernées. » ;
- ⑫ 1° (*nouveau*) L'article L. 3342-1 est ainsi modifié :
- ⑬ a) À la dernière phrase, les mots : « peut exiger » sont remplacés par le mot : « exige » ;
- ⑭ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « L'offre à titre gratuit ou onéreux à un mineur de tout objet incitant directement à la consommation excessive d'alcool est également interdite. Un décret en Conseil d'État fixe les types et les caractéristiques de ces objets. » ;
- ⑯ 2° L'article L. 3353-3 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Après le mot : « publics, » la fin de la seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « ou l'offre à titre gratuit ou onéreux à un mineur de tout objet incitant directement à la consommation excessive d'alcool dans les conditions fixées à l'article L. 3342-1 sont punies de la même peine. » ;
- ⑱ b) Après le mot : « chapitre », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « porte au double le maximum des peines encourues. » ;
- ⑲ 3° L'article L. 3353-4 est ainsi rédigé :

- ⑳ « Art. L. 3353-4. – Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d’alcool et le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle d’alcool sont réprimés par l’article 227-19 du code pénal. »

Article 4 bis (nouveau)

- ① L’article L. 3323-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au début, sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :
- ③ « On entend par propagande ou publicité, au sens du présent livre III, un acte de promotion effectué en faveur d’un produit ou d’un service, relevant de l’activité d’une personne ayant un intérêt à la promotion dudit produit ou service et susceptible d’être perçu comme un acte de promotion par un consommateur d’attention moyenne.
- ④ « Toute propagande ou publicité en faveur d’une boisson alcoolique ne doit pas inciter à un excès de consommation, en particulier chez les jeunes.
- ⑤ « La publicité ou la propagande est directe lorsqu’elle est effectuée en faveur d’une boisson alcoolique. » ;
- ⑥ 2° Après le mot : « rappelle », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « effectivement ou a pour but de rappeler une boisson alcoolique. » ;
- ⑦ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Seuls les éléments de la publicité consacrée à un organisme, à un service, à une activité ou à un article autre qu’une boisson alcoolique qui rappellent effectivement ou ont pour but de rappeler une boisson alcoolique doivent être conformes à l’article L. 3323-4. »

Article 5

- ① I A (*nouveau*). – À l’avant-dernier alinéa de l’article L. 2133-1 du code de la santé publique, après le mot : « conditions », sont insérés les mots : « de révision régulière de l’information à caractère sanitaire et ».
- ② I. – Le chapitre II du titre unique du livre II *bis* de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3232-8 ainsi rédigé :

- ③ « *Art. L. 3232-8.* – Afin de faciliter le choix du consommateur au regard de l’apport en énergie et en nutriments à son régime alimentaire, sans préjudice des articles 9, 16 et 30 du règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil, du 25 octobre 2011, concernant l’information des consommateurs sur les denrées alimentaires, modifiant les règlements (CE) n° 1924/2006 et (CE) n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 87/250/CEE de la Commission, la directive 90/496/CEE du Conseil, la directive 1999/10/CE de la Commission, la directive 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil, les directives 2002/67/CE et 2008/5/CE de la Commission et le règlement (CE) n° 608/2004 de la Commission, la déclaration nutritionnelle obligatoire prévue par le même règlement peut être accompagnée d’une présentation ou d’une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles, dans les conditions prévues à l’article 35 dudit règlement.
- ④ « Les modalités selon lesquelles les recommandations de l’autorité administrative prévues au 2 du même article 35 sont établies et font l’objet d’une évaluation sont définies, après avis de l’Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail, par décret en Conseil d’État. »
- ⑤ II. – Le chapitre II du titre Ier du livre Ier du code de la consommation est complété par un article L. 112-13 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 112-13.* – Les conditions dans lesquelles la déclaration nutritionnelle obligatoire prévue par le règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil, du 25 octobre 2011, concernant l’information des consommateurs sur les denrées alimentaires, modifiant les règlements (CE) n° 1924/2006 et (CE) n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 87/250/CEE de la Commission, la directive 90/496/CEE du Conseil, la directive 1999/10/CE de la Commission, la directive 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil, les directives 2002/67/CE et 2008/5/CE de la Commission et le règlement (CE) n° 608/2004 de la Commission peut être accompagnée d’une présentation ou d’une expression complémentaire sont fixées à l’article L. 3232-8 du code de la santé publique. »

Article 5 bis (nouveau)

- ① L’article L. 2133-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° À la deuxième phrase du premier alinéa, après le mot : « publicitaires », sont insérés les mots : « sur internet, » ;
- ③ 2° À la seconde phrase du troisième alinéa et à la dernière phrase du quatrième alinéa, le taux : « 1,5 % » est remplacé par le taux : « 5 % ».

Article 5 ter (nouveau)

- ① Après l'article L. 3232-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3232-4-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3232-4-1.* – Ces campagnes doivent intégrer un volet de promotion des modes de déplacement actifs, notamment le vélo et la marche, dans l'encouragement de l'activité physique régulière. »

Article 5 quater (nouveau)

- ① Le chapitre II du titre unique du livre II bis de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3232-9 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3232-9.* – La politique de santé contribue à la prévention et au diagnostic précoce de l'anorexie mentale et des troubles des conduites alimentaires, notamment en luttant contre la valorisation de la minceur excessive. »

CHAPITRE I^{ER} BIS

Lutter contre le tabagisme

(Division et intitulé nouveaux)

Article 5 quinquies (nouveau)

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 3511-2 est supprimé ;
- ③ 2° Après l'article L. 3511-2-2, il est inséré un article L. 3511-2-3 ainsi rédigé :

- ④ « Art. L. 3511-2-3. – Sont interdites la vente, la distribution ou l’offre à titre gratuit de cigarettes et de tabac à rouler :
- ⑤ « 1° Aromatisés ayant une odeur ou un goût clairement identifiable avant ou pendant la consommation, autre que celle et celui du tabac ;
- ⑥ « 2° Contenant du tabac, de la nicotine ou des arômes dans l’un de leurs composants tels que les filtres, le papier, le conditionnement et les capsules ;
- ⑦ « 3° Contenant tout dispositif technique permettant de modifier l’odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ;
- ⑧ « 4° Contenant des vitamines ou d’autres additifs créant l’impression qu’un produit du tabac a des effets bénéfiques sur la santé ou que les risques qu’il présente pour la santé ont été réduits ;
- ⑨ « 5° Contenant de la caféine, de la taurine ou d’autres additifs et stimulants associés à l’énergie et à la vitalité ;
- ⑩ « 6° Contenant des additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions ;
- ⑪ « 7° À fumer contenant des additifs qui facilitent l’inhalation ou l’absorption de nicotine ;
- ⑫ « 8° Contenant des additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction.
- ⑬ « Les 2° et 3° s’appliquent également aux papiers et aux filtres vendus, distribués ou offerts séparément.
- ⑭ « Un décret précise les conditions d’application du présent article. »
- ⑮ II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016, à l’exception de son 1° qui entre en vigueur le 20 mai 2020 pour les produits du tabac contenant un arôme identifiable particulier dont le volume des ventes représente, à l’échelle de l’Union européenne, à la date du 20 mai 2016 au plus tard, 3 % ou plus dans une catégorie de produits du tabac déterminée.

Article 5 *sexies* (nouveau)

- ① I. – L’article L. 3511-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° Aux premier et dernier alinéas, après la référence : « L. 3511-1 », sont insérés les mots : « ou des dispositifs électroniques de vapotage et des flacons de recharges qui leur sont associés » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa, les mots : ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur » et « ou ces affichettes » sont supprimés ;
- ④ 3° Le 1° est ainsi modifié :
- ⑤ a) Après les deux occurrences du mot : « tabac », sont insérés les mots : « et des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés » ;
- ⑥ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑦ « Cette dérogation ne peut être maintenue à toute publication diffusée ou accessible en dehors du réseau professionnel ou qui ne respecte pas les avertissements sanitaires prévus par décret ; ».
- ⑧ II. – L'article L. 573 du code général est impôt est abrogé.
- ⑨ II. – Le 1° et la a du 3° du I entrent en vigueur le 20 mai 2016.

Article 5 septies (nouveau)

- ① Après l'article L. 3511-2-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-2-4 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 3511-2-4. – Le représentant de l'État dans le département prend des arrêtés pour déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les débits de tabac ne peuvent être établis autour des édifices et établissements suivants dont l'énumération est limitative :
- ③ « 1° Édifices consacrés à un culte quelconque ;
- ④ « 2° Établissements de santé, maisons de retraite et tous établissements publics ou privés de prévention, de cure et de soins comportant hospitalisation ainsi que les dispensaires départementaux ;
- ⑤ « 4° Établissements d'instruction publique et établissements scolaires privés ainsi que tous établissements de formation ou de loisirs de la jeunesse ;

- ⑥ « 5° Stades, piscines, terrains de sport, publics ou privés ;
- ⑦ « 6° Établissements pénitentiaires ;
- ⑧ « 7° Casernes, camps, arsenaux et tous bâtiments occupés par le personnel des armées de terre, de mer et de l'air ;
- ⑨ « 8° Bâtiments affectés au fonctionnement des entreprises publiques de transport.
- ⑩ « Aucun nouveau débit de tabac ne peut être ouvert ou transféré dans un rayon qui ne peut être inférieur à :
- ⑪ « a) 25 mètres dans les communes de moins de 1000 habitants ;
- ⑫ « b) 50 mètres dans les communes de 1001 à 5000 habitants ;
- ⑬ « c) 75 mètres dans les communes de 5001 à 10000 habitants ;
- ⑭ « d) 100 mètres dans les communes de 10 001 à 20 000 habitants ;
- ⑮ « e) 150 mètres dans les communes de plus de 20 000 habitants.
- ⑯ « Ces distances sont calculées selon la ligne droite au sol reliant les accès les plus rapprochés de l'établissement protégé et du débit de tabac. Dans ce calcul, la dénivellation en dessus et au-dessous du sol, selon que le débit est installé dans un édifice en hauteur ou dans une infrastructure en sous-sol, doit être prise en ligne de compte.
- ⑰ « L'intérieur des édifices et établissements en cause est compris dans les zones de protection ainsi déterminées.
- ⑱ « L'existence de débits de tabac régulièrement installés ne peut être remise en cause pour des motifs tirés du présent article. »

Article 5 octies (nouveau)

- ① Le titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 3511-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Les fabricants, importateurs et distributeurs de produits du tabac ne peuvent pratiquer de mécénat dans le domaine de la santé. » ;

- ④ 2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3512-2, les mots : « ou de publicité interdite » sont remplacés par les mots : « , de publicité ou de mécénat interdits »

Article 5 nonies (nouveau)

- ① Après l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3511-3-1.* – I. – Les fabricants, importateurs et distributeurs de produits du tabac, ainsi que les entreprises, les organisations professionnelles ou les associations les représentant publient et adressent chaque année au ministre chargé de la santé un rapport détaillant l'ensemble de leurs dépenses de publicité, de propagande et de promotion en faveur de leurs produits réalisées en France, à l'égard de personnes physiques résidant en France ou à l'égard de personnes morales dont le siège social est situé en France.
- ③ « Ce rapport inclut, outre les dépenses de publicité directe ou indirecte définies aux articles L. 3511-3 et L. 3511-4, l'ensemble des dépenses liées à des activités d'influence ou de représentation d'intérêts.
- ④ « II. – Sont considérées comme des dépenses liées à des activités d'influence et de représentation d'intérêts :
- ⑤ « 1° Les rémunérations de personnels employés en totalité ou en partie pour exercer des activités d'influence ou de représentation d'intérêts ;
- ⑥ « 2° Les achats de prestations auprès de sociétés de conseil en activités d'influence ou de représentation d'intérêts ;
- ⑦ « 3° Les avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, dont la valeur dépasse 10 €, procurés à :
- ⑧ « a) Des membres du Gouvernement ;
- ⑨ « b) Des membres de cabinet ministériel ;
- ⑩ « c) Des parlementaires ;
- ⑪ « d) Des personnes chargées d'une mission de service public que leur mission ou la nature de leur fonction appelle à prendre ou à préparer les décisions et les avis des autorités publiques relatifs aux produits du tabac ;

- ⑫ « e) Des experts, personnes physiques ou morales, chargés, par convention avec une personne publique, d'une mission de conseil pour le compte d'une personne publique qui a pour mission de prendre ou de préparer les décisions et les avis des autorités publiques relatifs aux produits du tabac ;
- ⑬ « 4° Les contributions ou dons bénéficiant à des partis ou à des groupements politiques, à des candidats à des mandats électifs ou au financement de campagnes politiques.
- ⑭ « III. – Le rapport mentionné au I permet de connaître, pour chaque entreprise tenue de l'établir :
- ⑮ « 1° Le montant total des rémunérations mentionnées au 1° du II et le nombre des personnes concernées ;
- ⑯ « 2° Le montant total et l'identité des bénéficiaires des dépenses mentionnées au 2° du même II ;
- ⑰ « 3° La nature et l'identité du bénéficiaire de chaque dépense mentionnée aux 3° et 4° dudit II.
- ⑱ « IV. – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment le modèle du rapport, ses modalités de transmission, la nature des informations qui sont rendues publiques et les modalités selon lesquelles elles le sont.

Article 5 *decies* (nouveau)

- ① I. – Après l'article L. 3511-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-6-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3511-6-1.* – Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.
- ③ « Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports. »
- ④ II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

Article 5 undecies (nouveau)

- ① Après l'article L. 3511-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-7-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3511-7-1.* – Il est interdit de vapoter dans :
- ③ « 1° Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs, notamment mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ④ « 2° Les moyens de transport collectif fermés ;
- ⑤ « 3° Les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.
- ⑥ « Des emplacements réservés à l'usage des dispositifs électroniques de vapotage sont mis à la disposition des vapoteurs dans les lieux mentionnés aux 1°, 2° et 3°.
- ⑦ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment les modalités d'aménagement des emplacements réservés à l'usage des dispositifs électroniques de vapotage. »

Article 5 duodecies (nouveau)

- ① Après le même article L. 3511-7, il est inséré un article L. 3511-7-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3511-7-2.* – Il est interdit à tous les occupants d'un véhicule de fumer en présence d'un mineur de moins de douze ans. »

Article 5 terdecies (nouveau)

- ① I. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 3512-2 du code de la santé publique, la référence : « et L. 3511-6 » est remplacée par les références : « , L. 3511-6 et L. 3511-6-1 ».
- ② II. – Le I entre en vigueur le 20 mai 2016.

Article 5 quaterdecies (nouveau)

- ① Après l'article L. 3512-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3512-2-1 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 3512-2-1. – Est puni de 45 000 € d’amende le fait pour les fabricants, les importateurs et les distributeurs de produits du tabac, ainsi que les entreprises, les organisations professionnelles ou les associations les représentant de ne pas adresser au ministre chargé de la santé le rapport prévu à l’article L. 3511-3-1 ou d’omettre sciemment de rendre publiques les dépenses qui doivent y être incluses en application du même article. »

Article 5 quindecies (nouveau)

À la fin du premier alinéa de l’article L. 3512-3 du code de la santé publique, la référence : « à l’article L. 3512-2 » est remplacée par les références : « aux articles L. 3512-2 et L. 3512-2-1 »

Article 5 sexdecies (nouveau)

- ① L’article L. 3512-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, la référence : « des dispositions de l’article L. 3511-7 », est remplacée par les références : « des articles L. 3511-7 et L. 3511-7-1 » ;
- ③ 2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ④ « Les agents de police municipale, les gardes champêtres, les agents de surveillance de Paris ainsi que les agents de la ville de Paris chargés d’un service de police mentionnés, respectivement, aux articles L. 511-1, L. 521-1, L. 523-1 et L. 531-1 du code de la sécurité intérieure peuvent constater par procès-verbaux les infractions aux articles L. 3511-2-1, L. 3511-7 et L. 3511-7-1 du présent code et des règlements pris pour leur application, lorsqu’elles sont commises sur le territoire communal, sur le territoire de la ville de Paris ou sur le territoire pour lesquels ils sont assermentés et qu’elles ne nécessitent pas de leur part d’actes d’enquête.
- ⑤ « Ces agents peuvent, pour constater une infraction à l’article L. 3511-2-1, exiger que le client établisse la preuve de sa majorité, par la production de tout document officiel muni d’une photographie. »

CHAPITRE II

Soutenir les services de santé au travail

Article 6

- ① L'article L. 4623-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par dérogation au premier alinéa, un décret fixe les conditions dans lesquelles un collaborateur médecin, médecin non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification auprès de l'ordre des médecins, exerce, sous l'autorité d'un médecin du travail d'un service de santé au travail et dans le cadre d'un protocole écrit et validé par ce dernier, les fonctions dévolues aux médecins du travail. »

Article 6 bis (nouveau)

Au 1° de l'article L. 4612-1 du code du travail, après la première occurrence du mot : « à », sont insérés les mots : « la prévention et à ».

Article 6 ter (nouveau)

- ① L'article L. 4624-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le rapport annuel d'activité, établi par le médecin du travail, pour les entreprises dont il a la charge, comporte des données sexuées. Un arrêté du ministre chargé du travail fixe les modèles de rapport annuel d'activité du médecin du travail et de synthèse annuelle de l'activité du service de santé au travail. »

CHAPITRE III

Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé

Article 7

- ① I. – L'article L. 6211-3 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ② « Cet arrêté définit notamment les conditions dans lesquelles des tests rapides d'orientation diagnostique, effectués par un professionnel de santé ou par du personnel, ayant reçu une formation adaptée, relevant de structures de prévention et associatives, contribuent au dépistage de maladies infectieuses transmissibles.
- ③ « Cet arrêté précise également les conditions particulières de réalisation de ces tests ainsi que les modalités dans lesquelles la personne est informée de ces conditions et des conséquences du test.
- ④ « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique à un mineur, dans le cadre des conditions définies par cet arrêté. »
- ⑤ II. – Le titre II du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑥ 1° (*nouveau*) À l'intitulé, le mot : « le » est remplacé par le mot : « les » ;
- ⑦ 2° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 3121-1, la première occurrence du mot : « le » est remplacée par le mot : « les » ;
- ⑧ 3° (*nouveau*) Au 1° du I de l'article L. 3121-2, dans sa rédaction résultant de la l'article 47 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, après le mot : « hépatites », il est inséré le mot : « virales » ;
- ⑨ 4° (*nouveau*) Après l'article L. 3121-2-1, il est inséré un article L. 3121-2-2 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 3121-2-2.* – Par dérogation au 8° de l'article L. 4211-1, les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés à réaliser des autotests

de détection de maladies infectieuses transmissibles mis sur le marché conformément au titre II du livre II de la cinquième partie du présent code et de la directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil, du 27 octobre 1988, relative aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, peuvent être délivrés par :

- ⑪ « 1° Les établissements de santé et les organismes habilités en application de l'article L. 3121-2 ;
- ⑫ « 2° Les établissements ou organismes habilités en application de l'article L. 3121-1 ou de l'article L. 3121-2-1 ;
- ⑬ « 3° Les organismes de prévention sanitaire habilités, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, à réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique détectant l'infection aux virus de l'immunodéficience humaine ;
- ⑭ « 4° Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- ⑮ « Cet arrêté précise également les conditions particulières de la délivrance de ces autotests ainsi que les modalités selon lesquelles la personne est conseillée, accompagnée, informée des conditions de réalisation du test et de ses conséquences et prise en charge. »
- ⑯ III (*nouveau*). – Après l'article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-18-1 ainsi rédigé :
- ⑰ « *Art. L. 162-1-18-1.* – Lorsqu'un ayant droit mineur a fait usage, pour certains actes et prestations, du droit défini au premier alinéa de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, la prise en charge par les organismes d'assurance maladie de certaines dépenses est protégée par le secret. La liste de ces actes et prestations et de ces dépenses est définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑱ « Ce secret est également protégé, dans les mêmes conditions, pour l'ayant droit majeur qui le demande. »

Article 8

- ① La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° A (*nouveau*) À l'article L. 3121-3, qui devient l'article L. 3411-6 après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;
- ③ 1° L'article L. 3121-4 devient l'article L. 3411-7 et est ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 3411-7. – I. –* La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.
- ⑤ « II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :
- ⑥ « 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;
- ⑦ « 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux, les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;
- ⑧ « 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;
- ⑨ « 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;
- ⑩ « 5° (*nouveau*) Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

- ⑪ « III. – La politique de réduction des risques et des dommages s’applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;
- ⑫ 1° *bis* (nouveau) L’article L. 3121-5 devient l’article L. 3411-8 et est ainsi modifié :
- ⑬ a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;
- ⑭ b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;
- ⑮ 2° (supprimé)
- ⑯ 3° (nouveau) Le titre I^{er} du livre IV est ainsi modifié :
- ⑰ a) Après le neuvième alinéa de l’article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑱ « - la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue mentionnée à l’article L. 3411-7 ; » ;
- ⑲ b) Après le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu’ils résultent des 1° et 1° *bis* du présent article ;
- ⑳ c) Le même chapitre I^{er} *bis* est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :
- ㉑ « Art. L. 3411-9. – Sauf dispositions contraires, les modalités d’application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d’État. »

Article 9

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d’ouverture du premier espace, les centres d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l’article L. 3121-5 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l’agence régionale de santé, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque qui est un espace de réduction

des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

- ② II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des usagers majeurs de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3121-4 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.
- ③ La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.
- ④ Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.
- ⑤ III. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils sont implantés, ainsi qu'au ministre chargé de la santé et au maire de la commune.
- ⑥ IV. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.
- ⑦ V. – Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque mentionnée au I.

CHAPITRE IV

Informer et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement

Article 10

- ① Le code de l'environnement est ainsi modifié :
- ② 1° (*nouveau*) Le I de l'article L. 221-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :
 - ③ « Un objectif pluriannuel de diminution de la moyenne annuelle des concentrations journalières des particules atmosphériques est fixé par arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé, pris après avis de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. » ;
- ④ 2° L'article L. 221-6 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ - la deuxième phrase est complétée par les mots : « et les risques qui en résultent » ;
- ⑦ - à la dernière phrase, les mots : « le rapport sur la qualité de l'air, son évolution possible et ses effets sur la santé et l'environnement » sont remplacés par les mots : « ce rapport » ;
- ⑧ b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑨ « Lorsque les normes de qualité de l'air mentionnées à l'article L. 221-1 ne sont pas respectées ou risquent de ne pas l'être, le public en est immédiatement informé par l'autorité administrative compétente. Cette information porte également sur les niveaux de concentration de polluants, les risques sur la santé et l'environnement, les conseils aux populations concernées et les dispositions arrêtées. L'autorité administrative compétente peut déléguer la mise en œuvre de cette information aux organismes agréés prévus à l'article L. 221-3. » ;
- ⑩ 3° (*nouveau*) À la première phrase du 2° du I de l'article L. 222-1 le mot : « mentionnées » est remplacé par les mots : « et l'objectif pluriannuel de diminution de la moyenne annuelle des concentrations journalières de particules atmosphériques mentionnés ».

