

tourisme et de la mer et du ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire en date du 29 août 2003, le nombre de places offertes au titre de l'année 2003

au concours réservé pour l'accès au corps des techniciens supérieurs de la météorologie, filière exploitation, ouvert par l'arrêté du 14 août 2003 est fixé à 1.

## MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

### **Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation**

NOR : SANX0300081R

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu la Constitution, notamment l'article 38 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de la construction et de l'habitation ;

Vu le code rural ;

Vu le code des marchés publics ;

Vu la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée ;

Vu la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, notamment les articles 2, 6, 20, 21 et 34 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 2 juillet 2003 ;

Le Conseil d'Etat entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

#### TITRE I<sup>er</sup>

### **TRANSFERT DE COMPÉTENCES DÉTENUES PAR LE MINISTRE OU LE PRÉFET AU DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION**

#### Article 1<sup>er</sup>

I. – Le premier alinéa de l'article L. 6115-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Dans la première phrase, après les mots : « l'activité des établissements de santé publics et privés », sont insérés les mots : « , de contrôler leur fonctionnement » ;

2<sup>o</sup> Dans la deuxième phrase, les mots : « A cette fin et » sont supprimés et les mots : « aux titres I<sup>er</sup> et II du » remplacés par le mot : « au » ;

3<sup>o</sup> L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'agence régionale de l'hospitalisation exerce les attributions mentionnées au présent alinéa sans préjudice de l'exercice par le représentant de l'Etat dans le département de ses pouvoirs de police et de ses compétences au titre de la sécurité civile. »

II. – L'article L. 6115-3 du même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au treizième alinéa, les mots : « qui peuvent lui déléguer leur signature » sont supprimés.

2<sup>o</sup> Après le treizième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur peut, pour les matières relatives à l'offre de soins hospitaliers et au fonctionnement des établissements de santé, recevoir délégation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

III. – Le chapitre VI du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

#### « CHAPITRE VI

#### « Contrôle

« Art. L. 6116-1. – L'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux, par les médecins inspecteurs de santé publique, les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les autres fonctionnaires de catégorie A ou agents assimilés des services déconcentrés du ministère de la santé et les membres de l'inspection générale des affaires sociales.

« Le président du conseil d'administration et le directeur de l'établissement sont tenus informés des conclusions de ces contrôles, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie.

« Art. L. 6116-2. – A l'intérieur des établissements de santé et organismes exerçant les missions d'établissement de santé, le contrôle est exercé à l'initiative du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou du représentant de l'Etat dans le département. Celle de ces deux autorités qui prend l'initiative d'un contrôle en informe sans délai l'autre autorité.

« A l'intérieur des établissements sociaux et médico-sociaux, le contrôle est exercé à l'initiative du représentant de l'Etat dans le département.

« Le contrôle exercé par les membres de l'inspection générale des affaires sociales l'est à l'initiative du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale. »

#### Article 2

I. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pouvoirs définis au présent article sont exercés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsque le danger grave auquel la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients a été constaté à l'occasion de l'exercice de ses fonctions dans un établissement de santé. Dans cette hypothèse, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation informe en outre immédiatement de sa décision le représentant de l'Etat dans le département. »

II. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 4221-18 du même code, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pouvoirs définis au présent article sont exercés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsque le danger grave auquel la poursuite de son exercice par un pharmacien expose ses patients a été constaté à l'occasion de ses fonctions dans un établissement de santé. Dans cette hypothèse, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation informe en outre immédiatement de sa décision le représentant de l'Etat dans le département. »

III. – A l'article L. 4124-2 du même code, les mots : « ou le procureur de la République » sont remplacés par les mots : « , le procureur de la République ou, lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

IV. – Au deuxième alinéa de l'article L. 4124-7 du même code, après les mots : « ministre chargé de la santé », sont insérés les mots : « , par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

### Article 3

I. – 1° A l'article L. 5126-2 du code de la santé publique, les mots : « représentant de l'Etat dans le département » sont remplacés par les mots : « directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 5126-3 du même code, les mots : « représentant de l'Etat dans le département » sont remplacés par les mots : « directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation », et, après les mots : « d'un établissement de santé », sont insérés les mots : « , d'un groupement de coopération sanitaire » ;

3° Aux articles L. 5126-7 et L. 5126-10 du même code, après les mots : « le représentant de l'Etat dans le département », sont insérés les mots : « ou, pour les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les syndicats interhospitaliers et les organismes et établissements mentionnés aux articles L. 5126-8 et L. 5126-9, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

II. – L'article L. 6112-5 du même code est complété par un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête la liste des établissements de santé dotés d'unités participant à l'aide médicale urgente appelées SAMU et détermine le champ de compétence territoriale de ces unités. »

III. – Aux articles L. 6154-4 et L. 6154-6 du même code, les mots : « représentant de l'Etat dans le département » sont remplacés par les mots : « directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

IV. – Le second alinéa de l'article L. 6161-6 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« La décision d'admission à participer au service public hospitalier est prise par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Le refus d'admission doit être motivé. »

V. – Au premier alinéa de l'article L. 6162-3 du même code, les mots : « le ministre chargé de la santé » sont remplacés par les mots : « le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

### Article 4

I. – L'article L. 174-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « l'article L. 326 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 3221-1 » ;

2° Le second alinéa est abrogé.