Article 11

- ① Le chapitre IV du titre III du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Est ajoutée une section 1 intitulée : « Lutte contre la présence de plomb » et comprenant les articles L. 1334-1 à L. 1334-12 ;
- ③ 1° *bis* (nouveau) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1334-1, les mots : « et des familles » sont remplacés par les mots : « , des familles et, le cas échéant, des femmes enceintes » ;
- ④ 1° *ter* (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 1334-12, la référence : « du présent chapitre » est remplacée par la référence : « de la présente section » ;
- ⑤ 2° Est ajoutée une section 2 intitulée : « Lutte contre la présence d'amiante » et comprenant les articles L. 1334-12-1 à L. 1334-17 ;
- ⑥ 3° L'article L. 1334-14 est ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 1334-14.* – Les organismes réalisant les repérages et les opérations de contrôle communiquent aux ministres chargés de la santé et de la construction et au représentant de l'État dans le département les informations nécessaires à l'observation de l'état du parc immobilier et les informations nécessaires à la gestion des risques. » ;
- ⑧ 4° L'article L. 1334-15 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au premier alinéa, les mots : « prescrire au » sont remplacés par les mots : « mettre en demeure le » et la seconde occurrence du mot : « à » est supprimée ;
- ⑩ b) Au 1°, les mots : « La mise » sont remplacés par les mots : « De mettre » et, après le mot : « œuvre », sont insérés les mots : « , dans un délai qu'il fixe, » ;
- ⑪ c) Au début du 2°, les mots : « La réalisation d'une » sont remplacés par les mots : « De faire réaliser, dans un délai qu'il fixe, une » ;
- ⑫ 5° Après l'article L. 1334-16, sont insérés des articles L. 1334-16-1 et L. 1334-16-2 ainsi rédigés :
- ⑬ « *Art. L. 1334-16-1.* – Si, à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure en application de l'article L. 1334-15, le propriétaire ou

l'exploitant de l'immeuble bâti n'a pas mis en œuvre les mesures prescrites ou n'a pas fait réaliser l'expertise visant à déterminer les mesures nécessaires ou à les vérifier, le représentant de l'État dans le département peut, en cas de danger grave pour la santé, suspendre l'accès et l'exercice de toute activité dans les locaux concernés et prendre toutes mesures pour limiter l'accès aux locaux dans l'attente de leur mise en conformité.

- ⑭ « Art. L. 1334-16-2. – Si la population est exposée à des fibres d'amiante résultant d'une activité humaine, le représentant de l'État dans le département peut, en cas de danger grave pour la santé, ordonner, dans des délais qu'il fixe, la mise en œuvre des mesures propres à évaluer et à faire cesser l'exposition. Faute d'exécution par la personne responsable de l'activité émettrice, le représentant de l'État dans le département y procède d'office aux frais de celle-ci.
- ⑮ « La créance publique est recouvrée comme en matière de contributions directes. » ;
- ⑯ 6° L'article L. 1334-17 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Au premier alinéa, les références : « des articles L. 1334-12-1 à L. 1334-16 » sont remplacées par la référence : « de la présente section » ;
- ⑱ b) Le 5° est ainsi rédigé :
- ⑲ « 5° Les conditions dans lesquelles les organismes réalisant les repérages et les opérations de contrôle communiquent :
- ⑳ « a) Aux ministres chargés de la santé et de la construction et au représentant de l'État dans le département, les informations nécessaires à l'observation de l'état du parc immobilier et les informations nécessaires à la gestion des risques mentionnées à l'article L. 1334-14 ;
- ㉑ « b) Au directeur général de l'agence régionale de santé, sur sa demande, les informations nécessaires à l'exercice des missions prévues au 1° de l'article L. 1431-2 et à l'article L. 1435-7. »

Article 11 bis (nouveau)

- ① L'article L. 1311-7 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est décliné au niveau régional sous forme de plans

régionaux santé environnement. Ces plans ont pour objectif la territorialisation des politiques définies dans le domaine de la santé et de l'environnement. Ces plans régionaux s'appuient sur les enjeux prioritaires définis dans le plan national tout en veillant à prendre en compte les facteurs de risques spécifiques aux régions. Ils sont mis en œuvre par les services déconcentrés de l'État, les agences régionales de santé et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales. »

Article 11 ter (nouveau)

- ① Le chapitre VI du titre III du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

②

« *CHAPITRE VI*

③

« *Prévention des risques liés au bruit*

④

« *Art. L. 1336-1.* – Les activités impliquant la diffusion de sons à un niveau sonore élevé, dans tout lieu public ou recevant du public, clos ou ouvert, sont exercées de façon à protéger l'audition du public et la santé des riverains.

⑤

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 11 quater (nouveau)

- ① L'article L. 5231-2 du code de la santé publique est complété par un 3° ainsi rédigé :

②

« 3° Des jouets ou amusettes comportant du bisphénol A. »

Article 11 quinquies (nouveau)

①

L'article L. 5232-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

②

« *Art. L. 5232-1.* – Tout appareil portable permettant l'écoute de son par l'intermédiaire d'écouteurs ou d'oreillettes ainsi que tout écouteur ou oreillette mis sur le marché, détenus en vue de la vente, vendus ou distribués à titre gratuit sont conçus de façon à être sans danger pour l'audition de l'utilisateur dans des conditions normales d'utilisation ou d'utilisation raisonnablement prévisibles.

- ③ « Ces appareils portables sont accompagnés de messages à caractère sanitaire sur les risques liés à leur utilisation et sur la manière de prévenir ces risques.
- ④ « Les dispositifs qui ne sont pas conformes à ces obligations ne peuvent être commercialisés en France.
- ⑤ « Les modalités d’application du présent article sont définies par arrêté. »

TITRE II

FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé

Article 12

- ① I à IV. – (*Supprimés*)
- ② V (*nouveau*). - Après l’article L. 1411-11 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411-11-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 1411-11-1.* – Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d’assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l’article L. 1411-11 sur la base d’un projet de santé qu’ils élaborent. Elle peut prendre la forme d’une structure d’exercice coordonnée mentionnée aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.
- ④ « L’équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé mentionnés à l’article L. 1411-1 des usagers. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, l’amélioration et la protection de l’état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Article 12 bis (nouveau)

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le titre III du livre IV de la première partie est ainsi modifié :
- ③ a) La première phrase du c du 2° de l'article L. 1431-2 est complétée par les mots : « et contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 » ;
- ④ b) Le chapitre IV, tel qu'il résulte de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 4 ainsi rédigée :
- ⑤

« Section 4
- ⑥

« Communautés professionnelles territoriales de santé
- ⑦

« Art. L. 1434-11. – Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.
- ⑧

« La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, ainsi que d'acteurs assurant des soins de premier ou de second recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et, le cas échéant, d'acteurs médico-sociaux ou sociaux.
- ⑨

« Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.
- ⑩

« Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.
- ⑪

« À défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé, les initiatives nécessaires à la constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé.
- ⑫

« Art. L. 1434-12. – Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés à l'article L. 1434-9 et sur la base

des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé.

- ⑬ « Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. À cet effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.
- ⑭ « Les équipes de soins primaires et les acteurs des communautés professionnelles territoriales de santé peuvent bénéficier des fonctions des plates-formes territoriales d'appui aux professionnels de santé prévues à l'article L. 6327-2. » ;
- ⑮ 2° L'article L. 6323-4 est abrogé.
- ⑯ II. – Les regroupements de professionnels qui, antérieurement à la présente loi, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique deviennent, sauf opposition de leur part, des communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-11 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

Article 12 ter (nouveau)

- ① Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 5 ainsi rédigée :
- ② « Section 5
- ③ « **Pacte national de lutte contre les déserts médicaux**
- ④ « Art. L. 1434-13. - Le pacte national de lutte contre les déserts médicaux a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire.
- ⑤ « Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à :
- ⑥ « 1° Promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé en fonction des besoins des territoires ;

- ⑦ « 2° Accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment dans le cadre des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles mentionnées à l'article L. 1434-11.
- ⑧ « Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés.
- ⑨ « Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-9.
- ⑩ « Un comité national est chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'établir un bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants de professionnels de santé et d'élus selon des modalités définies par décret. »

Article 13

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du second alinéa de l'article L. 3211-1, les mots : « tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence » sont supprimés ;
- ③ 2° À la première phrase de l'article L. 3211-2-3, les mots : « n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « n'assume pas, en application de l'article L. 3222-1, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques au titre des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;
- ④ 3° Le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :
- ⑤ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » ;
- ⑥ b) Les articles L. 3221-1 à L. 3221-4-1 sont ainsi rédigés :
- ⑦ « *Art. L. 3221-1.* – La politique de santé mentale, à laquelle l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés, notamment les établissements autorisés en psychiatrie, contribue, est mise en œuvre par

des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

- ⑧ « *Art. L. 3221-2.* – Dans le cadre du service territorial de santé au public mentionné à l'article L. 1434-11 et afin de concourir à la qualité et la sécurité des parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, dans le respect des objectifs du plan régional de santé et du projet territorial de santé, des contrats territoriaux de santé sont conclus entre l'agence régionale de santé et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés afin de mettre en œuvre les actions coordonnées de prévention, de soins et d'insertion nécessaires au sein de chaque territoire mentionné à l'article L. 1434-8.
- ⑨ « Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale. Le conseil territorial mentionné à l'article L. 1434-9 comprend une commission spécialisée en santé mentale.
- ⑩ « Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé mentale.
- ⑪ « *Art. L. 3221-3.* – I. – L'activité de psychiatrie comprend une activité de psychiatrie de secteur dont la mission est de garantir à l'ensemble de la population :
- ⑫ « 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, associant des équipes pluri-professionnelles et le médecin traitant ;
- ⑬ « 2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;
- ⑭ « 3° La continuité des soins psychiatriques, y compris par recours à l'hospitalisation, si nécessaire en lien avec d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles en proximité.
- ⑮ « II. – Les établissements de santé assurant l'activité de psychiatrie de secteur participent au service territorial de santé au public.
- ⑯ « La mission de psychiatrie de secteur se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.

- ⑰ « *Art. L. 3221-4. – I. –* Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la psychiatrie de secteur. Il affecte, à cet effet, à chacun d'eux une zone d'intervention, de telle sorte que l'ensemble de la région soit couvert.
- ⑱ « Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.
- ⑲ « II. – Chaque établissement ainsi désigné détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation de cette activité au sein de la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents.
- ⑳ « *Art. L. 3221-4-1. –* L'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, menées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3221-4 et par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades, agréées en application de l'article L. 1114-1. » ;
- ㉑ 4° Le titre du chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :
- ㉒ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement » ;
- ㉓ b) L'article L. 3222-1 est ainsi rédigé :
- ㉔ « *Art. L. 3222-1. – I. –* Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'État dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.
- ㉕ « II. – La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé ainsi désigné exerce ces missions est définie dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.

- ②⑥ « III. – Les moyens mis en œuvre pour l'exercice de ces missions et les modalités de coordination avec l'activité de psychiatrie de secteur mentionnée à l'article L. 3221-3 sont précisés dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2.
- ②⑦ « IV. – Dans les établissements n'assurant pas le service public hospitalier, tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2, conformément à l'article L. 6111-1-2. » ;
- ②⑧ c) L'article L. 3222-1-1 A devient l'article L. 3221-5-1 ;
- ②⑨ 5° Après le mot : « préjudice », la fin du premier alinéa de l'article L. 3311-1 est ainsi rédigée : « des dispositifs mis en place dans le cadre de l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. » ;
- ③⑩ 6° Le premier alinéa de l'article L. 6143-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③⑪ « Dans les établissements désignés pour assurer l'activité de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette activité au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. »

Article 13 bis (nouveau)

Aux deux premières phrases du 3° du I de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, après la référence : « L. 3211-12 », sont insérées les références : « , L. 3213-3, L. 3213-8 ».

Article 13 ter (nouveau)

- ① Le dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ② « En cas de transfert, postérieurement à la saisine du juge des libertés et de la détention, de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine. »

Article 13 quater (nouveau)

- ① Le placement en chambre d'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Sa mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.
- ② Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement conformément au I de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Ce registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.
- ③ L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte de la pratique de placement en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour en limiter le recours et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.
- ④ Les modalités de mise en œuvre du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État.

Article 13 quinquies (nouveau)

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris pour sa mise en conformité avec le régime législatif de protection des personnes présentant des troubles psychiques et relevant de soins sans consentement.

Article 14

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le titre II du livre III de la sixième partie est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :

③ « CHAPITRE VII

④ « **Mission d'appui aux professionnels
pour la coordination des parcours de santé complexes**

⑤ « *Art. L. 6327-1.* – Les fonctions d'appui sont l'ensemble des activités ou des prestations à envisager pour soutenir les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux dans la prise en charge des cas complexes. Leur déploiement doit s'inscrire dans une dynamique d'intégration territoriale et contribuer à éviter notamment les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces, ainsi que les ruptures de parcours.

⑥ « Le médecin traitant ou un médecin en lien avec le médecin traitant déclenche le recours aux fonctions d'appui et assure leur intégration dans la prise en charge globale des patients concernés grâce à des échanges d'informations réguliers.

⑦ « Les agences régionales de santé sont chargées d'organiser, en concertation avec les professionnels et les usagers, les fonctions d'appui aux professionnels, notamment à ceux dispensant des soins de premier recours, qui assurent une prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes et pour lesquels l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux est nécessaire en raison de leur état de santé, de leur handicap ou de leur situation sociale.

⑧ « Ces fonctions d'appui peuvent également être mises en œuvre par les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé.

⑨ « *Art. L. 6327-2.* – Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définie à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

⑩ « La convention définit les missions, les engagements et les apports des différents signataires.

- ⑪ « Art. L. 6327-3. – Les modalités d’application du présent chapitre sont fixées par décret. » ;
- ⑫ 2° Le 2° de l’article L. 1431-2 est complété par un *j* ainsi rédigé :
- ⑬ « *j*) Elles sont chargées d’organiser les fonctions d’appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, dans les conditions prévues aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 ; ».

CHAPITRE II

Faciliter l’accès aux soins de premier recours

(Division et intitulé supprimés)

Article 15

- ① Le troisième alinéa de l’article L. 6314-1 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « La régulation téléphonique de l’activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d’aide médicale urgente. En application de l’article L. 1435-5, le directeur général de l’agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu’il choisit le numéro d’aide médicale urgente, l’accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est articulée avec les dispositifs de psychiatrie d’intervention en urgence.
- ③ « La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d’appels interconnectées avec le numéro d’accès à la régulation de l’aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

Article 16

- ① I (*nouveau*). – L’avant-dernier alinéa de l’article L. 541-1 du code de l’éducation est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants

mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ».

- ② II (*nouveau*). – Le 2° de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique est complété par les mots : « , en tenant compte des missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ».
- ③ III. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④ 1° L'article L. 162-5 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le 17° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑥ « Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° ; »
- ⑦ b) Le 18° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑧ « Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ; »
- ⑨ c) Après la deuxième phrase du 22°, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑩ « Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23°. » ;
- ⑪ d) Sont ajoutés des 23° et 24° ainsi rédigés :
- ⑫ « 23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients ;
- ⑬ « 24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et modalités d'organisation prévues au 23°. » ;
- ⑭ 2° L'article L. 162-5-3 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire. » ;

- ⑰ *b)* Le début de la première phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « Sauf pour les patients âgés de moins de seize ans, la participation... (*le reste sans changement*). » ;
- ⑱ 2° *bis (nouveau)* À la première phrase de l'article L. 162-5-4, les mots : « du cinquième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier » ;
- ⑲ 3° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-26, après le mot : « patients », sont insérés les mots : « âgés de plus de seize ans ».

Article 17

- ① L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ③ 2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ④ « Ces conditions prévoient que les modes de rémunération définis par ces conventions, autres que le paiement à l'acte, font l'objet, au plus tard six mois après la conclusion de ces conventions ou d'avenants à ces conventions, d'un examen dans les conditions prévues par l'accord en vue de leur intégration au sein de celui-ci, conformément au premier alinéa de l'article L. 162-32-2 ; »
- ⑤ 3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration de l'accord national ou d'opposition au nouvel accord national, en cas d'opposition formée à l'encontre de l'accord par au moins la moitié des organisations représentatives des centres de soins infirmiers ou au moins la moitié des organisations représentatives des centres de santé médicaux, dentaires et polyvalents, ou à l'issue d'un délai de six mois à compter du début des négociations, un arbitre arrête un projet d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé et dans les conditions prévues aux quatre derniers alinéas du I de l'article L. 162-14-2.
- ⑦ « L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par au moins une organisation représentative des centres de santé. À défaut ou en cas d'opposition à cette désignation par la majorité des organisations représentatives des centres de santé, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »

Article 17 bis (nouveau)

- ① L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;
- ③ 2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

CHAPITRE III

Garantir l'accès aux soins

Article 18

- ① I A (*nouveau*). – Le déploiement du mécanisme du tiers payant permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :
- ② 1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;
- ③ 2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- ④ 3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes

par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine les solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

- ⑤ 4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;
- ⑥ 5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.
- ⑦ I B (*nouveau*). – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :
- ⑧ 1° Au 30 novembre 2016 par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;
- ⑨ 2° Avant le 30 septembre 2017 par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.
- ⑩ I et II. – (*Supprimés*)
- ⑪ II bis (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑫ 1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

- ⑬ a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;
- ⑮ b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;
- ⑯ 2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;
- ⑱ 3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;
- ⑲ 4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :
- ⑳ « VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;
- ㉑ 5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :
- ㉓ – après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;
- ㉔ – après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ㉕ « Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

- ②6) b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;
- ②7) 6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :
- ②8) « *Art. L. 161-36-3.* – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.
- ②9) « Le non-respect de ce délai ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret.
- ③0) « Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique dans des conditions définies par décret.
- ③1) « Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.
- ③2) « *Art. L. 161-36-4.* – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :
- ③3) « 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;
- ③4) « 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;
- ③5) « 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;
- ③6) « 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. »

- ③⑦ III. - À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1 du même code, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, ».
- ③⑧ IV. – Le III entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.
- ③⑨ V (*nouveau*). – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Article 19

- ① Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 4122-1 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ② « Il évalue, en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre, notamment en réalisant ou faisant réaliser des tests permettant de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins. »

Article 20

- ① I. – Au dernier alinéa de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » et, après les mots : « cette protection », sont insérés les mots : « ou de cette aide ».
- ② II. – L'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ④ « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de produits et prestations de santé

mentionnés à l'article L. 165-1, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application du I de l'article L. 165-3, et les modalités du mécanisme de tiers payant. » ;

- ⑤ 2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ a) La première phrase est ainsi rédigée :
- ⑦ « Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2. » ;
- ⑧ b) La seconde phrase est complétée par les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » ;
- ⑨ 3° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « les organismes nationaux » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses ».

CHAPITRE IV

Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Article 21

- ① I. – Après l'article L. 1111-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-1-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-1-1.* – Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes en situation de handicap.
- ③ « Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé. »

- ④ II. – Le *d* du 1° de l'article L. 1431-2 du même code est ainsi rédigé :
- ⑤ « *d*) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation ; ».

Article 21 bis (nouveau)

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 146-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « La création du groupe opérationnel de synthèse mentionné à l'article L. 146-3 fait l'objet d'une décision de la maison départementale des personnes handicapées. » ;
- ④ 2° L'article L. 146-8 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Après le mot : « besoin », la fin du second alinéa est ainsi rédigée :
« , le concours d'un groupe opérationnel de synthèse, rassemblant notamment une équipe de professionnels gestionnaires d'établissements et de services notamment sanitaires, sociaux, médico-sociaux et éducatifs et chargé de mettre en œuvre la réponse à la situation de la personne handicapée sur la base d'un plan d'accompagnement global, qu'il propose à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-6, après avoir obtenu l'accord de la personne handicapée ou de ses parents lorsqu'elle est mineure ou de son représentant légal, à partir des besoins de la personne handicapée et des ressources mobilisables et qui : »
- ⑥ b) Sont ajoutés six alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « 1° Identifie les établissements, les services ou les dispositifs correspondant aux besoins de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte ;
- ⑧ « 2° Précise la nature et la fréquence des interventions de ces établissements, services ou dispositifs.
- ⑨ « La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-6 peut également décider d'une période d'adaptation de durée limitée, assortie de conditions dérogatoires d'accueil et d'accompagnement dont le cadre est fixé par décret.

- ⑩ « Lorsque le groupe opérationnel de synthèse n'a pu proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, la maison départementale des personnes handicapées peut demander l'appui de l'agence régionale de santé, du département et des autres autorités compétentes de l'État.
- ⑪ « Un décret précise notamment la composition et les conditions de fonctionnement du groupe opérationnel de synthèse.
- ⑫ « L'équipe pluridisciplinaire tient à jour le plan personnalisé de compensation mentionné au présent article, le cas échéant le plan d'accompagnement global mentionné à l'article L. 146-3 et les projets mentionnés aux articles L. 112-2 du code de l'éducation et L. 311-3 du présent code. Ils sont mis à jour notamment lorsque l'évolution de l'état ou de la situation de la personne handicapée le justifie, en lien avec les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé, l'adulte handicapé ou son représentant légal et l'établissement ou le service concerné. Les informations y figurant sont la propriété de la personne handicapée ou de son représentant légal. Les professionnels et les institutions concourant à l'orientation de celle-ci sont tenus de transmettre à la maison départementale des personnes handicapées les informations utiles dont elles ont connaissance. » ;
- ⑬ 3° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le 1° du I est complété par les mots : « , le cas échéant sur la base du plan d'accompagnement global mentionné à l'article L. 146-3 » ;
- ⑮ b) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Dès lors que l'état ou la situation de la personne ou que les ressources mobilisables évoluent ou à la demande de l'adulte handicapé ou de son représentant légal, des parents ou du représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé, de l'établissement, du service ou du groupe opérationnel de synthèse mentionné à l'article L. 146-3, la commission procède au réexamen de sa décision. Elle y procède en tout état de cause au minimum une fois par an. » ;
- ⑰ c) Le III est ainsi modifié :
- ⑱ – après les mots : « limite de », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « son autorisation ou de son agrément. Toutefois, en cas d'urgence et lorsque la situation de la personne handicapée le justifie, l'autorité ayant délivré l'autorisation ou l'agrément peut y déroger. » ;

- ⑲ – à la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « ou service » sont remplacés par les mots : « , service ou dispositif » ;
- ⑳ – la première phrase du dernier alinéa est supprimée.
- ㉑ II. – Le présent article est applicable aux maisons départementales des personnes handicapées dès lors que le groupement opérationnel de synthèse mentionné à l'article L. 146-8 du code de la sécurité sociale et institué par la décision de la maison départementale des personnes handicapées mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 146-4 du même code a été mis en place, et au plus tard le 31 décembre 2017.

Article 21 *ter* (nouveau)

- ① I. – Le chapitre préliminaire du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-13.* – La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations éloignées du système de santé en prenant en compte leurs spécificités.
- ③ « Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent le recours à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique en vue de protéger et d'améliorer la santé des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ils définissent et encadrent les interventions des professionnels et acteurs de la prévention et de la promotion de la santé qui les mettent en œuvre, ainsi que leur place dans le parcours de soin des personnes. Ils sont élaborés ou validés par la Haute Autorité de santé, en concertation avec les acteurs concernés.
- ④ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »
- ⑤ II. – Le 5^o de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer ou valider des référentiels de compétences, de formation et de déontologie dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

Article 22

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées.
- ② Cet accompagnement permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie.
- ③ Il implique une coordination des services, des professionnels et des organisations intervenant dans ce parcours de santé.
- ④ II. – Chaque projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif fait l'objet d'une convention, conforme au cahier des charges mentionné au dernier alinéa du présent II établi par le ministre chargé de la santé, entre une ou plusieurs agences régionales de santé et les acteurs de santé volontaires.
- ⑤ Le ministre chargé de la santé définit par arrêté les projets pilotes mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation et le périmètre territorial de chaque projet.
- ⑥ Ces projets sont conformes à un cahier des charges publié après consultation des organismes intéressés, notamment des associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.
- ⑦ III. – Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, dans les conventions mentionnées au II du présent article, les dépenses nouvelles liées aux projets pilotes sont imputées sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article, les crédits affectés aux projets pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.
- ⑧ IV. – Pour l'application du présent article, les informations strictement nécessaires au projet d'accompagnement et relatives à l'état de santé de la

personne, à sa situation sociale et à son autonomie, peuvent être échangées et partagées dans les conditions fixées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

- ⑨ V. – L'entrée dans un projet d'accompagnement est subordonnée au consentement de la personne intéressée, dûment informée des dispositions du IV du présent article.
- ⑩ La personne intéressée peut bénéficier d'un plan personnalisé de soins et d'accompagnement élaboré par son équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. Ce plan est établi conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Il est régulièrement actualisé pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient et de ses conditions de vie.
- ⑪ VI. – En vue de l'éventuelle généralisation des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif à l'ensemble du territoire, les agences régionales de santé participant à l'expérimentation assurent un suivi et une évaluation annuelle des projets pilotes. Les agences ont accès, dans les conditions définies à l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, aux données nécessaires à cette évaluation.
- ⑫ Cette évaluation peut, sous réserve du respect de l'anonymat et de l'absence de possibilité d'identification directe ou indirecte des personnes bénéficiaires des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif, comporter un suivi clinique individualisé et croiser des données relatives à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.
- ⑬ Le Gouvernement, après avis de la Conférence nationale de santé, présente au Parlement un rapport portant évaluation de l'ensemble de l'expérimentation, au plus tard trois mois avant son terme.

Article 22 bis (nouveau)

- ① Le chapitre V du titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 245-8 est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, la référence : « du 1° » est remplacée par les références : « des 1° à 4° » ;

- ④ b) À la seconde phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais relevant du 1° du même article » ;
- ⑤ 2° Au deuxième alinéa de l'article L. 245-13, après la référence : « L. 245-3 », sont insérés les mots : « et que la prestation est versée directement au bénéficiaire ».

Article 23

- ① Après l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-3-1.* – Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

Article 23 bis (nouveau)

- ① Le chapitre II du titre III du livre IV de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6432-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6432-3.* – Pour toute évacuation sanitaire programmée effectuée à l'initiative de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, le patient reçoit, le plus tôt possible, et en tout état de cause avant son départ du territoire, un document à sa signature et à celle de la personne qui l'accompagne l'informant des modalités et des conséquences, notamment financières, de son transfert. Un décret en Conseil d'État précise les indications qui doivent être contenues dans le document. »

CHAPITRE V

Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient

Article 24

- ① L'article L. 1112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début de la première phrase, est ajoutée la mention : « I. - » ;
- ④ b) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑤ 2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d’une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
- ⑦ « Le praticien qui a adressé le patient à l’établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.
- ⑧ « Le praticien qui a adressé le patient à l’établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d’une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l’établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l’absence de la lettre de liaison mentionnée au premier alinéa du présent II.
- ⑨ « La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l’article L. 1111-2, remise au patient ou, dans les conditions prévues à l’article L. 1111-6, à la personne de confiance au moment de sa sortie.
- ⑩ « Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l’établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant. » ;
- ⑪ 3° Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « III. - ».

Article 25

- ① I. – Le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L’article L. 1110-4 est ainsi modifié :
- ③ a) Les huit premiers alinéas sont remplacés par des I à IV ainsi rédigés :

- ④ « I. – Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.
- ⑤ « Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.
- ⑥ « II. – Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social.
- ⑦ « III. – Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.
- ⑧ « Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- ⑨ « IV. – La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. » ;
- ⑩ *b)* Au début du neuvième alinéa, est ajoutée la mention : « V. - » ;
- ⑪ *c)* Il est ajouté un VI ainsi rédigé :
- ⑫ « VI. – Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non professionnels de santé du champ social et

médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;

- ⑬ 2° Après l'article L. 1110-4, il est inséré un article L. 1110-4-1 ainsi rédigé :
- ⑭ « *Art. L. 1110-4-1.* – Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;
- ⑮ 3° Le chapitre préliminaire est complété par un article L. 1110-12 ainsi rédigé :
- ⑯ « *Art. L. 1110-12.* – Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :
- ⑰ « 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- ⑱ « 2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge ;
- ⑲ « 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

- ⑳ 3° *bis (nouveau)* À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1111-7, la référence : « par le dernier alinéa » est remplacée par la référence : « au dernier alinéa du V » ;
- ㉑ 4° L'article L. 1111-8 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ㉓ « Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel, recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données ou pour le compte du patient lui-même doit être agréée à cet effet. Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. » ;
- ㉔ b) La dernière phrase du deuxième alinéa est supprimée ;
- ㉕ c) Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés ;
- ㉖ 5° L'article L. 1111-14 est ainsi modifié :
- ㉗ a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉘ « Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé. Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne.
- ㉙ « La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la mise en œuvre du dossier médical partagé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;
- ㉚ 6° L'article L. 1111-15 est ainsi rédigé :
- ㉛ « *Art. L. 1111-15.* – Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1110-4, L. 1110-4-1 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, reporte dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques

nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. À l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent dans le dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 verse périodiquement, et au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé.

- ③② « Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie sont versées dans le dossier médical partagé.
- ③③ « Le dossier médical partagé comporte également des volets relatifs au don d'organes, aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ainsi qu'à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6.
- ③④ « Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé. » ;
- ③⑤ 7° L'article L. 1111-16 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③⑥ « Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale dispose d'un droit d'accès au dossier médical partagé, lui permettant d'accéder, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 1111-15 du présent code, à l'ensemble des informations contenues dans ce dossier.
- ③⑦ « Le chirurgien-dentiste accède à l'ensemble des données médicales nécessaires à l'exercice de sa profession, sous réserve de l'accord préalable du patient. » ;
- ③⑧ 7° *bis (nouveau)* À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 1111-18, la référence : « du dernier alinéa » est remplacée par la référence : « du dernier alinéa du V » ;
- ③⑨ 8° L'article L. 1111-19 est ainsi rédigé :
- ④⑩ « *Art. L. 1111-19.* – Le titulaire accède directement, par voie électronique, au contenu de son dossier.

- ④① « Il peut également accéder à la liste des professionnels et des équipes qui ont accès à son dossier médical partagé. Il peut, à tout moment, la modifier.
- ④② « Il peut, à tout moment, prendre connaissance des traces d'accès à son dossier. » ;
- ④③ 9° L'article L. 1111-20 est abrogé ;
- ④④ 10° L'article L. 1111-21 est ainsi rédigé :
- ④⑤ « *Art. L. 1111-21.* – Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé, fixe les conditions d'application des articles de la présente section relatifs au dossier médical partagé.
- ④⑥ « Il précise les conditions de création et de fermeture du dossier médical partagé prévues au premier alinéa de l'article L. 1111-14, la nature et le contenu des informations contenues dans le dossier, les modalités d'exercice des droits des titulaires sur les informations figurant dans leur dossier prévues aux I et II de l'article L. 1111-17 ainsi qu'à l'article L. 1111-19, les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé en application du dernier alinéa de l'article L. 1111-15, les conditions d'utilisation par les professionnels de santé et les conditions particulières d'accès au dossier médical partagé prévu aux I et II de l'article L. 1111-17. » ;
- ④⑦ 11° L'article L. 1111-22 est abrogé.
- ④⑧ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④⑨ 1° L'article L. 161-36-1 A et le 8° du II de l'article L. 162-1-14 sont abrogés ;
- ④⑩ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 221-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ④⑪ « Elle exerce également la mission qui lui est confiée au deuxième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. »
- ④⑫ III. – À l'intitulé de la section 3 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie, aux trois derniers alinéas de l'article L. 1111-14, à l'article L. 1111-16, aux premier et second alinéas du I et au II de l'article L. 1111-17, au premier alinéa, à la première phrase du deuxième alinéa et

aux troisième et avant-dernier alinéas de l'article L. 1111-18, à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-23 et au 4° de l'article L. 1521-2 et au 6° de l'article L. 1541-3 du code de la santé publique, les mots : « médical personnel » sont remplacés par les mots : « médical partagé ».

- ⑤③ IV (*nouveau*). – Au troisième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « médical personnel » sont remplacés par les mots : « médical partagé ».

CHAPITRE VI

Ancrer l'hôpital dans son territoire

Article 26 A (*nouveau*)

L'agence régionale de santé veille à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire.

Article 26

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :
- ③ 1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :
- ④ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑤ « Les établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif et privés, assurent, dans les conditions prévues au présent code, le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;
- ⑥ b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... (*le reste sans changement*). » ;
- ⑦ c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;

- ⑧ d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Ils peuvent participer à la formation, à l’enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l’innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu et à la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical. » ;
- ⑩ 2° Après l’article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 ainsi rédigés :
- ⑪ « *Art. L. 6111-1-1.* – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d’accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d’orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l’État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.
- ⑫ « *Art. L. 6111-1-2.* – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :
- ⑬ « 1° Aux personnes faisant l’objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l’article 706-135 du code de procédure pénale ;
- ⑭ « 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
- ⑮ « 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;
- ⑯ « 4° Aux personnes retenues en application de l’article L. 551-1 du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile.
- ⑰ « Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l’article L. 6112-2.
- ⑱ « *Art. L. 6111-1-3.* – Tout patient pris en charge en situation d’urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l’article L. 6112-2. » ;

- ⑲ 3° (*Supprimé*)
- ⑳ 4° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :
- ㉑ « *Art. L. 6111-6-1.* – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.
- ㉒ « Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.
- ㉓ « L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins au titre du 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;
- ㉔ B. – Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :
- ㉕ « *CHAPITRE II*
- ㉖ « *Service public hospitalier*
- ㉗ « *Art. L. 6112-1.* – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.
- ㉘ « *Art. L. 6112-2.* – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :
- ㉙ « 1° Un accueil adapté, notamment lorsque cette personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- ㉚ « 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

- ① « 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- ② « 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.
- ③ « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.
- ④ « II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :
- ⑤ « 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé, avec voix consultative, dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1 ;
- ⑥ « 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.
- ⑦ « III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :
- ⑧ « 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 ;
- ⑨ « 2° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées à l'article L. 1434-12, ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;
- ⑩ « 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé, et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;
- ⑪ « 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les

évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités.

- ④② « Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :
- ④③ « 1° Les établissements publics de santé ;
- ④④ « 2° Les hôpitaux des armées ;
- ④⑤ « 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;
- ④⑥ « 4°(nouveau) Les autres établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier.
- ④⑦ « Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement et dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.
- ④⑧ « En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.
- ④⑨ « Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.
- ⑤⑩ « Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser, si besoin, les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements, après habilitation, relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

- ⑤① « Art. L. 6112-4. – I. – Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.
- ⑤② « L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5.
- ⑤③ « II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :
- ⑤④ « 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente ;
- ⑤⑤ « 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3.
- ⑤⑥ « Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.
- ⑤⑦ « Art. L. 6112-4-1 (nouveau). – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.
- ⑤⑧ « Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑤⑨ « L'établissement associé au service public hospitalier s'assure par tout moyen que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.
- ⑥⑩ « Lorsque ces conditions ne sont pas respectées, l'autorisation susmentionnée et l'association au service public hospitalier qui en découle

peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.

- ⑥1 « Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions dans lesquelles s'appliquent ces dispositions et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.
- ⑥2 « *Art. L. 6112-4-2 (nouveau).* – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.
- ⑥3 « *Art. L. 6112-5.* – Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑥4 C. – L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :
- ⑥5 « *Art. L. 6161-5.* – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1^o du II de l'article 1^{er} de la loi n^o 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.
- ⑥6 « Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »
- ⑥7 *I bis (nouveau).* – Au plus tard six mois à compter de la date de promulgation de la présente loi, les avenants au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus aux articles L. 6112-3 et L. 6112-4-1 font l'objet d'une négociation entre le directeur de l'agence régionale de santé compétente et les établissements concernés.
- ⑥8 II et III. – (*Supprimés*)
- ⑥9 IV. – Les stipulations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique et celles des contrats spécifiques conclus en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, en vertu desquelles des établissements de santé ou d'autres acteurs de santé contractants assurent ou contribuent à assurer, à la date de la publication de

la présente loi, une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dudit code dans la même rédaction, et qui ont fixé, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière des obligations inhérentes à ces missions, cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :

- ⑦⑩ 1° À la date de promulgation de la présente loi pour les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées et à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, pour les établissements privés habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier en application du même article ;
- ⑦⑪ 2° À l'échéance du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou du contrat spécifique conclu en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour tout établissement ne relevant pas du 1° du présent IV et tout autre acteur de santé ayant conclu un contrat spécifique mentionné précédemment ou, en cas d'habilitation de l'établissement à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de son habilitation.

Article 26 bis (nouveau)

- ① Le titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du 6° de l'article L. 6141-2-1, les mots : « fixées par décret » sont remplacés par les mots : « prévues à l'article L. 6145-16-1 » ;
- ③ 2° Après l'article L. 6145-16, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 6145-16-1.* – I. – Les établissements publics de santé et leurs groupements ne peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit que dans les limites et sous les réserves suivantes :
- ⑤ « 1° L'emprunt est libellé en euros ;
- ⑥ « 2° Le taux d'intérêt peut être fixe ou variable ;

- ⑦ « 3° La formule d'indexation des taux variables doit répondre à des critères de simplicité ou de prévisibilité des charges financières des établissements publics de santé et de leurs groupements.
- ⑧ « II. – Un contrat financier adossé à un emprunt auprès d'un établissement de crédit ne peut avoir pour conséquence de déroger au I.
- ⑨ « III. – Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment :
- ⑩ « 1° Les indices et les écarts d'indices autorisés pour les clauses d'indexation des taux d'intérêt variables mentionné au 2° du I, ainsi que le taux maximal dont peut varier le taux d'intérêt ;
- ⑪ « 2° Les critères prévus au 3° du I ;
- ⑫ « 3° Les conditions d'application du II. »

Article 26 ter (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de mise en œuvre d'une mission d'intérêt général pour les établissements publics, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les établissements de santé privés organisés pour fonctionner sans aucun dépassement d'honoraires en leur sein.

Article 27

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :
- ③ « *CHAPITRE II*
- ④ « *Groupements hospitaliers de territoire*
- ⑤ « *Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.*

- ⑥ « II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d’assurer une égalité d’accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d’activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l’accès à une offre de référence et de recours.
- ⑦ « II *bis* (nouveau). – Tous les groupements hospitaliers de territoire s’associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l’article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d’association entre l’établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.
- ⑧ « II *ter* (nouveau). – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l’agence régionale de santé dont dépend l’établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l’élaboration du projet médical de groupements auxquels ils ne sont pas parties.
- ⑨ « II *quater* (nouveau). – Les établissements assurant une activité d’hospitalisation à domicile sont associés à l’élaboration du projet médical des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d’autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.
- ⑩ « III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé, un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu’à un seul groupement hospitalier de territoire.
- ⑪ « III *bis* (nouveau). – Les établissements privés peuvent être partenaires d’un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d’une convention de partenariat prévue à l’article L. 6134-1. Cette convention prévoit l’articulation de leur projet médical avec celui du groupement hospitalier de territoire. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans le pays voisin peuvent être associés par voie conventionnelle.
- ⑫ IV et V. - (*Supprimés*)

- ⑬ « Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.
- ⑭ « II (*nouveau*). – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :
- ⑮ « 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire ;
- ⑯ « 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;
- ⑰ « 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements du groupement ;
- ⑱ « 4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;
- ⑲ « 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :
- ⑳ « a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements du groupement, les compétences et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements du groupement, à la majorité des deux tiers. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus ;
- ㉑ « b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements du groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint à qui il délègue tout ou partie de sa compétence ;

- ②② « c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.
- ②③ « Art. L. 6132-3. – (*Supprimé*)
- ②④ « Art. L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure, pour le compte des établissements parties au groupement :
- ②⑤ « 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements du groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;
- ②⑥ « 1° *bis (nouveau)* La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- ②⑦ « 2° La fonction achats ;
- ②⑧ « 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.
- ②⑨ « II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements du groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.
- ③⑩ « III (*nouveau*). – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des

établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

- ① « 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- ② « 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- ③ « 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- ④ « 4° Les missions de référence et de recours.
- ⑤ « *Art. L. 6132-5.* – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.
- ⑥ « *Art. L. 6132-6.* – I. – Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.
- ⑦ « II. – L'attribution des dotations de financement de l'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.
- ⑧ « *Art. L. 6132-6-1 (nouveau).* – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.
- ⑨ « *Art. L. 6132-7.* – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

- ④⑩ « 1° A (*nouveau*) La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;
- ④⑪ « 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;
- ④⑫ « 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;
- ④⑬ « 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;
- ④⑭ « 4° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont modifiées ;
- ④⑮ « 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;
- ④⑯ 2° et 3° (*Supprimés*)
- ④⑰ 4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;
- ④⑱ 5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;
- ④⑲ 6° (*nouveau*) L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :
- ④⑵ a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;
- ④⑶ b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④⑷ « – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;
- ④⑸ 7° (*nouveau*) Le 2° bis de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④⑹ « Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement

hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

- ⑤⑤ 8° (*nouveau*) Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤⑥ « Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;
- ⑤⑦ 9° (*nouveau*) À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».
- ⑤⑧ II. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».
- ⑤⑨ III. – Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »
- ⑥⑩ IV. – A. – Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.
- ⑥⑪ B (*nouveau*). – À compter du 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.
- ⑥⑫ V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} janvier 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de

territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

- ⑬ VI. – A. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} janvier 2016.
- ⑭ B (*nouveau*). – Par dérogation, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire peut être arrêté dans un délai d'un an après la conclusion de la convention constitutive, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.
- ⑮ VII (*nouveau*). – L'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.
- ⑯ VIII (*nouveau*). – Le II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :
 - ⑰ 1° À compter du 1^{er} janvier 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;
 - ⑱ 2° À compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 dudit code.
- ⑲ IX (*nouveau*). – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de mettre en place une trésorerie commune entre les établissements publics parties à un même groupement hospitalier de territoire.

Article 27 bis (*nouveau*)

- ① Après le 3° de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ② « 4° Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe la répartition

des responsabilités en matière d'admission des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. Dans ce cas, par dérogation aux articles L. 6122-4 du présent code et L. 162-21 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres, dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 du présent code. »

TITRE III

INNOVER POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTEME DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Innover en matière de formation des professionnels

Article 28

- ① I. – Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le titre II est ainsi modifié :
- ③ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Développement professionnel continu des professionnels de santé » ;
- ④ b) Le chapitre unique devient le chapitre II et est intitulé : « Gestion des fonds du développement professionnel continu » ;
- ⑤ c) L'article L. 4021-1 devient l'article L. 4022-1 ;
- ⑥ d) Au début, il est ajouté un chapitre Ier ainsi rédigé :
- ⑦

« CHAPITRE I^{ER}
- ⑧

« Dispositions Générales
- ⑨ *« Art. L. 4021-1. – Le développement professionnel continu constitue une obligation pour les professionnels de santé.*

- ⑩ « Il a pour objectif l'amélioration des pratiques des professionnels de santé par l'actualisation et le développement des compétences, compte tenu des domaines d'action et des objectifs prioritaires d'amélioration de la santé portés par la stratégie nationale de santé.
- ⑪ « Il associe l'analyse, l'évaluation des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances sur la base des recommandations des conseils nationaux professionnels de spécialité et selon des méthodes validées par la Haute Autorité de santé.
- ⑫ « Les universités contribuent par leur expertise scientifique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé à la dimension pédagogique du développement professionnel continu.
- ⑬ « Le développement professionnel continu est mis en œuvre dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »
- ⑭ II. – Les articles L. 4133-1, L. 4143-1, L. 4153-1, L. 4236-1, L. 4242-1 et L. 4382-1 du même code sont abrogés.
- ⑮ III. – Le 2° des articles L. 4133-2, L. 4143-2, L. 4153-2 et L. 4236-2 du même code est ainsi modifié :
- ⑯ 1° Les mots : « , après évaluation par une commission scientifique indépendante, » sont supprimés ;
- ⑰ 2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑱ « Une commission scientifique indépendante assure le contrôle de la qualité de l'offre de développement professionnel continu. »
- ⑲ IV (*nouveau*). – Au second alinéa de l'article L. 2214-2 du même code, la dernière occurrence du mot : « la » est remplacée par les mots : « les différents modes de ».

Article 28 bis (*nouveau*)

- ① Le chapitre II du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 632-2 est complété par les mots : « et, dans des conditions fixées par décret du ministre chargé de

l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, aux médecins en exercice » ;

- ③ 2° Après le mot : « obtenue », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 632-4 est ainsi rédigée : « de la spécialité. »

Article 29

- ① Le 2° de l'article L. 4311-12 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « 2° Aux étudiants préparant le diplôme d'État dans le cadre de leur période de stage, dans les établissements de santé ou médico-sociaux, les structures de soins ambulatoires et les cabinets libéraux agréés pour l'accomplissement des stages. Les étudiants peuvent réaliser personnellement des actes dans chaque lieu de stage, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé.
- ③ « Pour le remboursement ou la prise en charge par l'assurance-maladie, les actes ainsi effectués sont réputé être accomplis par l'infirmier diplômé ; ».

CHAPITRE II

Innover pour préparer les métiers de demain

Article 30

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du livre III de la quatrième partie, il est ajouté un titre préliminaire ainsi rédigé :
- ③ « *TITRE PRÉLIMINAIRE*
- ④ « *EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE*
- ⑤ « *Art. L. 4301-I. – I. – Les auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé coordonnée par un médecin.*

- ⑥ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :
- ⑦ « 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :
- ⑧ « a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- ⑨ « b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et de surveillance clinique et para-clinique ;
- ⑩ « c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;
- ⑪ « 2° Les conditions et les règles de l'exercice.
- ⑫ « II. – Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.
- ⑬ « Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.
- ⑭ « La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance mutuelle sont définies par décret.
- ⑮ « III. – Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée, à cet effet, sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.
- ⑯ « IV. – Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent

applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

- ⑰ « Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. » ;
- ⑱ 2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « ses malades, », sont insérés les mots : « ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ».

Article 30 bis (nouveau)

- ① L'article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Un décret précise les conditions dans lesquelles les actes de soins infirmiers peuvent être délégués à des professionnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1. »

Article 30 ter (nouveau)

- ① Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'intitulé du livre III et du titre IX, les mots : « et ambulanciers » sont remplacés par les mots : « , ambulanciers et assistants dentaires » ;
- ③ 2° Après le chapitre III du titre IX, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

④ « *CHAPITRE III BIS*

⑤ « *Assistants dentaires*

- ⑥ « *Art. L. 4393-8.* – La profession d'assistant dentaire consiste à assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité et son contrôle effectif. Dans ce cadre, l'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.
- ⑦ « L'assistant dentaire est soumis au secret professionnel.

- ⑧ « *Art. L. 4393-9.* – Peuvent exercer la profession d’assistant dentaire les personnes titulaires du titre de formation français permettant l’exercice de cette profession.
- ⑨ « Les modalités de la formation, notamment les conditions d’accès, le référentiel des compétences ainsi que les modalités de délivrance de ce titre, sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis conforme d’une commission comprenant des représentants de l’État et des partenaires sociaux représentant les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires, dont la composition est fixée par décret.
- ⑩ « *Art. L. 4393-10.* – Peuvent également exercer la profession d’assistant dentaire les personnes titulaires d’un certificat ou d’un titre dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé, dès lors que la formation correspondante a débuté avant la date d’entrée en vigueur de l’arrêté mentionné au second alinéa de l’article L. 4393-9.
- ⑪ « *Art. L. 4393-11.* – L’autorité compétente peut, après avis de la commission prévue à l’article L. 4393-9, autoriser individuellement à exercer la profession d’assistant dentaire les ressortissants d’un État membre de l’Union européenne ou d’un autre État partie à l’accord sur l’Espace économique européen qui ont suivi, avec succès, un cycle d’études secondaires et qui, sans posséder l’un des diplômes ou certificats mentionnés aux articles L. 4393-9 et L. 4393-10, sont titulaires :
- ⑫ « 1° D’un titre de formation délivré par un État, membre ou partie, et requis par l’autorité compétente d’un État, membre ou partie, qui réglemente l’accès à cette profession ou son exercice, et permettant d’exercer également ces fonctions dans cet État ;
- ⑬ « 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un État, membre ou partie, qui ne réglemente pas l’accès à cette profession ou son exercice, d’un titre de formation délivré par un État, membre ou partie, attestant de la préparation à l’exercice de la profession, accompagné d’une attestation justifiant, dans cet État, de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période. Cette condition n’est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée ;
- ⑭ « 3° Ou d’un titre de formation délivré par un État tiers et reconnu dans un État, membre ou partie, autre que la France, permettant d’y exercer légalement la profession.

- ⑮ « Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation.
- ⑯ « La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires de l'un des diplômes ou certificats mentionnés aux articles L. 4393-9 et L. 4393-10.
- ⑰ « *Art. L. 4393-12* – L'assistant dentaire peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.
- ⑱ « Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'assistant dentaire fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée, qu'elle lui indique.
- ⑲ « L'intéressé porte le titre professionnel d'assistant dentaire.
- ⑳ « *Art. L. 4393-13*. – L'assistant dentaire, ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités d'assistant dentaire dans un État, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels, de manière temporaire ou occasionnelle.
- ㉑ « Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à la profession n'est pas réglementé dans l'État où il est établi, l'assistant dentaire prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes. L'exécution de cette activité est subordonnée à une déclaration préalable qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ㉒ « L'assistant dentaire prestataire de services est soumis aux conditions d'exercice de la profession ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France. L'assistant dentaire prestataire de services ne peut exercer que

sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin.

- ⑳ « Les qualifications professionnelles de l'assistant dentaire prestataire de services sont vérifiées par l'autorité compétente, après avis de la commission prévue à l'article L. 4393-9, avant la première prestation de service. En cas de différence substantielle entre les qualifications de l'assistant dentaire prestataire de services et la formation exigée en France de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente demande à l'assistant dentaire prestataire de services d'apporter la preuve qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment au moyen de mesures de compensation.
- ㉑ « L'assistant dentaire prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.
- ㉒ « Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.
- ㉓ « La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'État d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.
- ㉔ « *Art. L. 4393-14.* – L'assistant dentaire, lors de la délivrance de l'autorisation d'exercice ou de la déclaration de prestation de services, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.
- ㉕ « *Art. L. 4393-15.* – Sont déterminés par décret en Conseil d'État :
- ㉖ « 1° Les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation ;
- ㉗ « 2° Les modalités de vérification des qualifications professionnelles mentionnées à l'article L. 4393-13. » ;

- ① 3° Le chapitre IV du titre IX est complété par un article L. 4394-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4394-4.* – L’usage sans droit de la qualité d’assistant dentaire ou d’un diplôme, certificat, ou autre titre légalement requis pour l’exercice de cette profession est puni comme le délit d’usurpation de titre prévu à l’article 433-17 du code pénal.
- ③ « Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables de ce délit dans les conditions prévues à l’article 121-2 du même code. Elles encourent les peines prévues pour le délit d’usurpation de titre aux articles 433-17 et 433-25 dudit code. »

Article 31

- ① I. – Le chapitre II du titre I^{er} du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase de l’article L. 2212-1, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;
- ③ 2° L’article L. 2212-2 est ainsi modifié :
- ④ a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme » ;
- ⑤ b) Au second alinéa, après le mot : « praticien », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;
- ⑥ 3° L’article L. 2212-3 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;
- ⑧ b) Au début du deuxième alinéa, le mot : « Il » est remplacé par les mots : « Le médecin ou la sage-femme » ;
- ⑨ c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « et aux sages-femmes » ;
- ⑩ 4° À la première phrase de l’article L. 2212-5, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » et le mot : « il » est remplacé par les mots : « le médecin ou la sage-femme » ;
- ⑪ 5° Le premier alinéa de l’article L. 2212-6 est ainsi rédigé :

- ⑫ « En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peut pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisi par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5. » ;
- ⑬ 6° L'article L. 2212-7 est ainsi modifié :
- ⑭ a) À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou à la sage-femme » ;
- ⑮ b) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;
- ⑯ 7° Au premier alinéa de l'article L. 2212-8, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » et, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « ou de sages-femmes » ;
- ⑰ 8° À l'article L. 2212-10, après les mots : « le médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;
- ⑱ 9° L'article L. 2213-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑲ « Toutefois, ces interruptions ne peuvent être pratiquées que par un médecin. »
- ⑳ II. – Le 2° de l'article L. 2222-2 du même code est complété par les mots : « ou de sage-femme ».
- ㉑ III. – L'article L. 4151-1 du même code est ainsi modifié :
- ㉒ 1° (*nouveau*) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
- ㉓ « La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. » ;
- ㉔ 2° Au troisième alinéa, après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » ;
- ㉕ 3° (*nouveau*) Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ②⑥ « Un décret en Conseil d'État détermine le contenu de la formation requise pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ; cet apprentissage est intégré à la formation initiale des sages-femmes. »
- ②⑦ IV. – L'article L. 4151-2 du même code est ainsi rédigé :
- ②⑧ « *Art. L. 4151-2.* – Les sages-femmes peuvent pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né.
- ②⑨ « Elles peuvent pratiquer, en vue de protéger le nouveau-né, les vaccinations des personnes qui vivent régulièrement dans son entourage, dans des conditions déterminées par décret. Ce décret détermine également les modalités selon lesquelles les sages-femmes transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations.
- ③⑩ « Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des vaccinations mentionnées aux deux premiers alinéas. »

Article 32

(Supprimé)

Article 33

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3511-10 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3511-10.* – Les substituts nicotiniques peuvent être prescrits par :
- ③ « 1° Les médecins, y compris les médecins du travail aux travailleurs ;
- ④ « 2° Les sages-femmes, en application de l'article L. 4151-4 ;
- ⑤ « 3° Les infirmiers ou les infirmières, en application de l'article L. 4311-1. »
- ⑥ II. – La seconde phrase de l'article L. 4154-4 du même code est complétée par les mots : « et prescrire des substituts nicotiniques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou du nouveau-né ou assurent la garde de ce dernier ».
- ⑦ III. – L'article L. 4311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑧ « L’infirmier ou l’infirmière peut prescrire des substituts nicotiques. »

Article 34

- ① I. – Le livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa de l’article L. 6143-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③ « Le présent alinéa n’est pas applicable aux praticiens placés en position de remplacement en application de l’article L. 6152-1-1. » ;
- ④ 2° Après l’article L. 6146-2, il est rétabli un article L. 6146-3 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 6146-3.* – Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l’article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Ces établissements doivent s’assurer auprès des conseils professionnels concernés, avant le début de la mission de travail temporaire, que ces personnels exercent leur profession en toute légalité.
- ⑥ « Le montant journalier des dépenses susceptibles d’être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d’une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire. » ;
- ⑦ 3° Après l’article L. 6152-1, il est inséré un article L. 6152-1-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 6152-1-1.* – Pour assurer des missions de remplacement temporaire au sein des établissements publics de santé, les praticiens mentionnés au 1° de l’article L. 6152-1 peuvent, sur la base du volontariat, être en position de remplaçants dans une région auprès du Centre national de gestion mentionné à l’article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- ⑨ « Le Centre national de gestion exerce à l’égard de ces praticiens remplaçants toutes les prérogatives reconnues à l’autorité investie du

pouvoir de nomination et les rémunère lorsqu'ils sont placés en position de remplacement. Les conditions dans lesquelles l'établissement public de santé rembourse au Centre national de gestion les dépenses exposées à ce titre sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

- ⑩ 4° L'article L. 6152-6 est complété par les mots : « et de l'article L. 6152-1-1 ».
- ⑪ II. – Le 2° de l'article L. 1251-60 du code du travail est complété par les mots : « et par les chapitres I^{er} et II du titre V du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique ».

Article 34 bis (nouveau)

- ① Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au huitième alinéa de l'article L. 5125-17, les mots : « au moins 5 % » sont remplacés par les mots : « directement une fraction » ;
- ③ 2° Après le même article L. 5125-17, il est inséré un article L. 5125-17-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 5125-17-1.* – Le pharmacien adjoint exerçant à titre exclusif son activité dans une officine exploitée par une société d'exercice libéral peut détenir, directement ou par l'intermédiaire d'une société de participations financières de profession libérale qu'il contrôle, une fraction du capital de cette société d'exercice libéral représentant jusqu'à 10 % de celui-ci.
- ⑤ « Le pharmacien adjoint associé de la société d'exercice libérale exploitant l'officine dans laquelle il exerce continue d'exercer dans le cadre d'un contrat de travail et demeure placé dans un lien de subordination juridique à l'égard du ou des pharmaciens titulaires de l'officine.
- ⑥ « Les modalités et les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'ordre des pharmaciens et des organisations les plus représentatives de la profession. »

Article 34 ter (nouveau)

- ① L'article 135 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

- ② « Cette durée maximale est portée à soixante mois pour les praticiens nés avant le 1^{er} juillet 1951. Pour ceux nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 1^{er} janvier 1955, cette durée maximale est réduite de la manière suivante :
- ③ « 1° À raison de quatre mois pour les praticiens nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;
- ④ « 2° À raison de cinq mois par génération pour les praticiens nés entre le 1^{er} janvier 1952 et le 1^{er} janvier 1955. »

Article 34 quater (nouveau)

Après la dernière occurrence du mot : « article », la fin de l'article 138 de la même loi est ainsi rédigée : « 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public est portée, à titre transitoire, à soixante-douze ans jusqu'au 31 décembre 2022. »

CHAPITRE III

Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins

Article 35

- ① L'article L. 161-37 du code la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- ③ « 1° *bis* Élaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique ; »
- ④ 2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Elle élabore ou valide également, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, à destination des professionnels de santé ; ».

Article 35 bis (nouveau)

- ① Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 5132-10 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 5132-10.* – Pour des raisons de santé publique, notamment pour prévenir l'apparition de résistances aux médicaments appartenant à la classe des antibiotiques et qui contiennent l'une des substances mentionnée au présent chapitre, des mesures adaptées à la lutte contre les résistances aux dits médicaments sont prises par voie réglementaire. »

Article 35 ter (nouveau)

- ① La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Après l'article L. 5211-4, il est inséré un article L. 5211-4-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 5211-4-1.* – Lors de la mise en service sur le territoire national de dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les fabricants ou leurs mandataires transmettent à l'agence un résumé des caractéristiques de leur dispositif.
- ④ « Le contenu et les modalités de transmission du résumé des caractéristiques du dispositif sont déterminés par un décret en Conseil d'État. » ;
- ⑤ 2° L'article L. 5211-6 est complété par un 8° ainsi rédigé :
- ⑥ « 8° Les conditions dans lesquelles la vente, la revente ou l'utilisation de certains dispositifs médicaux ou catégories de dispositifs médicaux est interdite ou réglementée. » ;
- ⑦ 3° Après l'article L. 5212-2, sont insérés des articles L. 5212-2-1 et L. 5212-2-2 ainsi rédigés :
- ⑧ « *Art. L. 5212-2-1.* – Pour les dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 et les installations mentionnées à l'article L. 6322-1 sont tenus de renseigner les registres créés pour le suivi de ces dispositifs médicaux.

- ⑨ « Pour les établissements mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code, ces registres sont renseignés conformément aux obligations et engagements fixés par le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
- ⑩ « Le contenu de ces registres est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
- ⑪ « *Art. L. 5212-2-2.* – Pour des raisons de santé publique, le ministre chargé de la santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et l'Institut de veille sanitaire peuvent accéder aux données anonymes relatives aux dispositifs médicaux qui sont hébergées dans le cadre des registres mentionnés à l'article L. 5212-2-1. » ;
- ⑫ 4° Après l'article L. 5461-4-1, il est inséré un article L. 5461-4-2 ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 5461-4-2.* – Le fait, pour les installations mentionnées à l'article L. 6322-1, de ne pas renseigner les registres mentionnés à l'article L. 5212-2-1 est puni d'un an d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. » ;
- ⑭ 5° Après l'article L. 5461-6, sont insérés des articles L. 5461-6-1 et L. 5461-6-2 ainsi rédigés :
- ⑮ « *Art. L. 5461-6-1.* – Le fait, pour les fabricants de dispositifs médicaux ou leurs mandataires, de ne pas transmettre à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé un résumé des caractéristiques de leur dispositif lors de sa mise en service sur le territoire national, prévu à l'article L. 5211-4-1, est puni de 150 000 € d'amende. » ;
- ⑯ « *Art. L. 5461-6-2.* – Le fait de vendre, revendre ou utiliser un dispositif médical ou une catégorie de dispositifs médicaux mentionnés au 8° de l'article L. 5211-6 sans respecter les dispositions prises en application de ce même article est puni de deux ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. » ;
- ⑰ 6° L'article L. 5461-9 est complété par un 9° ainsi rédigé :
- ⑱ « 9° Le fait, pour les fabricants de dispositifs médicaux ou leurs mandataires, de ne pas transmettre à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé un résumé des caractéristiques de leur

dispositif lors de sa mise en service sur le territoire national, prévu à l'article L. 5211-4-1. » ;

- ⑬ 7° Au deuxième alinéa du III de l'article L. 5471-1, après la référence : « 7° », est insérée la référence : « et 9° ».

Article 36

- ① La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} est complété par un article L. 5111-4 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 5111-4.* – On entend par médicaments ou classes de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, les médicaments ou classes de médicaments pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients en regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie. » ;
- ④ 2° Après le chapitre I^{er} ter du titre II du même livre I^{er}, il est inséré un chapitre I^{er} quater ainsi rédigé :
- ⑤ « *CHAPITRE I^{er} QUATER*
- ⑥ « *Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments*
- ⑦ « *Art. L. 5121-29.* – Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments assurent un approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France.
- ⑧ « À cet effet, ils prennent toute mesure utile pour prévenir et pallier toute difficulté d'approvisionnement et permettent, en cas de rupture de stock, la mise à disposition des informations dont ils disposent aux pharmaciens d'officine, aux pharmaciens de pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1 et aux pharmaciens responsables ou délégués des grossistes-répartiteurs.
- ⑨ « *Art. L. 5121-30.* – La liste des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4, pour lesquels une rupture ou un risque de rupture de stock est mise en évidence ou a été déclaré à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions mentionnées à l'article L. 5121-32, est fixée par décision du

directeur général de l'agence et rendue publique sur son site internet. Cette décision précise, le cas échéant, si ces médicaments peuvent être vendus au public au détail par les pharmacies à usage intérieur.

- ⑩ « *Art. L. 5121-31.* – Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 pour lesquels, du fait de leurs caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments élaborent et mettent en œuvre des plans de gestion des pénuries dont l'objet est, dans l'intérêt des patients, de prévenir et de pallier toute rupture de stock.
- ⑪ « Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments déclarent à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé la liste des médicaments pour lesquelles ils élaborent des plans de gestion de pénuries prévus au présent article.
- ⑫ « Le décret prévu à l'article L. 5121-34 définit les caractéristiques de ces médicaments et un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les classes thérapeutiques auxquelles ils appartiennent.
- ⑬ « *Art. L. 5121-32.* – L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informe l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament.
- ⑭ « L'entreprise met en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et met en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article.
- ⑮ « L'entreprise prend, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé, ainsi que les mesures permettant l'information des patients.
- ⑯ « *Art. L. 5121-33.* – Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence publiée sur son site internet.

- ⑰ « *Art. L. 5121-34.* – Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑱ 3° Les deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 5124-6 sont supprimées ;
- ⑲ 4° Le second alinéa de l'article L. 5124-17-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :
⑳ « Ils participent à la prévention et à la gestion des ruptures de médicaments, au titre des obligations de service public mentionnées au premier alinéa. » ;
- ㉑ 5° Après l'article L. 5124-17-2, il est inséré un article L. 5124-17-3 ainsi rédigé :
㉒ « *Art. L. 5124-17-3.* – Lorsque le grossiste-répartiteur a rempli ses obligations de service public prévues à l'article L. 5124-17-2, il peut vendre en dehors du territoire national ou aux distributeurs en gros à l'exportation des médicaments.
- ㉓ « Il ne peut pas vendre en dehors du territoire national des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-30. » ;
- ㉔ 6° L'article L. 5126-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
㉕ « Les établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur peuvent également vendre au public, au détail, les médicaments en rupture ou en risque de rupture dont la vente au public a été autorisée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article L. 5121-30 du présent code. » ;
- ㉖ 7° Au 2° de l'article L. 5423-8, après le mot : « incombe », sont insérés les mots : « ou de ne pas respecter son obligation de mettre en place des solutions alternatives ou des mesures prévues par les plans de gestion des pénuries et des mesures d'accompagnement des professionnels de santé et des patients, » et, à la fin, la référence : « L. 5124-6 » est remplacée par la référence : « L. 5121-32 ».

CHAPITRE IV

Développer la recherche et l'innovation en santé au service des malades

Article 37

- ① I. – Après l'article L. 1121-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1121-13-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1121-13-1.* – Pour les recherches à finalité commerciale, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur.
- ③ « Le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole.
- ④ « Lorsque la recherche est réalisée dans des établissements de santé, la prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur et le représentant légal de chaque établissement de santé. La convention, conforme à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge des surcoûts liés à la recherche.
- ⑤ « Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »
- ⑥ II. – Le même code est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Au premier alinéa de l'article L. 4211-9-1, après le mot : « cession », sont insérés les mots : « , l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L. 1121-1 » et, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « , y compris les établissements de santé, » ;
- ⑧ 1° *bis (nouveau)* Après le même article L. 4211-9-1, il est inséré un article L. 4211-9-2 ainsi rédigé :
- ⑨ « *Art. L. 4211-9-2.* – Par dérogation aux 1° et 4° de l'article L. 4211-1, et dans le cadre des recherches mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1121-1, peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE)

n° 726/2004, les établissements de santé titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1243-2 et qui disposent pour ces activités d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

- ⑩ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de délivrance, de modification, de suspension et de retrait de cette autorisation. » ;
- ⑪ 2° Le 17° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑬ « Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. » ;
- ⑭ b) (*nouveau*) Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « L'autorisation ».

Article 37 bis (*nouveau*)

- ① Après le 9° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 10° ainsi rédigé :
- ② « 10° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, en amont de la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article. »

TITRE IV

RENFORCER L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

CHAPITRE I^{ER}

Renforcer l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé

Article 38

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie est ainsi modifié :
- ③ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Territorialisation de la politique de santé » ;
- ④ b) Les sections 1 à 3 sont ainsi rédigées :
 - ⑤ « *Section 1*
 - ⑥ « *Projet régional de santé*
 - ⑦ « *Art. L. 1434-1.* – Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.
 - ⑧ « *Art. L. 1434-2.* – Le projet régional de santé est constitué :
 - ⑨ « 1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;
 - ⑩ « 2° D'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans, établissant des prévisions d'évolution sur l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, incluant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accompagnement médico-social, et définissant des objectifs opérationnels, qui peuvent être mis en œuvre par des contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-14, par des contrats territoriaux en santé

mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par des contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-9.

- ⑪ « Les objectifs du schéma régional de santé visent à améliorer l'accessibilité des services et à renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des prises en charge et des interventions en prévention. Ils contribuent à faciliter l'organisation des parcours de santé, notamment pour les malades chroniques, les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.
- ⑫ « *Art. L. 1434-3. – I. – Le schéma régional de santé :*
- ⑬ « 1° Indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-11 et des soins de second recours mentionnés à l'article L. 1411-12 ; les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ;
- ⑭ « 2° Fixe, pour chaque zone définie au *a* du 2° de l'article L. 1434-8, les objectifs de l'offre de soins par activité de soins et équipement matériel lourd, les créations et suppressions d'implantations ainsi que les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- ⑮ « 3° Fixe les objectifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux *b*, *d* et *f* de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑯ « 4° Définit l'offre d'examen de biologie médicale mentionnés à l'article L. 6222-2 du présent code en fonction des besoins de la population.
- ⑰ « II. – Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé sont compatibles avec les objectifs fixés en application des 2° et 3° du I du présent article.
- ⑱ « III. – Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

- ⑲ « *Art. L. 1434-4.* – Le directeur général de l’agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :
- ⑳ « 1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l’accès aux soins ;
- ㉑ « 2° Les zones dans lesquelles le niveau de l’offre de soins est particulièrement élevé, s’agissant des professions de santé pour lesquelles la convention mentionnée à l’article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale a prévu des mesures de limitation d’accès au conventionnement.
- ㉒ « Dans les zones mentionnées au premier alinéa du présent code sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l’article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l’article 151 *ter* du code général des impôts, à l’article L. 632-6 du code de l’éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.
- ㉓ « *Art. L. 1434-5.* – L’illégalité pour vice de forme ou de procédure du projet régional de santé et de ses composantes prévues à l’article L. 1434-2 ne peut être invoquée par voie d’exception après l’expiration d’un délai de six mois à compter de la prise d’effet du document concerné.
- ㉔ « *Art. L. 1434-6.* – Un décret en Conseil d’État précise les conditions d’application de la présente section et notamment :
- ㉕ « 1° Les règles d’adoption et les consultations préalables du projet régional de santé permettant notamment son articulation avec les autres documents de planification propres à l’ensemble des politiques publiques ;
- ㉖ « 2° Les conditions dans lesquelles des activités et des équipements particuliers peuvent faire l’objet d’un schéma interrégional de santé ou d’un schéma régional de santé spécifique ;
- ㉗ « 3° Les modalités selon lesquelles sont prévues, par convention, la participation des organismes et des services d’assurance maladie à la définition et à la mise en œuvre du projet régional de santé ainsi que la coordination des actions prévues par les conventions d’objectifs et de gestion mentionnées à l’article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ;

⑳ « 4° Les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des agences régionales de santé déterminent les zones prévues au premier alinéa de l'article L. 1434-4 du présent code, notamment les modalités de consultation préalable.

㉑ « Section 2

㉒ « *Conditions de fongibilité des crédits*

㉓ « Art. L. 1434-7. – I. – Les moyens alloués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

㉔ « II. – Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, de services ou de prestations autres que ceux mentionnés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

㉕ « En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

㉖ « Section 3

㉗ « *Territoires et conseils territoriaux de santé*

㉘ « Art. L. 1434-8. – L'agence régionale de santé délimite :

㉙ « 1° Les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région ;

㉚ « 2° Les zones donnant lieu :

㉛ « a) À la répartition des activités et équipements mentionnés à l'article L. 1434-3 ;

- ④① « b) À l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4 ;
- ④② « Art. L. 1434-9. – I. – Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-8.
- ④③ « Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1 et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers.
- ④④ « À titre expérimental et pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser tout ou partie des conseils territoriaux de santé à être saisis par les usagers de demandes de médiations en santé.
- ④⑤ « II. – Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé précisé au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-11.
- ④⑥ « Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.
- ④⑦ « Il est informé des créations de plate-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnées à l'article L. 6327-2 ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.
- ④⑧ « L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux.
- ④⑨ « III. – Le diagnostic territorial partagé a pour objet de caractériser les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les

insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en favorisant les modes de prise en charge sans hébergement. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de revitalisation rurale.

- ④⑨ « En santé mentale, le diagnostic territorial est établi conformément au II de l'article L. 3221-2.
- ⑤⑩ « IV. – 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 et social.
- ⑤⑪ « Art. L. 1434-10. – Un décret en Conseil d'État détermine :
- ⑤⑫ « 1° Les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des agences régionales de santé déterminent les territoires et les zones prévus à l'article L. 1434-8 ;
- ⑤⑬ « 2° La composition et les modalités de fonctionnement et de désignation des membres des conseils territoriaux de santé. » ;
- ⑤⑭ 2° Le 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi modifié :
- ⑤⑮ a) Au premier alinéa, les mots : « , l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière » sont remplacés par les mots : « et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, » ;
- ⑤⑯ b) (*Supprimé*)
- ⑤⑰ c) Au a, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé » ;
- ⑤⑱ d) Le c est ainsi modifié :
- ⑤⑲ - à la première phrase, le mot : « soins » est remplacé par les mots : « prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale » ;

- 60 - à la seconde phrase, la référence : « L. 1434-7 » est remplacée par la référence : « L. 1434-2 » ;
- 61 e) Au *e*, après le mot : « veillent », sont insérés les mots : « à la qualité des interventions en prévention, promotion de la santé, » ;
- 62 f) Au *f*, après le mot : « accès », sont insérés les mots : « à la prévention, la promotion de la santé, » ;
- 63 g) Sont ajoutés des *k* et *l* ainsi rédigés :
- 64 « *k* Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;
- 65 « *l* Elles s'associent avec les universités, les établissements de santé et l'ensemble des acteurs de santé, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou autres organismes de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé. » ;
- 66 3° Le chapitre II du titre III du livre IV de la première partie est ainsi modifié :
- 67 a) Le 2° de l'article L. 1432-1 est ainsi modifié :
- 68 - à la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « assurer la cohérence et la complémentarité des » sont remplacés par les mots : « coordonner les » ;
- 69 - au deuxième alinéa, après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « et de la promotion de la santé » ;
- 70 b) Au dixième alinéa du I de l'article L. 1432-3, les mots : « plan stratégique » sont remplacés par le mot : « projet » ;
- 71 c) L'article L. 1432-4 est ainsi modifié :
- 72 - à la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « conférences de territoire » sont remplacés par les mots : « conseils territoriaux de santé » ;
- 73 - à la deuxième phrase du troisième alinéa, les mots : « plan stratégique » sont remplacés par le mot : « projet » ;
- 74 - la dernière phrase du même alinéa est ainsi rédigée :

- 75 « Elle procède, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé ou médico-sociaux et de la qualité des prises en charge et des accompagnements et elle peut faire toute proposition d'amélioration sur les territoires au directeur général de l'agence régionale de santé. » ;
- 76 – après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 77 « À titre expérimental et pour une durée de deux ans, l'État peut prévoir qu'elle soit saisie par les usagers de demandes de médiation en santé. » ;
- 78 4° Le second alinéa de l'article L. 1433-2 est ainsi rédigé :
- 79 « Ce contrat définit les objectifs et priorités d'actions de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1. Il comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé, qui fixe des objectifs chiffrés d'économies. Il est conclu pour une durée de cinq ans et est révisable chaque année. Il fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs. » ;
- 80 5° À la fin de la seconde phrase du I de L. 1435-4-2 et à la fin de la première phrase du premier alinéa des articles L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4, les mots : « définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins » sont remplacés par les mots : « caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4 » ;
- 81 6° Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la troisième partie est ainsi modifié :
- 82 a) Les trois derniers alinéas de l'article L. 3131-7 sont supprimés ;
- 83 b) L'article L. 3131-8 est ainsi modifié :
- 84 – à la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « blanc élargi » sont remplacés par les mots : « départemental de mobilisation » ;
- 85 – les quatre derniers alinéas sont supprimés ;

- 86) *c)* Les *a* et *b* de l'article L. 3131-11 sont ainsi rédigés :
- 87) *a)* Le contenu et les modalités d'élaboration du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle, dénommé "ORSAN" ;
- 88) « *b)* Le contenu et les procédures d'élaboration du plan zonal de mobilisation, du plan départemental de mobilisation et des plans blancs des établissements pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ; »
- 89) 7° Au livre II de la sixième partie, les mots : « territoire de santé » sont remplacés à toutes les occurrences par les mots : « zone déterminée en application du *b* du 2° de l'article L. 1434-8 » et les mots : « territoires de santé infrarégionaux » par les mots : « zones déterminées en application du *b* du 2° de l'article L. 1434-8 ».
- 90) II. – À l'article 151 *ter* du code général des impôts, les mots : « définie en application de l'article L. 1434-7 » sont remplacés par les mots : « caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 ».
- 91) III. – L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- 92) 1° Après le mot : « supérieur », la fin du troisième alinéa est supprimée ;
- 93) 2° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :
- 94) *a)* Après la seconde occurrence du mot : « exercice », la fin de la première phrase est supprimée ;
- 95) *b)* Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- 96) « Ces lieux d'exercice sont situés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4. »
- 97) IV. – A. – Les projets régionaux de santé prévus à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, entrent en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier 2018.
- 98) Le projet régional de santé applicable dans chaque région à la date de promulgation de la présente loi reste en vigueur jusqu'à la publication, dans

la région, du projet régional de santé mentionné au premier alinéa du présent A.

99 B. – (*Supprimé*)

100 C. – Les arrêtés définissant les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé en vigueur à la date de promulgation de la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la publication dans chaque région des arrêtés prévus au premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi.

101 D (*nouveau*). – Jusqu'à l'installation des conseils territoriaux de santé prévus à l'article L. 1434-9 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les attributions de ces conseils sont exercées par les conférences de territoire prévues à l'article L. 1434-17 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi.

Article 38 bis (*nouveau*)

Au premier alinéa du 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, le mot : « professionnels » est remplacé par les mots : « différents acteurs ».

Article 39

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

2 1° Le a du 1° de l'article L. 1431-2 est ainsi rédigé :

3 « a) Elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ; »

4 2° Le chapitre V est complété par une section 6 ainsi rédigée :

⑤

« Section 6

⑥

« **Organisation régionale des vigilances sanitaires**

⑦

« Art. L. 1435-12. – Les agences régionales de santé sont responsables, en lien avec l’institut et les agences mentionnés aux articles L. 1313-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1, de l’organisation et de la couverture territoriale des vigilances sanitaires. À cet effet, elles constituent un réseau régional de vigilances et d’appui, selon des modalités définies par décret en Conseil d’État. »

⑧

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

⑨

« **TITRE PRÉLIMINAIRE**

⑩

« **MISSIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

⑪

« Art. L. 4001-1. – L’exercice d’une profession de santé comprend des missions de santé publique qui comportent :

⑫

« 1° Les obligations déclaratives prévues au code de la santé publique notamment aux articles L. 1413-4, L. 1413-14, L. 1413-15 et L. 3113-1 ;

⑬

« 2° La participation, le cas échéant, à des actions de prévention, de dépistage et de soins nécessitées par un contexte d’urgence sanitaire, mises en œuvre par les agences régionales de santé en application de l’article L. 1431-2 ;

⑭

« 3° Sur la base du volontariat, la participation à des actions de veille, de surveillance et de sécurité sanitaire. »

CHAPITRE II

Renforcer l’alignement stratégique entre l’État et l’assurance maladie

Article 40

①

I. – La section 1 du chapitre II *bis* du titre VIII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

②

1° L’article L. 182-2-1-1 est ainsi rédigé :

- ③ « *Art. L. 182-2-1-1.* – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et afin d’assurer la mise en œuvre de la politique de santé définie à l’article L. 1411-1 du code de la santé publique, l’autorité compétente de l’État conclut avec l’Union nationale des caisses d’assurance maladie un contrat dénommé “plan national de gestion du risque”, qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie.
- ④ « Ce plan définit, au sein de programmes nationaux de gestion du risque, les actions concourant à la mise en œuvre de ses objectifs et relevant de chacun des signataires. Chaque programme national de gestion du risque est établi par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.
- ⑤ « Le plan national de gestion du risque est décliné dans chaque région par un plan pluriannuel régional de gestion du risque, défini dans les conditions prévues à l’article L. 1432-2 du code de la santé publique.
- ⑥ « Les modalités de mise en œuvre du plan pluriannuel régional de gestion du risque sont déterminées par une convention établie dans le respect d’un contrat type défini par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé et conclue, pour le compte de l’État, par le directeur de l’agence régionale de santé et, pour les régimes d’assurance maladie, par leur représentant désigné par le directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie. En l’absence de désignation de son représentant par l’Union nationale des caisses d’assurance maladie, ce dernier est désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
- ⑦ « La convention prévue à l’avant-dernier alinéa prend en compte les particularités territoriales et peut adapter les actions de gestion du risque en fonction de celles-ci ou prévoir des actions spécifiques. Un bilan d’application de la convention est établi par les signataires et transmis au conseil national de pilotage des agences régionales de santé. » ;
- ⑧ 2° Le 7° de l’article L. 182-2-3 est ainsi rédigé :
- ⑨ « 7° Les orientations relatives au projet de plan national de gestion du risque prévu à l’article L. 182-2-1-1. » ;
- ⑩ 3° Au 2° du I et au dernier alinéa du II de l’article L. 182-2-4, les mots : « contrat d’objectifs » sont remplacés par les mots : « plan national de gestion du risque ».

- ⑪ II. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑫ 1° La première phrase du g du 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi rédigée :
- ⑬ « Dans les conditions prévues à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque ou le complétant. » ;
- ⑭ 2° L'article L. 1433-1 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑯ « Il établit les programmes nationaux de gestion du risque prévus à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, définit le contrat type régissant les modalités de mise en œuvre des plans pluriannuels régionaux de gestion du risque et assure le suivi de la mise en œuvre du plan national et des plans régionaux de gestion du risque.
- ⑰ « Il valide toutes les instructions qui sont données aux agences. Il conduit l'animation du réseau des agences. » ;
- ⑱ b) Le quatrième alinéa est complété par les mots : « , notamment sur la base des contrats définis à l'article L. 1433-2 ».

Article 40 bis (nouveau)

- ① L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données sexuées, concernant en particulier les accidents du travail et les maladies professionnelles. »

Article 41

- ① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le deuxième alinéa de l'article L. 162-5 est supprimé ;

- ③ 2° La section 3.1 du chapitre II est complétée par des articles L. 162-14-4 et L. 162-14-5 ainsi rédigés :
- ④ « *Art. L. 162-14-4.* – I. – Les conventions nationales mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 précisent, par un ou plusieurs contrats types nationaux, les modalités d'adaptation régionale des dispositifs définis au 4° du I de l'article L. 162-14-1 du présent code visant à favoriser l'installation des professionnels de santé ou des centres de santé en fonction des zones d'exercice déterminées en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.
- ⑤ « Elles peuvent prévoir, par les mêmes contrats types, des modalités d'adaptation régionale d'autres mesures conventionnelles, à l'exception de celles relatives aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 et aux rémunérations de nature forfaitaire fixées par les conventions.
- ⑥ « Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le respect des contrats types nationaux, les contrats types régionaux comportant les adaptations applicables dans la région.
- ⑦ « II. – Chaque professionnel de santé ou centre de santé conventionné établi dans le ressort de l'agence peut signer un ou plusieurs contrats conformes à ces contrats types régionaux avec le directeur général de l'agence régionale de santé et un représentant des régimes d'assurance maladie désigné à cet effet par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En l'absence de désignation de son représentant par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ce dernier est désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
- ⑧ « III. – La participation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au financement de tout avantage financier prévu par ces contrats est prise en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3.
- ⑨ « *Art. L. 162-14-5.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent définir conjointement des lignes directrices préalablement aux négociations des accords, contrats et conventions prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prend en compte ces lignes directrices dans la définition des orientations mentionnées au 4° de l'article L. 182-2-3. »

- ⑩ II. – Le 4° de l'article L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et des contrats types nationaux prévus à l'article L. 162-14-4. ».
- ⑪ III. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑫ « Il arrête, après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, le plan pluriannuel régional de gestion du risque prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑬ « Il arrête les contrats types régionaux prévus à l'article L. 162-14-4 du même code et peut conclure, avec le représentant des régimes d'assurance maladie mentionné au II du même article L. 162-14-4 et chaque professionnel de santé ou centre de santé établi dans le ressort de l'agence, des contrats conformes ces contrats types. »

CHAPITRE III

Réformer le système d'agences sanitaires

Article 42

- ① I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances toutes mesures relevant du domaine de la loi, afin :
- ② 1° D'assurer, sous l'autorité de l'État, la coordination de l'exercice des missions des agences nationales compétentes en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, en veillant à la cohérence des actions mises en œuvre dans ces domaines ;
- ③ 2° D'instituer un nouvel établissement public, dénommé « Santé publique France », reprenant l'ensemble des missions exercées par l'Institut de veille sanitaire mentionné à l'article L. 1413-2 du code de la santé publique, par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé mentionné à l'article L. 1417-1 du même code et par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à l'article L. 3135-1 dudit code, ainsi que les biens, personnels, droits et obligations

de ces instituts, notamment les obligations de l'employeur à l'égard des personnels.

- ④ « Pour la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire de sa mission de veille, de surveillance, d'alerte et disposer des connaissances sur l'état de santé des populations, l'établissement assure la responsabilité d'un système national de veille et de surveillance, dans le respect du principe de subsidiarité compte tenu des missions dévolues aux agences régionales de santé mentionnées notamment au 1° de l'article L. 1431-2 du même code.
- ⑤ « Pour assurer la cohérence du système de surveillance et de veille et pour améliorer la pertinence des actions dans son champ de compétence, l'établissement dispose, sous son autorité, d'unités territoriales d'épidémiologie, placées auprès des directeurs des agences régionales de santé ;
- ⑥ 3° D'adapter aux domaines d'activité de cet établissement les règles relatives à la transparence et aux conflits d'intérêts applicables à ses personnels, aux membres de ses conseils et commissions et aux personnes collaborant occasionnellement à ses travaux ainsi que les sanctions pénales correspondantes ;
- ⑦ 4° De modifier, en tant que de besoin, les codes et les lois non codifiées afin de les mettre en cohérence avec les dispositions qui seront prises en application des 1° à 3°.
- ⑧ II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi d'amélioration et de simplification du système de santé visant à :
 - ⑨ 1° Simplifier et clarifier la législation applicable aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique :
 - ⑩ a) En excluant de son champ d'application les produits thérapeutiques annexes ;
 - ⑪ b) En supprimant le régime spécifique des produits officinaux divisés mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 du même code ;
 - ⑫ c) En étendant l'interdiction de la publicité pour les médicaments faisant l'objet d'une réévaluation du rapport entre les bénéfices et les risques, prévue à l'article L. 5122-3 dudit code ;

- ⑬ *d)* En mettant en cohérence les dispositions du 4 de l'article 38 du code des douanes avec les dispositions du code de la santé publique relatives aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique ;
- ⑭ *e)* En supprimant la procédure de fixation d'orientations en vue de l'élaboration et de la diffusion des recommandations de bonne pratique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prévue à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale ;
- ⑮ 2° Assouplir dans le respect de la sécurité sanitaire, simplifier et accélérer les procédures mises en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- ⑯ *a)* En supprimant le répertoire des recherches médicales autorisées prévu au deuxième alinéa de l'article L. 1121-15 du code de la santé publique ;
- ⑰ *b)* En supprimant les procédures d'autorisation d'importation et d'exportation de certains produits de santé, notamment les micro-organismes et toxines, les produits sanguins labiles et les pâtes plasmatiques, et en y substituant, au besoin, une procédure de déclaration, ainsi que celles relatives aux importations pour les particuliers et pour les médecins accompagnant une équipe sportive lors de compétitions se déroulant en France ;
- ⑱ *c)* En autorisant le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à établir les listes mentionnées aux articles L. 5212-1 et L. 5222-2 du même code ;
- ⑲ *d)* En abrogeant les dispositions imposant des règles de communication avec des établissements publics ou les départements ministériels lorsqu'elles ne sont pas nécessaires et en autorisant l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à rendre publics certains de ses actes ou décisions par ses propres moyens ;
- ⑳ *e)* En permettant l'octroi d'un agrément pour une durée illimitée aux établissements de transfusion sanguine mentionnés à l'article L. 1223-2 dudit code ;
- ㉑ *f)* En permettant à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de publier la pharmacopée qu'elle prépare et élabore ;
- ㉒ *g)* En abrogeant les dispositions des articles L. 5134-2 et L. 5213-6 du même code encadrant la publicité des contraceptifs autres que les médicaments ;

- ⑳ *h)* En renforçant les missions de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé relatives à l'adoption des bonnes pratiques de pharmacovigilance ;
- ㉑ *i)* En dispensant de la transmission de la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18 du code de la santé publique les redevables du versement des taxes prévues aux articles 1600-0 O et 1600-0 P du code général des impôts en application du IV de l'article 1600-0 Q du même code ;
- ㉒ 3° Assouplir et simplifier, dans le respect de la sécurité sanitaire, la législation relative à l'Établissement français du sang et à la transfusion sanguine :
- ㉓ *a)* En adaptant les modalités de distribution, de délivrance, de commercialisation et de vigilance des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang au regard des exigences du droit de l'Union européenne ;
- ㉔ *b)* En modifiant la définition et le champ des schémas d'organisation de la transfusion sanguine ainsi que leurs conditions d'élaboration et leurs modalités d'application ;
- ㉕ *c)* En regroupant, ordonnant, modifiant et adaptant, au sein d'une même subdivision du code de la santé publique relative à l'Établissement français du sang, les activités ouvertes, à titre principal ou accessoire, aux établissements de transfusion sanguine, dans le respect des principes éthiques mentionnés à l'article L. 1221-1 du code de la santé publique ;
- ㉖ *d)* En modifiant la définition des centres de santé précisée à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, pour permettre aux établissements de transfusion sanguine d'exercer des activités de soins dans ce cadre ;
- ㉗ *e)* En modifiant les modalités d'exercice des attributions consultatives de l'Établissement français du sang ;
- ㉘ *f)* En permettant aux étudiants en médecine de pratiquer certains actes de prélèvement sanguin dans les établissements de transfusion sanguine, hors les cas où ils interviennent dans le cadre de la réserve sanitaire mentionnée à l'article L. 3132-1 du code de la santé publique ;
- ㉙ *g)* En permettant au centre de transfusion sanguine des armées d'exporter des produits sanguins labiles, en précisant les modalités et les conditions de cette autorisation.

- ③ III. – Dans les conditions prévues à l’article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances toutes mesures relevant du domaine de la loi, afin :
- ③④ 1° De regrouper et d’harmoniser les dispositions législatives relatives aux missions, à l’organisation, au fonctionnement et aux ressources des autorités, établissements, groupement d’intérêt public et instance collégiale mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1313-1, L. 1411-4, L. 1413-2, L. 1415-2, L. 1417-1, L. 1418-1, L. 3135-1, L. 5311-1 du code de la santé publique et à l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l’établissement public créé en application de l’ordonnance prévue au I du présent article ;
- ③⑤ 2° De regrouper et d’harmoniser les dispositions législatives relatives à la veille, aux vigilances et aux alertes sanitaires.
- ③⑥ Ces ordonnances sont prises à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l’état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.
- ③⑦ IV. – Dans les conditions prévues à l’article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances toutes mesures législatives afin :
- ③⑧ 1° D’adapter, aux fins de favoriser ou de permettre la mutualisation des fonctions transversales d’appui et de soutien, les dispositions législatives relatives aux missions et au fonctionnement des organismes mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1411-4, L. 1417-1, L. 1418-1 et L. 5311-1 du code de la santé publique et à l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ainsi qu’à l’établissement public créé en application de l’ordonnance prévue au I du présent article, afin de faciliter la réorganisation du système d’agences relevant des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- ③⑨ 2° De déterminer le régime des décisions prises par les présidents ou les directeurs généraux de ces organismes ;
- ③⑩ 3° De faire évoluer, y compris par rapprochement avec d’autres structures, et en cohérence avec l’article L. 1111-14 du code de la santé

publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, le régime, les missions et l'organisation du groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique ;

- ④ 4° De modifier, en tant que de besoin, les codes et les lois non codifiées afin de les mettre en cohérence avec les dispositions des 1° à 3° du présent IV.
- ④ V. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

Article 42 bis (nouveau)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre préliminaire du titre IV du livre III de la première partie est ainsi modifié :
 - ③ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions générales » ;
 - ④ b) Il est ajouté un article L. 1340-2 ainsi rédigé :
 - ⑤ « Art. L. 1340-2. – La toxicovigilance a pour objet la surveillance et l'évaluation des effets toxiques pour l'homme, aigus ou chroniques, de l'exposition à un article, à un mélange ou à une substance, naturelle ou de synthèse, disponible sur le marché ou présent dans l'environnement, aux fins de mener des actions d'alerte et de prévention.
 - ⑥ « Le présent chapitre s'applique sous réserve des dispositions relatives aux autres systèmes de vigilance réglementés par le présent code. » ;
 - ⑦ c) Sont ajoutées des sections 2 et 3 ainsi rédigées :
 - ⑧ « Section 2
 - ⑨ « **Organisation de la toxicovigilance**
 - ⑩ « Art. L. 1340-3. – L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail assure la mise en œuvre du système de toxicovigilance. Elle en définit les orientations, coordonne les actions des différents intervenants et participe à l'évaluation scientifique des informations recueillies.

⑪

« Section 3

⑫

« Déclaration des cas d'intoxication

⑬

« Art. L. 1340-4. – Les professionnels de santé déclarent aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine induits par toute substance, tout mélange ou tout article dont ils ont connaissance.

⑭

« Art. L. 1340-5. – Les fabricants, importateurs, utilisateurs en aval ou distributeurs déclarent aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine dont ils ont connaissance induits par une substance ou un mélange pour lesquels ils ont transmis des informations en application des articles L. 1341-1 et L. 1342-1 et conservent les informations y afférentes.

⑮

« Art. L. 1340-6. – Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, notamment :

⑯

« 1° L'organisation du système de toxicovigilance ;

⑰

« 2° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel transmises en application des articles L. 1340-4 et L. 1340-5 ;

⑱

« 3° Les conditions de partage des informations entre les organismes responsables des systèmes de vigilance ou de surveillance de l'état de santé de la population pour l'exercice de ces missions. » ;

⑲

2° Le chapitre I^{er} du titre IV du livre III de la première partie est ainsi modifié :

⑳

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Informations sur les substances et les mélanges » ;

㉑

b) L'article L. 1341-1 est ainsi modifié :

㉒

- au premier alinéa, les mots : « , définies par décret en Conseil d'État, » sont supprimés ;

㉓

- le second alinéa est supprimé ;

㉔

c) L'article L. 1341-2 est ainsi rédigé :

- ⑫ « *Art. L. 1341-2.* – Les conditions d’application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d’État, notamment :
- ⑬ « 1° La définition des informations à transmettre aux organismes mentionnés à l’article L. 1341-1 ;
- ⑭ « 2° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l’égard des tiers des informations couvertes par le secret industriel transmises en application du même article L. 1341-1. » ;
- ⑮ *d)* L’article L. 1341-3 est abrogé ;
- ⑯ 3° À la seconde phrase du premier alinéa de l’article L. 1342-1, la référence : « à l’article L. 1341-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 1340-5 et L. 1341-1 » ;
- ⑰ 4° La seconde phrase du dernier alinéa de l’article L. 1413-4 est supprimée ;
- ⑱ 5° L’article L. 6141-4 est ainsi modifié :
- ⑲ *a)* La seconde phrase du deuxième alinéa est supprimée ;
- ⑳ *b)* Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« Ils apportent leur concours aux systèmes de vigilance. » ;
- ㉑ *c)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
« Leurs missions et les moyens y afférents sont fixés par décret. »

Article 42 *ter* (nouveau)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du 4° de l’article L. 1418-1, après la seconde occurrence du mot : « compétence », sont insérés les mots : « et elle met en œuvre le dispositif de biovigilance pour le lait maternel, les organes, les tissus, les cellules et les préparations de thérapie cellulaire » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa du III de l’article L. 5311-1, après le mot : « vigilance », sont insérés les mots : « , à l’exception de ceux portant sur le lait maternel, les organes, les tissus, les cellules et les préparations de thérapie cellulaire, » ;

- ④ 3° Au 2° de l'article L. 5311-2, après la référence : « L. 5311-1, », sont insérés les mots : « à l'exception de celles portant sur le lait maternel, les organes, les tissus, les cellules et les préparations de thérapie cellulaire, ».

CHAPITRE IV

Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits

Article 43 A (nouveau)

- ① Le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article L. 1110-8, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, » ;
- ③ 2° Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1111-2 sont insérées deux phrases ainsi rédigées :
- ④ « Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. La volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge est respectée. »

Article 43 B (nouveau)

Après le mot : « mentionnées », la fin du troisième alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « au deuxième alinéa suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants des usagers agréées au titre du premier alinéa. Cette formation est conforme à un cahier des charges. Le cahier des charges ainsi que la liste des associations délivrant la formation sont arrêtés par le ministre chargé de la santé. »

Article 43

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la seconde phrase du cinquième alinéa de l'article L. 1142-22, les mots : « des représentants d'usagers » sont remplacés par les mots : « des représentants d'associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 » ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 1222-5, les mots : « des associations de patients et de donneurs » sont remplacés par les mots : « des représentants d'associations d'usagers du système de santé et de donneurs agréées au titre de l'article L. 1114-1 » ;
- ④ 2° *bis (nouveau)* Au 2° de l'article L. 1313-4, les mots : « agréées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades » sont remplacés par les mots : « d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 » ;
- ⑤ 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 1413-8, après le mot : « institut », sont insérés les mots : « , des représentants d'associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 » ;
- ⑥ 4° Au deuxième alinéa de l'article L. 1417-6, les mots : « des représentants d'usagers » sont remplacés par les mots : « des représentants d'associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 » ;
- ⑦ 5° Au second alinéa de l'article L. 1418-3, après les mots : « missions de l'agence », sont insérés les mots : « , de représentants d'associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 » ;
- ⑧ 6° Le deuxième alinéa de l'article L. 3135-2 est complété par les mots : « , ainsi que d'au moins un représentant d'associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 » ;
- ⑨ 7° Au 5° de l'article L. 5322-1, après le mot : « associations », sont insérés les mots : « d'usagers du système de santé » ;
- ⑩ 8° Le 1° de l'article L. 6113-10-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

- ⑪ « Son conseil d'administration comprend au moins un représentant des associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1 ; ».
- ⑫ II. – Les dispositions du I entrent en vigueur :
- ⑬ 1° À l'expiration du mandat en cours des représentants des usagers à la date de publication de la présente loi, pour chacun des établissements mentionnés aux 1°, 2°, 4° et 7° du I ;
- ⑭ 2° À la date de promulgation des textes d'application nécessaires à la mise en œuvre de ces dispositions, et au plus tard un an après la promulgation de la présente loi, pour chacun des établissements et groupements mentionnés aux 3°, 5°, 6° et 8° du I.

Article 44

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase des deuxième, quatrième et avant-dernier alinéas et au dernier alinéa de l'article L. 1112-3 et à la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6144-1, les mots : « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » sont remplacés par les mots : « commission des usagers » ;
- ③ 1° *bis (nouveau)* Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ④ « Cette commission est présidée par un représentant des usagers. » ;
- ⑤ 2° Les trois derniers alinéas de l'article L. 1112-3 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.
- ⑦ « Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

- ⑧ « Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée sur les actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.
- ⑨ « Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.
- ⑩ « Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.
- ⑪ « La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des usagers sont fixées par décret. »

Article 45

- ① I. – Le titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre III devient le chapitre IV et l'article L. 1143-1 devient l'article L. 1144-1 ;
- ③ 2° Le chapitre III est ainsi rétabli :
- ④ « *CHAPITRE III*
- ⑤ « *Action de groupe*
- ⑥ « *Section 1*
- ⑦ « *Champ d'application de l'action de groupe et qualité pour agir*
- ⑧ « *Art. L. 1143-1.* – Une association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation identique ou similaire et ayant

pour cause commune un manquement d'un producteur, ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles. L'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation de l'un des produits mentionnés au même II.

⑨ « L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé.

⑩ « Art. L. 1143-2. – L'action de groupe est introduite et régie selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

⑪ « Section 2

⑫ « **Jugement sur la responsabilité**

⑬ « Art. L. 1143-3. – Dans la même décision, le juge constate que les conditions mentionnées à l'article L. 1143-1 sont réunies et statue sur la responsabilité du défendeur au vu des cas individuels présentés par l'association requérante. Il définit le groupe des usagers du système de santé à l'égard desquels la responsabilité d'un producteur, d'un fournisseur ou d'un prestataire est susceptible d'être engagée en fixant les critères de rattachement au groupe.

⑭ « Le juge détermine à cette fin les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit.

⑮ « Le juge saisi de la demande peut ordonner toute mesure d'instruction, y compris une expertise médicale.

⑯ « Art. L. 1143-4. – Le juge qui reconnaît la responsabilité du défendeur ordonne, à la charge de ce dernier, les mesures de publicité adaptées pour informer de cette décision les personnes susceptibles d'avoir subi un dommage du fait du manquement constaté.

⑰ « Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'une fois que la décision mentionnée à l'article L. 1143-3 ne peut plus faire l'objet de recours ordinaires ni de pourvoi en cassation.

⑱ « Art. L. 1143-5. – Dans la même décision, le juge fixe le délai dont disposent les usagers du système de santé, remplissant les critères de rattachement et souhaitant se prévaloir du jugement prévu à l'article L. 1143-3, pour adhérer au groupe afin d'obtenir la réparation de leurs préjudices. Ce délai, qui ne peut être inférieur à six mois ni supérieur à cinq

ans, commence à courir à compter de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées.

⑲ « La demande de réparation est, au choix de l'utilisateur, directement adressée à la personne reconnue responsable ou par le biais de l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation.

⑳ « Le mandat donné à l'association requérante ne vaut ni n'implique adhésion à cette association.

㉑ « L'utilisateur donnant mandat à l'association lui indique, le cas échéant, sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il lui indique également les prestations reçues ou à recevoir de ces organismes et des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs créances contre le responsable. L'association informe du mandat reçu les organismes de sécurité sociale et les tiers payeurs concernés.

㉒ « *Art. L. 1143-5-1 (nouveau)*. – Lorsqu'il statue sur la responsabilité, le juge peut condamner le défendeur au paiement d'une provision à valoir sur les frais non compris dans les dépens exposés par l'association, y compris ceux afférents à la mise en œuvre de l'article L. 1143-15.

㉓ « Il peut ordonner, lorsqu'il la juge nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire, la consignation à la Caisse des dépôts et consignations d'une partie des sommes dues par le défendeur.

㉔ « *Section 3*

㉕ « *Médiation*

㉖ « *Art. L. 1143-6*. – À la demande des parties, le juge saisi de l'action mentionnée à l'article L. 1143-1 peut donner mission à un médiateur, dans les conditions fixées à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II de la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative, de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action.

㉗ « Le juge fixe la durée de la mission du médiateur dans la limite de trois mois. Il peut la prolonger une fois, dans la même limite, à la demande du médiateur.

- ⑳ « Art. L. 1143-7. – Le médiateur est choisi par le juge sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé. Le juge peut décider que le médiateur est assisté d'une commission de médiation composée, sous la présidence du médiateur, dans des conditions déterminées par le décret prévu à l'article L. 1143-11.
- ㉑ « Les membres de la commission sont tenus au secret professionnel concernant les documents et informations reçus et les discussions tenues dans le cadre des travaux de la commission, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.
- ㉒ « Art. L. 1143-8. – La convention d'indemnisation amiable fixe, qu'elle comporte ou non la détermination des responsabilités, les conditions auxquelles la ou les personnes mises en cause assurent aux personnes ayant subi un dommage corporel en raison d'un ou plusieurs faits qu'elle identifie, le cas échéant pour le compte de qui il appartiendra, la réparation de leur préjudice causé par ce fait.
- ㉓ « Elle précise notamment :
- ㉔ « 1° Si les éléments à la disposition des parties et la nature des préjudices le permettent, le type de dommages corporels susceptibles de résulter du ou des faits mentionnés au premier alinéa ;
- ㉕ « 2° Les modalités d'expertise individuelle contradictoire ;
- ㉖ « 3° Les conditions dans lesquelles la charge des expertises mentionnées au 2° est supportée par la ou les personnes mises en cause ;
- ㉗ « 4° Les conditions de formulation des offres transactionnelles individuelles aux personnes intéressées ainsi qu'aux tiers payeurs ayant supporté des frais du fait des dommages subis par ces personnes ;
- ㉘ « 5° Le délai dans lequel doivent intervenir les demandes de réparation pour bénéficier des conditions qu'elle prévoit ;
- ㉙ « 6° Les modalités de suivi du dispositif ;
- ㉚ « 7° Les mesures de publicité mises en œuvre par la ou les personnes mises en cause pour informer les usagers du système de santé concernés de l'existence de la convention, de la possibilité de demander réparation aux conditions qu'elle fixe ainsi que des délais et modalités applicables.

- ③⑨ « *Art. L. 1143-9.* – La convention d’indemnisation amiable est proposée aux parties par le médiateur après, le cas échéant, délibération de la commission.
- ④⑩ « Elle doit être acceptée par l’association requérante et l’une au moins des personnes mises en cause dans l’action engagée en application de l’article L. 1143-1 et être homologuée par le juge saisi de cette action.
- ④⑪ « *Art. L. 1143-10.* – L’homologation met fin à l’action entre les parties signataires de la convention.
- ④⑫ « Les décisions prises par le juge en application des articles L. 1143-6, L. 1143-7 et L. 1143-9 ne sont pas susceptibles de recours.
- ④⑬ « *Art. L. 1143-11.* – Un décret en Conseil d’État détermine les conditions d’application de la présente section.
- ④⑭ « *Section 4*
- ④⑮ « *Mise en œuvre du jugement et réparation individuelle des préjudices*
- ④⑯ « *Art. L. 1143-12.* – La ou les personnes déclarées responsables par le jugement mentionné à l’article L. 1143-3 procèdent, sur leur demande, à l’indemnisation individuelle des préjudices subis, du fait du manquement reconnu par ce jugement, par les personnes remplissant les critères de rattachement au groupe, ayant adhéré à celui-ci et demandant la réparation de leur préjudice sous l’une ou l’autre forme prévue au deuxième alinéa de l’article L. 1143-5.
- ④⑰ « *Art. L. 1143-13.* – Les usagers dont la demande n’a pas été satisfaite en application de l’article L. 1143-12 par la personne déclarée responsable peuvent demander au juge compétent la réparation de leur préjudice dans les conditions et limites fixées par le jugement ayant statué sur la responsabilité en application des articles L. 1143-3 et L. 1143-5.
- ④⑱ « *Art. L. 1143-14.* – Le mandat aux fins d’indemnisation donné à l’association dans les conditions définies à l’article L. 1143-5 vaut également mandat aux fins de représentation pour l’exercice de l’action en justice mentionnée à l’article L. 1143-13 et, le cas échéant, pour l’exécution forcée du jugement prononcé à l’issue.
- ④⑲ « *Art. L. 1143-15.* – L’association peut s’adjoindre, avec l’autorisation du juge, toute personne appartenant à une profession judiciaire réglementée, dont la liste est fixée par décret en Conseil d’État, pour l’assister.

⑤⑩ « *Art. L. 1143-16.* – Le règlement amiable qui intervient entre le responsable et la victime, y compris en application de la convention mentionnée à l'article L. 1143-9, et le jugement statuant sur les droits à indemnisation de la victime sont soumis, selon le cas, aux articles L. 376-1 à L. 376-4 et L. 454-1 à L. 454-2 du code de la sécurité sociale, à l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ou au chapitre II de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

⑤⑪ « *Section 5*

⑤⑫ « *Dispositions diverses*

⑤⑬ « *Art. L. 1143-17.* – L'action mentionnée à l'article L. 1143-1 suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou des faits retenus dans la convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

⑤⑭ « Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle ce jugement n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou de celle de l'homologation de la convention.

⑤⑮ « *Art. L. 1143-18.* – La décision prévue à l'article L. 1143-3 a autorité de la chose jugée à l'égard de chacun des membres du groupe dont le préjudice a été réparé au terme de la procédure mentionnée aux articles L. 1143-12 et L. 1143-13.

⑤⑯ « *Art. L. 1143-19.* – N'est pas recevable l'action prévue à l'article L. 1143-1 lorsqu'elle se fonde sur les mêmes faits et les mêmes manquements que ceux ayant déjà fait l'objet du jugement prévu à l'article L. 1143-3 ou d'une convention homologuée en application de l'article L. 1143-9.

⑤⑰ « L'adhésion au groupe ne fait pas obstacle au droit d'agir selon les voies de droit commun pour obtenir la réparation des dommages n'entrant pas dans le champ défini par la décision du juge mentionnée à l'article L. 1143-3 ou d'un accord homologué en application de l'article L. 1143-9.

⑤⑱ « *Art. L. 1143-20.* – Toute association d'utilisateurs du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment

au cours de l’accomplissement des missions mentionnées à l’article L. 1143-14 sa substitution dans les droits de l’association requérante, en cas de défaillance de cette dernière.

⑤⑨ « Art. L. 1143-21. – Les actions prévues aux articles L. 1143-1 et L. 1143-13 peuvent être exercées directement contre l’assureur garantissant la responsabilité civile du responsable, par application de l’article L. 124-3 du code des assurances.

⑥⑩ « Art. L. 1143-22. – Est réputée non écrite toute clause ayant pour objet ou effet d’interdire à une victime de participer à une action de groupe.

⑥⑪ « Section 6

⑥⑫ « Dispositions relatives à l’outre-mer

⑥⑬ « Art. L. 1143-23. – Le présent chapitre est applicable dans les îles Wallis et Futuna. »

⑥⑭ II. – Les dispositions insérées dans le code de la santé publique par le présent article entrent en vigueur à la date fixée par les dispositions réglementaires prévues à l’article L. 1143-2 du même code, et au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

⑥⑮ III (*nouveau*). – Trente mois au plus tard après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de la procédure d’action de groupe et propose les adaptations qu’il juge nécessaires.

Article 45 bis (*nouveau*)

① L’article L. 1142-24-5 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

② « Sous réserve que le premier avis de rejet n’ait pas donné lieu à une décision juridictionnelle irrévocable dans le cadre de la procédure mentionnée au 2°, un nouvel avis peut être rendu par le collège dans les cas suivants :

③ « 1° Si des éléments nouveaux sont susceptibles de justifier une modification du précédent avis ;

④ « 2° Si les dommages constatés sont susceptibles, au regard de l’évolution des connaissances scientifiques, d’être imputés au benfluorex. »

Article 45 ter (nouveau)

- ① I. – L'article L. 1142-28 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1142-28.* – Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins et les demandes d'indemnisation formées devant l'Office nationale d'indemnisation de accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales en application du II de l'article L. 1142-1 et des articles L. 1221-14, L. 3111-9, L. 3122-1, et L. 3131-4 se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.
- ③ « Le titre XX du livre III du code civil est applicable, à l'exclusion de son chapitre II. »
- ④ II. – La présente loi est sans effet sur une prescription acquise. Elle s'applique lorsque le délai de prescription n'était pas expiré à la date de son entrée en vigueur. Il est alors tenu compte du délai déjà écoulé.
- ⑤ Toutefois, lorsqu'aucune décision de justice irrévocable n'a été rendue, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales applique le délai prévu au I aux demandes d'indemnisation présentées devant lui à compter du 1^{er} janvier 2006. Dans ce cas, il ne peut engager d'action subrogatoire ou récursoire à raison de droits qui, en application du premier alinéa du présent II, ont été prescrits à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 46

- ① Le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa du V de l'article L. 1110-4, dans sa rédaction résultant de l'article 25 de la présente loi, est ainsi modifié :
- ③ a) Les mots : « ses ayants droit » sont remplacés par les mots : « ses héritiers et ses ayants droit, son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité » ;
- ④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent, sans aucune obligation de motivation, leur

droit d'accès à la totalité de son dossier médical, à l'exception des éléments du dossier relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies à l'article L. 1111-5. » ;

- ⑥ 1° *bis (nouveau)* À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1111-5, la référence : « 371-2 » est remplacée par la référence : « 371-1 » ;
- ⑦ 2° L'article L. 1111-7 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑨ « Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues au titre XI du livre I^{er} du code civil, notamment à l'article 459 du même code, a accès à ces informations dans les mêmes conditions. » ;
- ⑩ b) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « ayants droit », sont remplacés par les mots : « héritiers et des ayants droit, du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité » ;
- ⑪ 3° (*Supprimé*)
- ⑫ 4° (*nouveau*) Après le mot : « les », la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 1111-18 est ainsi rédigée : « héritiers et les ayants droit, le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité peuvent solliciter l'accès au dossier conformément au V de l'article L. 1110-4. »

Article 46 bis (nouveau)

- ① I. – La section 2 du chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par des articles L. 1141-5 et L. 1141-6 ainsi rédigés :
- ② « *Art. L. 1141-5.* – Aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garanties à un contrat d'assurance ayant pour objet de garantir le remboursement d'un crédit professionnel, immobilier ou à la consommation ne peut être appliquée aux personnes ayant présenté un risque aggravé, du fait d'une pathologie cancéreuse, au delà de délais déterminés par la convention nationale mentionnée à l'article L. 1141-2.

Pour les pathologies cancéreuses survenues avant l'âge de quinze ans, ce délai ne peut pas excéder cinq ans. La convention détermine également les modalités d'application du présent alinéa.

- ③ « Pour l'application du présent article, les organismes assureurs ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales relatives au risque aggravé mentionné au premier alinéa du présent article dans le cadre du formulaire de déclaration du risque mentionné aux articles L. 113-2 du code des assurances, L. 221-13 du code de la mutualité et L. 932-5 du code de la sécurité sociale.
- ④ « *Art. L. 1141-6.* – Aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garanties à un contrat d'assurance ayant pour objet de garantir le remboursement d'un crédit ne peut être appliquée aux personnes atteintes ou ayant été atteintes d'une pathologie pour laquelle l'existence d'un risque aggravé ne peut être établie sur la base des informations déclarées compte tenu des données de la science. Les modalités d'application du présent article, notamment la liste de ces pathologies et les délais au delà desquels ne peut être appliquée de majoration de tarifs ou d'exclusion de garanties, sont définies par la convention nationale mentionnée à l'article L. 1141-2. »
- ⑤ II. – À défaut de mise en œuvre de l'article L. 1141-5 du code de la santé publique par la convention nationale mentionnée à l'article L. 1141-2 du même code dans les deux mois qui suivent la promulgation de la présente loi, les délais et les modalités d'application de l'article L. 1141-5 sont fixés par décret.

Article 46 ter (nouveau)

- ① I. – Les deuxième à avant-dernier alinéas de l'article L. 1232-1 du code de la santé publique sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « Ce prélèvement peut être pratiqué dès lors que la personne majeure n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Ce refus est exprimé par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Il est révoquant à tout moment.
- ③ « Les proches du défunt sont informés des prélèvements envisagés et de la finalité de ces prélèvements. »
- ④ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

CHAPITRE V

Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé

Article 47

① I. – Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

② « *TITRE VI*

③ « *MISE À DISPOSITION DES DONNÉES DE SANTÉ*

④ « *CHAPITRE PRÉLIMINAIRE*

⑤ « *Principes relatifs à la mise à disposition des données de santé*

⑥ (*Division et intitulé nouveaux*)

⑦ « *Art. L. 1460-1 (nouveau).* – Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale peuvent faire l'objet de traitements à des fins d'études, de recherches et évaluations présentant un caractère d'intérêt public, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les traitements réalisés à cette fin ne peuvent avoir ni pour objet, ni pour effet de porter atteinte à la vie privée des personnes concernées. Sauf disposition législative contraire, ils ne doivent en aucun cas avoir pour fin l'identification directe ou indirecte de ces personnes.

⑧ « Les citoyens, les professionnels de santé, les établissements de santé et leurs organisations représentatives ainsi que les organismes participant au financement de la couverture contre le risque maladie ou réalisant des études et des recherches à des fins de santé publique, les services de l'État et les institutions publiques compétentes en matière de santé ont accès aux données mentionnées au premier alinéa dans les conditions définies par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée et, le cas échéant, par les dispositions propres à ces traitements.

⑨ « *CHAPITRE I^{ER}*

⑩ « *Système national des données de santé*

⑪ « *Art. L. 1461-1. – I.* – Le système national des données de santé rassemble et met à disposition :

- ⑫ « 1° Les données issues des systèmes d'information hospitaliers mentionnés à l'article L. 6113-7 du présent code ;
- ⑬ « 2° Les données du système d'information de l'assurance maladie mentionné à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale ;
- ⑭ « 3° Les données sur les causes de décès mentionnées à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales ;
- ⑮ « 4° Les données médico-sociales du système d'information mentionné à l'article L. 247 – 2 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑯ « 5° Un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire et défini en concertation avec leurs organisations représentatives.
- ⑰ « II. – Dans le cadre d'orientations générales définies par l'État, en concertation avec les organismes responsables des systèmes d'information et des données mentionnés au I, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés réunit et organise l'ensemble des données qui constituent le système national des données de santé mentionné au I. Elle est responsable du traitement.
- ⑱ « La méthode d'appariement des données mentionnées au 5° du I avec les données correspondantes du système national des données de santé est élaborée en concertation avec les organisations représentatives des organismes qui transmettent les données concernées.
- ⑲ « III. – Le système national des données de santé a pour finalité la mise à disposition des données, dans les conditions définies aux articles L. 1461-2 et L. 1461-3, pour contribuer :
- ⑳ « 1° À l'information sur la santé, les soins et la prise en charge médico-sociale ;
- ㉑ « 2° À la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale ;
- ㉒ « 3° À la connaissance des dépenses de santé, des dépenses de l'assurance maladie et des dépenses médico-sociales ;
- ㉓ « 4° À l'information des professionnels, des structures et des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité ;

- ②4 « 5° À la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaires ;
- ②5 « 6° À la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.
- ②6 « IV (*nouveau*). – Pour le système national des données de santé et pour les traitements utilisant des données à caractère personnel issues de ce système :
- ②7 « 1° Aucune décision ne peut être prise à l'encontre d'une personne physique identifiée sur le fondement des données la concernant et figurant dans l'un de ces traitements, sous réserve du 2° du III de l'article L. 1461-5;
- ②8 « 2° Les personnes responsables de ces traitements, ainsi que celles les mettant en œuvre ou autorisées à accéder aux données à caractère personnel qui en sont issues sont soumises au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal ;
- ②9 « 3° L'accès aux données s'effectue dans des conditions assurant la confidentialité et l'intégrité des données et la traçabilité des accès et des autres traitements, conformément à un référentiel défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- ③0 « 4° Les données individuelles du système national des données de santé sont conservées pour une durée maximale de vingt ans, sans préjudice de l'application du deuxième alinéa de l'article 36 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ③1 « V (*nouveau*). – Les données du système national des données de santé ne peuvent être traitées pour l'une des finalités suivantes :
- ③2 « 1° La prospection commerciale en direction des professionnels de santé ou d'établissements de santé ;
- ③3 « 2° L'exclusion ou la modification des contrats d'assurance et la modification de cotisations ou de primes d'assurance d'un individu ou d'un groupe d'individus présentant un même risque.
- ③4 « Art. L. 1461-2. – Les données du système national des données de santé qui font l'objet d'une mise à la disposition du public sont traitées pour prendre la forme de statistiques agrégées ou de données individuelles constituées de telle sorte que l'identification, directe ou indirecte, des

personnes concernées y est impossible. Ces données sont mises à disposition gratuitement. La réutilisation de ces données ne peut avoir ni pour objet, ni pour effet d'identifier les personnes concernées.

- ③⑤ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les données relatives à l'activité des professionnels de santé publiées par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, sont réutilisées dans les conditions mentionnées à l'article 12 et au second alinéa de l'article 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.
- ③⑥ « Art. L. 1461-3. – I. – Un accès aux données à caractère personnel du système national des données de santé ne peut être autorisé que pour permettre des traitements :
- ③⑦ « 1° Soit à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation contribuant à un objectif mentionné au III de l'article L. 1461-1 et répondant à un motif d'intérêt public ;
- ③⑧ « 2° Soit nécessaires à l'accomplissement des missions des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents, dans les conditions définies au III du présent article.
- ③⑨ « Le responsable de tels traitements n'est autorisé à accéder aux données du système national des données de santé et à procéder à des appariements avec ces données que dans la mesure où ces actions sont rendues strictement nécessaires par les finalités de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation ou par les missions de l'organisme concerné.
- ④⑩ « Seules les personnes nommément désignées et habilitées à cet effet par le responsable du traitement, dans les conditions précisées dans le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 1461-7, sont autorisées à accéder aux données du système national des données de santé.
- ④⑪ « II – Les traitements à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation mentionnés au 1° du I sont autorisés selon la procédure définie au chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée.
- ④⑫ « Les personnes produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou les personnes participant,

directement ou indirectement, à la conception et à la commercialisation de contrats d'assurance, sont tenues :

- ④③ « 1° Soit de démontrer que les modalités d'accès aux données rendent impossible toute utilisation des données pour l'une des finalités mentionnées au V de l'article L. 1461-1 ;
- ④④ « 2° Soit de recourir à un laboratoire de recherche ou à un bureau d'étude, publics ou privés, pour réaliser le traitement.
- ④⑤ « Les responsables des laboratoires de recherche et des bureaux d'études présentent à la Commission nationale de l'informatique et des libertés un engagement de conformité à un référentiel incluant les critères d'expertise et d'indépendance, arrêté par le ministre chargé de la santé, pris après avis de la même commission.
- ④⑥ « L'accès aux données est subordonné à l'engagement, par le demandeur, de communiquer au groupement d'intérêt public mentionné à l'article L 1462-1 :
- ④⑦ « a) Au début de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation, l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et une déclaration des intérêts du demandeur en rapport avec l'objet du traitement ;
- ④⑧ « b) À la fin de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation, la méthode et les résultats de l'analyse et les moyens d'en évaluer la validité.
- ④⑨ « Le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1462-1 publie l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la déclaration d'intérêts, les résultats et la méthode.
- ⑤⑩ « III. – Le décret mentionné à l'article L. 1461-7 fixe la liste des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public autorisés à traiter des données à caractère personnel du système national des données de santé pour les besoins de leurs missions. Ce décret précise, pour chacun de ces services, établissements ou organismes, l'étendue de cette autorisation, les conditions d'accès aux données et celles de la gestion des accès.
- ⑤① « Art. L. 1461-4. – (*Supprimé*)
- ⑤② « Art. L. 1461-5. – I. – Le système national des données de santé ne contient ni les noms et prénoms des personnes, ni leur numéro d'inscription

au répertoire national d'identification des personnes physiques, ni leur adresse. Les numéros d'identification des professionnels de santé sont conservés et gérés séparément des autres données.

- ⑤③ « II. – Un décret pris en Conseil d'État après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés détermine les données à caractère personnel qui, en raison du risque d'identification directe des personnes concernées, sont confiées à un organisme distinct du responsable du système national des données de santé et des responsables des traitements.
- ⑤④ « Cet organisme est seul habilité à détenir le dispositif de correspondance permettant de ré-identifier les personnes à partir des données du système national des données de santé. Il assure la sécurité de ce dispositif.
- ⑤⑤ « III. – La Commission nationale de l'informatique et des libertés peut autoriser l'accès aux données détenues par l'organisme mentionné au II du présent article, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, quand il est nécessaire :
- ⑤⑥ « 1° Pour avertir une personne d'un risque sanitaire grave auquel elle est exposée ou pour lui proposer de participer à une recherche ;
- ⑤⑦ « 2° Pour la réalisation d'un traitement à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation si le recours à ces données est nécessaire, sans solution alternative, à la finalité du traitement et proportionné aux résultats attendus.
- ⑤⑧ « *Art. L. 1461-6.* – L'accès aux données de santé autres que celles mentionnées à l'article L. 1461-2 est gratuit pour :
- ⑤⑨ « 1° Les recherches, les études ou les évaluations demandées par l'autorité publique ;
- ⑥⑩ « 2° Les recherches réalisées exclusivement pour les besoins de services publics administratifs.
- ⑥① « *Art. L. 1461-6-1 (nouveau).* – Pour les finalités de recherche, d'étude ou d'évaluation, la mise à disposition des données des composantes du système national des données de santé mentionnées aux 1° à 5° de l'article L. 1461-1 est régie par le présent chapitre.
- ⑥② « *Art. L. 1461-7.* – Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés :

- ⑥③ « 1° Désigne les organismes chargés de gérer la mise à disposition effective des données du système national des données de santé et la détermination de leurs responsabilités respectives ;
- ⑥④ « 2° Dresse la liste des catégories de données réunies au sein du système national des données de santé et des modalités d'alimentation du système national des données de santé, y compris par les organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- ⑥⑤ « 3° (*Supprimé*)
- ⑥⑥ « 4° Fixe, dans les limites prévues au III de l'article L. 1461-3, la liste des services, des établissements ou des organismes bénéficiant de l'autorisation mentionnée au même III ;
- ⑥⑦ « 4° *bis (nouveau)* Fixe les conditions de désignation et d'habilitation des personnels autorisés à accéder au système national des données de santé ;
- ⑥⑧ « 5° Fixe les conditions de gestion et de conservation séparées des données permettant une identification directe des personnes en application de l'article L. 1461-5 et détermine l'organisme à qui sont confiées ces données.

⑥⑨

« CHAPITRE II

⑦①

« *Institut national des données de santé*

⑦②

« Art. L. 1462-1. – Un groupement d'intérêt public, dénommé : "Institut national des données de santé", est constitué entre l'État, des organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé.

⑦③

« Il est notamment chargé :

⑦④

« 1° De veiller à la qualité des données de santé et aux conditions générales de leur mise à disposition, garantissant leur sécurité et facilitant leur utilisation dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

⑦⑤

« 2° D'assurer le secrétariat unique mentionné à l'article 54 de la même loi ;

- 75 « 3° D'émettre un avis sur le caractère d'intérêt public que présente une recherche, une étude ou une évaluation, dans les conditions prévues au même article 54 ;
- 76 « 4° De faciliter la mise à disposition d'échantillons ou de jeux de données agrégés, dans des conditions préalablement homologuées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- 77 « 5° De contribuer à l'expression des besoins en matière de données anonymes et de résultats statistiques, en vue de leur mise à la disposition du public.
- 78 « Il publie chaque année un rapport à l'attention du Parlement.
- 79 « Art. L. 1462-2. – (*Supprimé*)
- 80 *I bis (nouveau)*. – Au premier alinéa du I de l'article L. 1451-1 du même code, après la référence : « L. 1431-1, », est insérée la référence : « L. 1462-1, ».
- 81 II. – L'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 82 1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- 83 « 4° À la constitution du système national des données de santé, mentionné à l'article L. 1461-1 du code de la santé publique. » ;
- 84 2° Au dernier alinéa, les mots : « l'anonymat » sont remplacés par les mots : « la vie privée ».
- 85 III. – L'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 86 1° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- 87 « Le personnel des organismes d'assurance maladie est soumis au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. » ;
- 88 2° (*nouveau*) Au dernier alinéa, les mots : « après consultation du comité national paritaire de l'information médicale visé à l'article L. 161-30 et » sont supprimés.
- 89 IV. – (*Supprimé*)

- 90 V. – L'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :
- 91 1° (*nouveau*) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 92 a) La première phrase est complétée par les mots : « et qui ont accès aux données des causes médicales de décès pour l'accomplissement de leurs missions » ;
- 93 b) À la seconde phrase, après le mot : « fixe », sont insérés les mots : « le périmètre des accès ainsi que » ;
- 94 2° Après le 2°, sont insérés des 3° à 5° ainsi rédigés :
- 95 « 3° (*nouveau*) Pour la recherche, les études, et l'évaluation dans le domaine de la santé, dans les conditions fixées à l'article L. 1461-3 du code de la santé publique ;
- 96 « 4° Pour alimenter le système national des données de santé défini à l'article L. 1461-1 du même code ;
- 97 « 5° (*nouveau*) Pour l'établissement de statistiques dans le cadre de l'article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques, à l'Institut national de la statistique et des études économiques ou aux services statistiques du ministre chargé de la santé. Ces données doivent être traitées séparément des données individuelles d'état civil détenues par l'Institut national de la statistique et des études économiques. »
- 98 VI. – L'article L. 1435-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- 99 « *Art. L. 1435-6.* – L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ainsi que, dans les conditions prévues à l'article L. 1461-2, aux données des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elle a également accès, dans les conditions définies au III de l'article L. 1461-3, aux données du système national des données de santé.
- 100 « L'agence régionale de santé est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement,

les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmission des données issues des établissements de soins et médico-sociaux.

- (101) « Les agents de l'agence régionale de santé n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Ils sont tenus au secret professionnel. Lorsque ces données sont utilisées à des fins d'étude, elles ne comportent ni le nom, ni le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et des précautions sont prises pour assurer la traçabilité des accès, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »
- (102) VII. – L'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- (103) « Art. L. 1111-8-1. – I. – Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4.
- (104) « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités d'utilisation de cet identifiant, notamment afin d'en empêcher l'utilisation à des fins autres que sanitaires et médico-sociales.
- (105) « Les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés prescrivant une procédure particulière d'autorisation à raison de l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques dans un traitement de données personnelles ne sont pas applicables aux traitements qui utilisent le ce numéro exclusivement dans les conditions prévues au présent I.
- (106) « II (*nouveau*). – Par dérogation au I, le traitement de l'identifiant de santé peut être autorisé à des fins de recherche dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues au chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée. »
- (107) VIII. – La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est ainsi modifiée :

- 108 1° A (*nouveau*) À la seconde phrase du 2° de l'article 6, les références : « aux chapitres IX et X » sont remplacées par la référence : « au chapitre IX » ;
- 109 1° L'article 8 est ainsi modifié :
- 110 a) Au 8° du II, après le mot : « recherche », sont insérés les mots : « , aux études et évaluations » ;
- 111 b) À la seconde phrase du III, la référence : « et X » est supprimée ;
- 112 c) Au IV, après les mots « conditions prévues », est insérée la référence : « au V de l'article 22, » ;
- 113 d) (*nouveau*) Il est ajouté un V ainsi rédigé :
- 114 « V. – Les traitements comportant des données à caractère personnel mentionnées au I du présent article ne peuvent être mis à la disposition du public qu'après avoir fait l'objet d'une anonymisation complète des données personnelles qu'ils contiennent, selon un procédé reconnu préalablement conforme à la présente loi par la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;
- 115 2° L'article 22 est complété par un V ainsi rédigé :
- 116 « V. – Les traitements de données de santé à caractère personnel mis en œuvre par les organismes ou les services chargés d'une mission de service public figurant sur une liste fixée par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, afin de répondre, en cas de situation d'urgence, à une alerte sanitaire, au sens de l'article L. 1413-2 du code de la santé publique, sont soumis au régime de la déclaration préalable prévu au présent article. Le responsable du traitement rend compte chaque année à la Commission nationale de l'informatique et des libertés des traitements ainsi mis en œuvre.
- 117 « Les conditions dans lesquelles ces traitements peuvent utiliser le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;
- 118 3° L'article 27 est complété par un IV ainsi rédigé :
- 119 « IV. – Le 1° des I et II du présent article ne sont pas applicables :

- (120) « 1° Aux traitements à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé, qui sont soumis au chapitre IX ;
- (121) « 2° Aux traitements mis en œuvre afin de répondre à une alerte sanitaire, qui sont soumis au V de l'article 22. » ;
- (122) 4° Le chapitre IX est ainsi modifié :
- (123) a) Après le mot : « personnel », la fin de l'intitulé est ainsi rédigée : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé » ;
- (124) b) Les articles 53 et 54 sont ainsi rédigés :
- (125) « Art. 53. – Les traitements automatisés de données à caractère personnel ayant pour fin la recherche ou les études dans le domaine de la santé ainsi que l'évaluation ou l'analyse des pratiques ou des activités de soins ou de prévention sont soumis à la présente loi, à l'exception des articles 23 et 24, du I de l'article 25 et des articles 26, 32 et 38.
- (126) « Toutefois, le présent chapitre n'est pas applicable :
- (127) « 1° Aux traitements de données à caractère personnel ayant pour fin le suivi thérapeutique ou médical individuel des patients ;
- (128) « 2° Aux traitements permettant d'effectuer des études à partir des données recueillies en application du 1° lorsque ces études sont réalisées par les personnels assurant ce suivi et destinées à leur usage exclusif ;
- (129) « 3° Aux traitements effectués à des fins de remboursement ou de contrôle par les organismes chargés de la gestion d'un régime de base d'assurance maladie ;
- (130) « 4° Aux traitements effectués au sein des établissements de santé par les médecins responsables de l'information médicale, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ;
- (131) « 5° Aux traitements effectués par les agences régionales de santé, par l'État et par la personne publique désignée par lui en application du premier alinéa de l'article L. 6113-8 du même code, dans le cadre défini au même article ;
- (132) « 6° Aux traitements mis en œuvre par les organismes ou les services chargés d'une mission de service public figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après

avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, afin de répondre à une alerte sanitaire, dans les conditions prévues au V de l'article 22.

- ⑬③ « Art. 54. – I. – Les traitements de données à caractère personnel ayant une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé sont autorisés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, dans le respect des principes définis par la présente loi et en fonction de l'intérêt public que la recherche, l'étude ou l'évaluation présente.
- ⑬④ « II. – La Commission nationale de l'informatique et des libertés prend sa décision après avis :
- ⑬⑤ « 1° Du comité compétent de protection des personnes mentionné à l'article L. 1123-6 du code de la santé publique, pour les demandes d'autorisation relatives à des recherches impliquant la personne humaine ;
- ⑬⑥ « 2° Du comité d'expertise scientifique pour la recherche, les études ou l'évaluation dans le domaine de la santé, pour les demandes d'autorisation relatives à des études ou à des évaluations, ainsi qu'à des recherches n'impliquant pas la personne humaine.
- ⑬⑦ « Le comité d'expertise est composé de personnes choisies en raison de leur compétence, dans une pluralité de disciplines. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés précise la composition du comité et définit ses règles de fonctionnement. Il peut prévoir l'existence de plusieurs sections au sein du comité, compétentes en fonction de la nature du traitement.
- ⑬⑧ « Le comité d'expertise émet, dans un délai d'un mois à compter de sa saisine, un avis sur la méthodologie retenue, sur la nécessité du recours à des données à caractère personnel et la pertinence de celles-ci par rapport à la finalité du traitement et, s'il y a lieu, sur la qualité scientifique du projet. Le cas échéant, le comité recommande aux demandeurs des modifications de leur projet afin de le mettre en conformité avec la présente loi.
- ⑬⑨ « Dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, l'Institut national des données de santé, prévu à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique, peut être saisi sur le caractère d'intérêt public que présente la recherche, l'étude ou l'évaluation justifiant la demande de traitement par la Commission nationale de l'informatique et des libertés ou le ministre chargé de la santé ; il peut également évoquer le cas de sa propre initiative.

Dans tous les cas, il rend un avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine.

- ①40 « Les dossiers présentés dans le cadre du présent chapitre sont déposés auprès d'un secrétariat unique, qui assure leur orientation vers les instances compétentes.
- ①41 « III. – Pour chaque demande, la Commission nationale de l'informatique et des libertés vérifie les garanties présentées par le demandeur pour l'application des présentes dispositions et, le cas échéant, la conformité de sa demande à ses missions ou à son objet social. Si le demandeur n'apporte pas d'éléments suffisants pour attester la nécessité de disposer de certaines informations parmi l'ensemble des données à caractère personnel dont le traitement est envisagé, la commission peut interdire la communication de ces informations par l'organisme qui les détient et n'autoriser le traitement que pour ces données réduites.
- ①42 « La commission statue sur la durée de conservation des données nécessaires au traitement et apprécie les dispositions prises pour assurer leur sécurité et la garantie des secrets protégés par la loi.
- ①43 « IV. – Pour les catégories les plus usuelles de traitements automatisés de données de santé à caractère personnel à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé, la Commission nationale de l'informatique et des libertés peut homologuer et publier des méthodologies de référence destinées à simplifier la procédure d'examen. Celles-ci sont établies en concertation avec le comité d'expertise scientifique et des organismes publics et privés représentatifs des acteurs concernés.
- ①44 « IV *bis* (nouveau). – Des jeux de données agrégés ou des échantillons, constitués à partir du système national des données de santé pour des finalités et dans des conditions reconnues conformes à la présente loi par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, peuvent faire l'objet d'une mise à disposition, dans des conditions préalablement homologuées par la commission, sans que l'autorisation prévue au I du présent article soit nécessairement requise.
- ①45 « V. – La Commission peut, par décision unique, délivrer à un même demandeur une autorisation pour des traitements répondant à une même finalité, portant sur des catégories de données identiques et ayant des catégories de destinataires identiques. » ;
- ①46 c) L'article 55 est ainsi modifié :

- ①47 – Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
- ①48 « Lorsque ces données permettent l'identification des personnes, leur transmission doit être effectuée dans des conditions de nature à garantir leur confidentialité. La Commission nationale de l'informatique et des libertés peut adopter des recommandations ou des référentiels sur les procédés techniques à mettre en œuvre. » ;
- ①49 – à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « de la recherche » sont supprimés ;
- ①50 d) L'article 57 est ainsi modifié :
- ①51 – au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ①52 – le dernier alinéa est supprimé ;
- ①53 – sont ajoutés des II et III ainsi rédigés :
- ①54 « II. – Lorsque les données à caractère personnel ont été initialement recueillies pour un autre objet que la recherche, l'étude ou l'évaluation, il peut être dérogé, sous réserve du III, à l'obligation d'information définie au I :
- ①55 « 1° Pour les traitements nécessaires à la conservation de ces données à des fins historiques, statistiques ou scientifiques, dans les conditions prévues au livre II du code du patrimoine ;
- ①56 « 2° Pour la réutilisation de ces données à des fins statistiques, dans les conditions prévues à l'article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques ;
- ①57 « 3° Lorsque l'information individuelle se heurte à la difficulté de retrouver les personnes concernées ou représente des efforts disproportionnés par rapport à l'intérêt de la démarche.
- ①58 « Les dérogations à l'obligation d'informer les personnes de l'utilisation de données les concernant à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation sont mentionnées dans le dossier de demande d'autorisation transmis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui statue sur ce point.
- ①59 « III. – Quand la recherche, l'étude ou l'évaluation faisant l'objet de la demande utilise des données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements de l'État ou aux organismes de sécurité sociale, l'information des personnes concernées

quant à la réutilisation possible de ces données, après suppression des données directement identifiantes, à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation, est assurée selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;

- 160** e) À l'article 61, les mots : « ayant pour fin la recherche » sont remplacés par les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » ;
- 161** 5° Le chapitre X est abrogé.
- 162** IX (*nouveau*). – Le groupement d'intérêt public « Institut des données de santé », mentionné à l'article L. 161-36-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, devient le groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé », mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique, à la date d'approbation de la convention constitutive de celui-ci. L'Institut national des données de santé se substitue à l'Institut des données de santé, dans l'ensemble des droits et obligations de ce dernier.
- 163** X (*nouveau*). – Les organismes bénéficiant, à la date de la publication de la présente loi, d'un accès à tout ou partie du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie mentionné à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale conservent cet accès, dans les mêmes conditions, pendant une durée de trois ans à compter de cette publication.
- 164** XI (*nouveau*). – Les autorisations délivrées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés sur le fondement des chapitres IX et X de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, demeurent applicables sauf modification de la demande de traitement.
- 165** XII (*nouveau*). – Les articles L. 161-30 et L. 161-36-5 du code de la sécurité sociale sont abrogés.
- 166** XIII (*nouveau*). – L'article L. 5121-28 du code de la santé publique est abrogé.

CHAPITRE VI

Renforcer le dialogue social

Article 48

- ① Le titre V du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :
- ② « *CHAPITRE VI*
- ③ « *Dialogue social*
- ④ « *Section 1*
- ⑤ « *Droit syndical et critères de représentativité*
- ⑥ « *Art. L. 6156-1.* – Le droit syndical est garanti aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé régis par le présent titre. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Ces organisations peuvent ester en justice.
- ⑦ « Un décret prévoit la mise en œuvre des droits et moyens syndicaux de ces personnels.
- ⑧ « *Art. L. 6156-2.* – Sont appelées à participer aux négociations ouvertes par les autorités compétentes au niveau national les organisations syndicales des médecins, odontologistes et pharmaciens des établissements publics de santé et des étudiants en médecine, odontologie et pharmacie ayant obtenu, aux dernières élections du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, au moins 10 % des suffrages exprimés au sein de leur collège électoral respectif.
- ⑨ « Pour les négociations concernant les personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1, leurs organisations syndicales doivent, en outre, avoir obtenu au moins un siège dans au moins deux sections du collège des praticiens hospitaliers de la commission statutaire nationale prévue à l'article L. 6156-6.
- ⑩ « *Art. L. 6156-3.* – Les règles définies pour la présentation aux élections professionnelles des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé régis par le présent titre sont celles prévues à l'article 9 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dont les modalités

d'application sont précisées, pour ces personnels, par le décret prévu à l'article L. 6156-7.

⑪

« *Section 2*

⑫

« *Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé*

⑬

« *Art. L. 6156-4.* – Il est institué un Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé régis par le présent titre. Son président est nommé par décret. Il comprend en outre :

⑭

« 1° Des représentants des organisations syndicales représentatives des personnels concernés ;

⑮

« 2° Des représentants des ministres concernés ;

⑯

« 3° Des représentants des établissements publics de santé.

⑰

« Le décret prévu à l'article L. 6156-7 en précise la composition et l'organisation.

⑱

« *Art. L. 6156-5.* – Le Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques est saisi pour avis des projets de loi, des projets de décret de portée générale relatifs à l'exercice hospitalier de ces personnels et des projets de statuts particuliers qui leur sont applicables.

⑲

« Il examine toute question relative aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dont il est saisi soit par les ministres compétents, soit à la demande écrite du tiers de ses membres à voix délibérative. Il formule, le cas échéant, des propositions.

⑳

« *Section 3*

㉑

« *Commission statutaire nationale*

㉒

« *Art. L. 6156-6.* – Il est institué une commission statutaire nationale qui peut être saisie des situations individuelles des praticiens hospitaliers mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1.

㉓

« La commission statutaire nationale comprend un collège des représentants des personnels mentionnés au même 1° et un collège des représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires. Les collèges sont divisés en sections qui regroupent des spécialités en fonction de leur nature et de leurs effectifs.

- ②④ « Le décret prévu à l'article L. 6156-7 précise les attributions, la composition et le fonctionnement de la commission statutaire nationale, notamment la définition des spécialités mentionnées au deuxième alinéa du présent article.

②⑤ « Section 4

②⑥ « *Dispositions communes*

- ②⑦ « Art. L. 6156-7. – Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées, sauf disposition contraire, par décret en Conseil d'État. »

Article 49

- ① Le livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 6146-1 est ainsi modifié :

③ a) La seconde phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

④ « Un décret fixe le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle. » ;

⑤ b) Les troisième, quatrième et cinquième alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

⑥ « Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés "pôles hospitalo-universitaires".

⑦ « Le directeur nomme les chefs de pôle.

⑧ « Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, et, dans les centres hospitalo-universitaires, sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de

pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

- ⑨ « La durée du mandat des chefs de pôles est fixée par décret. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. » ;
- ⑩ c) L'avant-dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑪ « Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.
- ⑫ « Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.
- ⑬ « Dans les pôles hospitalo-universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralités d'unités, le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, contresigne également le contrat.
- ⑭ d) À la deuxième phrase du dernier alinéa, les mots : « structures, services ou unités fonctionnelles » sont remplacés par les mots : « services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures » ;
- ⑮ e) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑯ « Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.
- ⑰ « Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement. » ;
- ⑱ 2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2-1, après le mot : « formation, », sont insérés les mots : « le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, » ;
- ⑲ 3° L'article L. 6143-7-3 est ainsi modifié ;
- ⑳ a) La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;
- ㉑ b) Sont ajoutés six alinéas ainsi rédigés :

- ② « Un décret fixe :
- ③ « 1° Les modalités d'exercice des fonctions de président de la commission médicale d'établissement ;
- ④ « 2° Les conditions dans lesquelles une charte de gouvernance est conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement, qui prévoit :
- ⑤ « a) Les modalités des relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les pôles d'activité cliniques et médico-techniques au sein de l'établissement ;
- ⑥ « b) Les modalités de la représentation de l'établissement auprès des autorités ou organismes extérieurs par le président de la commission médicale d'établissement ;
- ⑦ « c) Les moyens matériels et humains mis à disposition du président de la commission médicale d'établissement. » ;
- ⑧ 4° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6143-7-5, les mots : « de son choix » sont remplacés par les mots : « après avis du président de la commission médicale d'établissement » ;
- ⑨ 5° À l'article L. 6144-2 après le mot : « odontologiques », il est inséré le mot : « , maïeutiques » ;
- ⑩ 6° Après l'article L. 6161-1, il est inséré un article L. 6161-1-1 ainsi rédigé :
- ⑪ « *Art. L. 6161-1-1.* – Dans les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier dans les conditions définies à l'article L. 6112-3, quel que soit leur statut, les usagers sont représentés dans les conseils d'administration ou dans les conseils de surveillance ou dans les organes qui en tiennent lieu, selon des modalités prévues par voie réglementaire tenant compte de la nature juridique des établissements. » ;
- ⑫ 7° L'article L. 6161-2 est ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 6161-2.* – Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé à but lucratif forment de plein droit une conférence médicale, dont les attributions sont prévues au I de l'article L. 6161-2-2. » ;

- ③④ 8° Après l'article L. 6161-2, sont insérés des articles L. 6161-2-1 et L. 6161-2-2 ainsi rédigés :
- ③⑤ « *Art. L. 6161-2-1.* – Dans les établissements de santé privés à but non lucratif, une commission médicale est élue par les praticiens qui y exercent. Ses attributions sont prévues au I de l'article L. 6161-2-2. Les matières sur lesquelles elle est consultée ainsi que ses modalités de fonctionnement sont précisées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6161-11.
- ③⑥ « *Art. L. 6161-2-2.* – I. – La conférence et la commission mentionnées, respectivement, aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1 sont chargées de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. Elles donnent leur avis sur la politique médicale de l'établissement et sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement. Ces prévisions d'activité sont communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3. Elles contribuent à la définition de la politique médicale de l'établissement, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elles proposent au responsable de l'établissement un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi prenant en compte les informations contenues dans le rapport de la commission des usagers. Elles sont consultées sur toute demande de l'établissement tendant à être habilité à assurer le service public hospitalier.
- ③⑦ « La conférence et la commission mentionnées, respectivement, aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1 sont consultées sur les matières relevant de leurs attributions dans des conditions fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6161-11.
- ③⑧ « Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence et de la commission mentionnées, respectivement, aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1 est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.
- ③⑨ « II. – Les établissements de santé rendent publics, chaque année, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ④⑩ « Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect de l'obligation prévue au premier alinéa du présent II, il peut

prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6161-11. »

TITRE V

MESURES DE SIMPLIFICATION

Article 50

- ① I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de faciliter la constitution et le fonctionnement des groupement de coopération sanitaire et visant à :
 - ② 1° Adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des groupements de coopération sanitaire et à clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations par un groupement de coopération sanitaire ;
 - ③ 2° Définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un groupement de coopération sanitaire et à étendre aux groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public, s'agissant des instances représentatives du personnel, l'application des articles L. 4111-1 du code du travail et l'article L. 6144-3 du code de la santé publique ;
 - ④ 3° Adapter le régime fiscal des groupements de coopération sanitaire et à faciliter l'exploitation par ces groupements d'une pharmacie à usage intérieur et d'activités biologiques d'assistance médicale à la procréation ;
 - ⑤ 4° Supprimer la formule de coopération des fédérations médicales interhospitalières et la référence à ce type de structure dans le code de la santé publique, et à modifier l'article 121 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, en ce qu'il concerne les groupements de coopération sanitaire.

- ⑥ II. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l’ordonnance prévue au présent article.

Article 51

- ① I. – Dans les conditions prévues à l’article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures d’amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à :
- ② 1° Simplifier et à moderniser le régime des établissements de santé et visant à :
- ③ a) Faciliter la facturation et le recouvrement des créances des établissements de santé à l’encontre des organismes de l’assurance maladie obligatoire, tout en précisant le caractère d’insaisissabilité des biens de ces organismes ;
- ④ b) Clarifier les procédures de passation des marchés mentionnés à l’article L. 6148-7 du code de la santé publique ;
- ⑤ c) Aménager la procédure de fusion entre les établissements publics de santé ;
- ⑥ d) Mettre à jour la liste des établissements figurant à l’article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- ⑦ 2° Simplifier et à harmoniser le régime des autorisations des pharmacies à usage intérieur, mentionnées à l’article L. 5126-1 du code de la santé publique, tout en facilitant la coopération entre celles-ci ;
- ⑧ 3° Simplifier et à moderniser les modalités de gestion et d’exercice de certains professionnels et visant à :
- ⑨ a) Confier la gestion des directeurs d’hôpitaux mis à disposition des inspections générales interministérielles au Centre national de gestion, tout en assurant dans cette situation le maintien de leurs droits statutaires ;
- ⑩ b) (*Supprimé*)

- ⑪ c) Abroger les dispositions législatives relatives aux conseillers généraux des établissements de santé ;
- ⑫ d) *(Supprimé)*
- ⑬ 4° Simplifier la législation en matière de sécurité sanitaire et visant à :
- ⑭ a) Abroger les articles L. 3111-6 à L. 3111-8 du code de la santé publique et tirer les conséquences de cette abrogation ;
- ⑮ b) Mettre à jour les dispositions du code de la santé publique relatives aux déchets d'activités de soins à risques ;
- ⑯ c) Permettre l'utilisation d'eau non destinée à la consommation humaine lorsque la qualité de l'eau n'a pas d'effet sur la santé d'un usager ou sur la salubrité d'une denrée alimentaire finale ;
- ⑰ 5° Simplifier la législation en matière de traitement des données personnelles de santé et visant à :
- ⑱ a) Harmoniser les dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatives aux procédures d'agrément des hébergeurs de données de santé et celles de l'article L. 212-4 du code du patrimoine ;
- ⑲ b) Définir les conditions dans lesquelles un médecin agissant sous l'autorité d'une personne agréée en application du même article, et désigné à cet effet par cette personne, accède aux données de santé à caractère personnel confiées à cette dernière ;
- ⑳ c) Remplacer l'agrément prévu à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique par une accréditation par l'instance nationale d'accréditation mentionnée à l'article 135 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie ;
- ㉑ d) Encadrer les conditions de destruction des dossiers médicaux conservés sous une autre forme que numérique quand ils ont fait l'objet d'une numérisation ;
- ㉒ 6° Supprimer, à l'article L. 1142-11 du code de la santé publique, la condition d'inscription sur la liste des experts judiciaires pour les candidats à l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, prévoir une inscription probatoire sur la liste des experts et aménager les conditions d'accès des autorités sanitaires aux dossiers des expertises médicales diligentées par les commissions de conciliation et

d'indemnisation et par l'office, afin de faciliter les études des risques liés aux soins ;

- ②③ 7° Adapter, à droit constant, la terminologie et le plan des livres II, III, IV et V de la troisième partie du code de la santé publique afin de tenir compte de l'évolution des prises en charge médicales.
- ②④ II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de dix-huit mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à :
- ②⑤ 1° Adapter, en fonction du droit de l'Union européenne, les dispositions législatives relatives aux substances vénéneuses mentionnées à l'article L. 5132-1 du code de la santé publique, clarifier le champ d'application de cette législation aux produits contenant les substances précitées et adapter en conséquence les dispositions relatives aux conditions de prescription et délivrance des médicaments ;
- ②⑥ 2° Mettre en cohérence les dispositions du code de la santé publique relatives aux sanctions pénales dans le domaine de la toxico-vigilance avec l'article L. 521-21 du code de l'environnement.
- ②⑦ III. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de deux ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à :
- ②⑧ 1° Harmoniser et à simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, les régimes des visites de conformité et les modalités de contractualisation entre les agences régionales de santé et les établissements de santé et les structures de coopération, afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé et d'alléger les procédures ;
- ②⑨ 2° Redéfinir la composition et la mission du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale dans un but d'allègement des procédures ;
- ③⑩ 3° Simplifier et renforcer l'accès aux soins de premier recours en visant à :
- ③⑪ a) Clarifier et à adapter les dispositions du code de la santé publique relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de

fonctionnement des maisons de santé et des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ;

- ③② *b)* Clarifier et à adapter les dispositions du même code relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé ;
- ③③ *c)* Mettre en cohérence les différentes dispositions législatives relatives aux aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé, et à abroger celles devenues sans objet ;
- ③④ *d)* Adapter les conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie, notamment au sein d'une commune ou de communes avoisinantes.
- ③⑤ IV. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

Article 51 bis (nouveau)

À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, après le mot : « médecins, », sont insérés les mots : « et des centres de santé, ».

Article 51 ter (nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 4351-1 du code de la santé publique, les mots : « en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement » sont supprimés.

Article 51 quater (nouveau)

- ① L'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ *a)* Après le mot : « hébergement », la fin de la deuxième phrase est ainsi rédigée : « , au centre ou au domicile du patient, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à

l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les tarifs opposables. » ;

- ④ b) Après la même deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. » ;
- ⑥ 2° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « publics ou privés à but non lucratif » ;
- ⑦ 3° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « L'identification du lieu de soins à l'extérieur des centres de santé et l'information du public sur les activités et les actions de santé publique ou sociales mises en œuvre, sur les modalités et les conditions d'accès aux soins ainsi que sur le statut du gestionnaire sont assurées par le centre de santé. »

Article 51 quinquies (nouveau)

Au premier alinéa de l'article 25 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le mot : « chaque » est remplacé par les mots : « l'ensemble des ».

Article 51 sexies (nouveau)

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi qui visent à mieux articuler les dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux conditions dans lesquelles peut s'exprimer la volonté des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, au sens du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil, pour toute décision relative à un acte médical.
- ② Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 51 septies (nouveau)

- ① Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures visant à adapter les dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé afin :
- ② 1° De faire évoluer les compétences de leurs organes ainsi que leur composition ;
- ③ 2° D'alléger les procédures qu'ils mettent en œuvre ;
- ④ 3° De renforcer les moyens dont ils disposent afin de veiller au respect de la législation relative aux avantages consentis par les entreprises ;
- ⑤ 4° De permettre l'application aux ordres de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics ;
- ⑥ 5° De faire évoluer les dispositions relatives à l'intervention des ordres en matière d'exercice professionnel.
- ⑦ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 52

- ① I. – La sous-section 1 de la section 2 du chapitre III du titre II du livre II de la deuxième partie du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° de l'article L. 2223-19 est complété par les mots : « définis à l'article L. 2223-19-1 » ;
- ③ 2° Après le même article L. 2223-19, il est inséré un article L. 2223-19-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 2223-19-1.* – Les soins de conservation mentionnés au 3° de l'article L. 2223-19, ou soins de thanatopraxie, ont pour finalité de retarder la thanatomorphose et la dégradation du corps par drainage des liquides et des gaz qu'il contient et par injection d'un produit biocide.

- ⑤ « Ces soins ne peuvent être réalisés que dans des lieux dédiés et équipés, selon des critères définis par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 2223-20 est complété par un 5° ainsi rédigé :
- ⑦ « 5° Les conditions d'intervention des personnes susceptibles de réaliser les soins de conservation mentionnés au 3° de l'article L. 2223-19, dans les locaux mentionnés au second alinéa de l'article L. 2223-19-1. »
- ⑧ II. – Après l'article L. 3111-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3111-4-1 ainsi rédigé :
- ⑨ « *Art. L. 3111-4-1.* – Les thanatopracteurs en formation pratique et en exercice doivent, en l'absence d'infection en cours ou antérieure, être vaccinés contre l'hépatite virale B. La preuve de la vaccination ou de la contre-indication est jointe à l'inscription en formation ou à la demande d'habilitation à exercer, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations transmises, définies par décret en Conseil d'État. Le médecin du travail s'assure que les thanatopracteurs salariés vérifient les conditions mentionnées à la première phrase. »

Article 53

- ① I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi qui ont pour objet de transposer les directives mentionnées ci-après :
- ② 1° Dans un délai de vingt-quatre mois à compter de la promulgation de la présente loi, la directive 2013/59/Euratom du Conseil, du 5 décembre 2013, fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants et abrogeant les directives 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom et 2003/122/Euratom, en prenant toutes les mesures d'adaptation des dispositions législatives relatives à la protection contre les rayonnements ionisants :
- ③ a) Du chapitre III du titre III du livre III de la première partie du code de la santé publique ;
- ④ b) Du chapitre II du titre I^{er} du livre II de la cinquième partie du même code ;

- ⑤ *c)* Du titre II du livre II de la première partie du code du travail ;
- ⑥ *d)* Du chapitre I^{er} du titre V du livre IV, du titre II des livres V et VI et du chapitre I^{er} du titre IV du livre VII de la quatrième partie du même code ;
- ⑦ *e)* Du titre II du livre II et des titres I^{er}, IV et VI du livre V du code de l'environnement ;
- ⑧ *f)* Du code des douanes ;
- ⑨ *g)* Du code de la défense ;
- ⑩ 2° Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil, du 3 avril 2014, relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE ;
- ⑪ 3° Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, la directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil, du 20 novembre 2013, modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI ») ;
- ⑫ 4° Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, la directive 2008/106/CE du Parlement européen et du Conseil, du 19 novembre 2008, concernant le niveau minimal de formation des gens de mer, modifiée par la directive 2012/35/UE du Parlement européen et du Conseil, du 21 novembre 2012, en ce qui concerne ses dispositions relatives à la prévention et à la répression de l'alcoolémie à bord des navires et à l'aptitude médicale des gens de mer, permettant :
 - ⑬ *a)* De prendre, dans le code des transports, les mesures de cohérence nécessaires en matière de conditions d'introduction et de consommation d'alcool à bord, en considérant le navire comme un lieu de travail et de vie où s'exerce la responsabilité particulière du capitaine et de l'armateur au regard des restrictions nécessaires à la protection de la santé et à la sécurité des personnes embarquées et à la sécurité de la navigation maritime ;
 - ⑭ *b)* De préciser les conditions de reconnaissance des certificats d'aptitude médicale des gens de mer délivrés, au titre des conventions internationales

pertinentes de l'Organisation maritime internationale et de l'Organisation internationale du travail, par des médecins établis à l'étranger ;

- ⑮ *c)* D'étendre avec les adaptations nécessaires les mesures mentionnées au *a* :
- ⑯ – à l'ensemble des navires battant pavillon français titulaires d'un titre de navigation maritime ;
- ⑰ – aux navires ne battant pas pavillon français naviguant à l'intérieur des eaux territoriales et intérieures françaises ou touchant un port français, en ce qui concerne les dispositions relatives au respect des taux d'alcoolémie autorisés ;
- ⑱ *d)* D'adapter ou de prévoir, dans le code des transports, en cas d'infraction aux règles relatives à l'introduction et à la consommation d'alcool à bord d'un navire :
- ⑲ – les sanctions pénales et administratives ainsi que le régime des fautes contre la discipline à bord et les sanctions professionnelles applicables aux marins ;
- ⑳ – les mesures d'immobilisation temporaire ou de conduite des navires en cas de dépassement des taux d'alcoolémie autorisés ;
- ㉑ *e)* D'adapter les dispositions du code pénal pour tenir compte du caractère particulier du navire et de la navigation maritime, en cas de non-respect des taux maximaux d'alcoolémie autorisés ;
- ㉒ *f)* De préciser la liste des agents compétents pour rechercher et constater les infractions aux dispositions relatives à l'introduction et à la consommation d'alcool à bord d'un navire ;
- ㉓ *g)* Et de prendre toutes mesures de cohérence résultant de la mise en œuvre des *a* à *f* et d'abroger les dispositions obsolètes, inadaptées ou devenues sans objet, en matière d'introduction d'alcool à bord et de répression de l'ivresse à bord, du code du travail maritime et de la loi du 17 décembre 1926 portant code disciplinaire et pénal de la marine marchande.
- ㉔ II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi afin :

- 25 1° De prendre les mesures nécessaires pour adapter aux caractéristiques et contraintes particulières des collectivités de l'article 73 de la Constitution les dispositions mentionnées au I du présent article ;
- 26 2° D'adapter à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy les dispositions mentionnées au I, sous réserve des compétences dévolues à ces collectivités ;
- 27 3° D'étendre, avec les adaptations nécessaires, à la Nouvelle-Calédonie, à la Polynésie française, à Wallis-et-Futuna et aux Terres australes et antarctiques françaises, les dispositions mentionnées au I, sous réserve des compétences dévolues à ces collectivités.
- 28 III. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi qui ont pour objet d'adapter la législation relative aux recherches biomédicales, définies au titre II du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, au règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil, du 16 avril 2014, relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20/CE, d'adapter cette législation aux fins de coordonner l'intervention des comités de protection des personnes mentionnées à l'article L. 1123-1 du même code et de procéder aux modifications de cette législation lorsque des adaptations avec d'autres dispositions législatives sont nécessaires.
- 29 IV. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toutes mesures législatives relatives à la formation des professionnels de santé ayant pour objet d'harmoniser et de sécuriser la procédure de reconnaissance des qualifications obtenues dans un État membre de l'Union européenne.
- 30 V. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toutes mesures d'adaptation de la législation nationale au règlement sanitaire international visant à :
- 31 1° Élargir les pouvoirs de police du représentant de l'État dans le département pour lui permettre de prendre des mesures nécessaires de contrainte à l'égard des personnes atteintes d'une infection contagieuse ou susceptibles d'être atteintes d'une telle infection et des exploitants de moyens

de transport, des capitaines de navire et des commandants de bord, en vue de lutter efficacement contre la propagation internationale des maladies ;

- ③② 2° Établir une tarification unique pour les contrôles techniques mentionnés à l'article L. 3115-1 du code de la santé publique et à préciser ses modalités de recouvrement ;
- ③③ 3° Préciser les conditions de la vaccination contre la fièvre jaune dans les départements où la situation sanitaire l'exige.
- ③④ VI. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

Article 53 bis (nouveau)

- ① Après l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-3-2 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-3-2. – Lors de sa prise en charge, le patient est informé par le professionnel de santé ou par l'établissement de santé, le service de santé, un des organismes mentionnés à l'article L. 1142-1 ou toute autre personne morale, autre que l'État, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins l'employant, que ce professionnel ou cette personne remplit les conditions légales d'exercice définies au présent code.
- ③ « Le patient est également informé par ces mêmes personnes du respect de l'obligation d'assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée dans le cadre des activités prévues au même article L. 1142-1. »

Article 53 ter (nouveau)

- ① L'article L. 4381-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1132-1, » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa, le mot : « doit » est remplacé par le mot : « peut » ;
- ④ 3° Le troisième alinéa est supprimé ;

- ⑤ 4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ a) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑦ b) Au début de la dernière phrase, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les praticiens ».

Article 54

(Supprimé)

Article 54 bis (nouveau)

- ① La section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre II du code du sport est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 231-2 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 231-2. – I. –* L'obtention ou le renouvellement d'une licence d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical, datant de moins d'un an, permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline ou de l'activité sportive pour laquelle elle est sollicitée.
- ④ « Lorsque la licence sollicitée permet la participation aux compétitions organisées par la fédération sportive, le certificat médical atteste l'absence de contre-indication à la pratique de la compétition.
- ⑤ « II. – La fréquence à laquelle un nouveau certificat est exigé pour le renouvellement de la licence est fixée par décret. » ;
- ⑥ 2° L'article L. 231-2-1 est ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 231-2-1. –* L'inscription à une compétition sportive est subordonnée à la présentation d'une licence mentionnée au second alinéa du I de l'article L. 231-2 dans la discipline concernée ou, à défaut, d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique de cette discipline en compétition. » ;
- ⑧ 3° L'article L. 231-2-2 est abrogé ;
- ⑨ 4° L'article L. 231-2-3 est ainsi rédigé :

- ⑩ « *Art. L. 231-2-3.* – Pour les disciplines, énumérées par décret, qui présentent des risques particuliers pour la sécurité ou la santé des pratiquants, la délivrance ou le renouvellement de la licence, ainsi que la participation à des compétitions sont soumis à la production d’un certificat médical particulier dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et des sports. Par dérogation à l’article L. 231-2, le certificat médical mentionné au présent article doit dater de moins d’un an. »

Article 55

- ① Dans les conditions prévues à l’article 38 de la Constitution et dans un délai de deux ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi visant à :
- ② 1° Mettre en cohérence les dispositions législatives relatives au service de santé des armées et à l’Institution nationale des invalides avec celles résultant de la présente loi ;
- ③ 2° Adapter les dispositions relatives à l’organisation, au fonctionnement et aux missions du service de santé des armées et de l’Institution nationale des invalides ainsi que les dispositions pertinentes du code de la santé publique, de manière à assurer une meilleure articulation de ce service et de cette institution avec les dispositifs de droit commun, notamment celui du service public hospitalier, dans le respect des obligations particulières que ce service et cette institution assument au titre de la défense nationale.
- ④ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de l’ordonnance.

Article 56

- ① I. – Dans les conditions prévues à l’article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi :
- ② 1° Nécessaires à l’adaptation des dispositions de la présente loi aux caractéristiques et contraintes particulières aux collectivités relevant de l’article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon, ainsi qu’à leur extension et à leur adaptation aux

Terres australes et antarctiques françaises et, en tant qu'elles relèvent des compétences de l'État, à Wallis-et-Futuna, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française ;

- ③ 2° Visant à modifier les dispositions du code de la santé publique pour les étendre et les adapter, compte tenu des caractéristiques et contraintes particulières, à Mayotte et, le cas échéant, à La Réunion ;
- ④ II. – Le Gouvernement est autorisé, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi :
- ⑤ 1° À prendre par ordonnance les mesures de nature législative visant à modifier l'organisation de la sécurité sociale à Mayotte, à rapprocher du droit commun la législation relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte et à aligner les circuits comptables de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte sur ceux des caisses générales de sécurité sociale ;
- ⑥ 2° À rapprocher le droit applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon de la législation applicable en métropole ou dans les collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution en matière de sécurité sociale.
- ⑦ III. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues aux I et II.

Article 56 bis (nouveau)

À partir du 1^{er} janvier 2016, toute statistique déclinée au niveau local publiée par les services du ministre chargé de la santé ou par des organismes placés sous sa tutelle comporte nécessairement des données chiffrées concernant les départements et les collectivités d'outre-mer.

Article 57

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi visant à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi et à abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.

- ② Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance prévue au présent article dans un délai de trois mois à compter de sa publication.