II. – L'article L. 174-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-12. – Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation globale annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-11 du présent code.

« La dotation globale est arrêtée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique lorsqu'il s'agit de personnes morales de droit public et à l'article L. 6161-4 du même code lorsqu'il s'agit de personnes morales de droit privé.

« La dotation globale est versée et répartie entre les régimes dans les conditions prévues à l'article L. 174-2. »

## TITRE II

### SIMPLIFICATION DE LA PLANIFICATION SANITAIRE

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### Aménagement du schéma d'organisation sanitaire

#### Article 5

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est intitulé : « Schéma d'organisation sanitaire ».

II. – L'article L. 6121-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6121-1. – Le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

« Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

« Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

« Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des thèmes, des activités de soins et des équipements lourds devant figurer obligatoirement dans un schéma d'organisation sanitaire.

« Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

« Le schéma d'organisation sanitaire peut être révisé en tout ou partie, à tout moment. Il est réexaminé au moins tous les cinq ans. »

III. – L'article L. 6121-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6121-2. – Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.

« Cette annexe précise :

« 1° Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds définis à l'article L. 6122-14 ;

« 2° Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

« Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, inter-régional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national.

« Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire.

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

IV. – L'article L. 6121-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6121-3. – Le schéma régional d'organisation sanitaire est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire.

« Plusieurs directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation peuvent arrêter, pour une activité ou un équipement relevant de leur compétence, un schéma interrégional d'organisation sanitaire, après avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire compétents. »

V. – L'article L. 6121-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6121-4. – Un décret fixe la liste des activités de soins ou des équipements pour lesquels le ministre chargé de la santé peut seul arrêter, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma national d'organisation sanitaire.

« Le ministre chargé de la santé fixe la liste des activités ou équipements pour lesquels plusieurs directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation arrêtent un schéma interrégional d'organisation sanitaire, après avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire compétents. Les groupes de régions sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. »

VI. – A l'article L. 6121-10 du même code, la dernière phrase du premier alinéa est supprimée.

VII. – Les articles L. 6121-9 et L. 6121-10 du même code deviennent respectivement les articles L. 6121-7 et L. 6121-8.

VIII. – Sont insérés au même code deux articles L. 6121-9 et L. 6121-10 ainsi rédigés :

« Art. L. 6121-9. – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse un comité régional de l'organisation sanitaire a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins.

« L'agence régionale de l'hospitalisation consulte le comité régional de l'organisation sanitaire sur :

« 1° Les projets de schéma régional ou interrégional d'organisation sanitaire ;

« 2° Les projets de délibération mentionnés au 1° de l'article L. 6115-4, ainsi que sur les projets d'autorisation des structures médicales mentionnées à l'article L. 6146-10.

« Le comité rend un avis sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, prévues au II de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

« Il peut émettre des avis sur toute question relative à l'organisation sanitaire dans la région.

« Il est informé des renouvellements d'autorisations d'activités et équipements lourds résultant de décisions tacites.

« Il reçoit une information au moins une fois par an sur les contrats d'objectifs et de moyens signés entre les titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements lourds et l'agence régionale de l'hospitalisation pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire.

« L'avis du comité régional concernant l'organisation des soins peut être recueilli par les tribunaux de commerce lors de procédures relatives à la cession d'autorisations d'établissements de santé privés.

« Le comité régional de l'organisation sanitaire et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale peuvent délibérer en formation conjointe lorsqu'un dossier le rend nécessaire et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

« Art. L. 6121-10. – Le comité régional de l'organisation sanitaire comprend :

« 1° Des représentants des collectivités territoriales ;

« 2° Des représentants des professionnels, médicaux et non médicaux, du secteur sanitaire hospitalier et libéral ;

« 3° Des représentants des institutions et établissements de santé publics et privés ;

« 4° Des représentants des personnels de ces institutions et établissements ;

« 5° Des représentants des organismes d'assurance maladie ;

« 6° Des représentants des usagers ;

« 7° Des personnalités qualifiées ;

« 8° Des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

« Il peut comporter des sections.

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation assiste sans voix délibérative à ses travaux.

« Sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire. »

IX. – A l'article L. 6121-11 du même code, les mots : « aux articles L. 6121-2 et L. 6121-10 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 6121-8, L. 6121-9 et L. 6121-10 ».

X. – A l'article L. 6146-10 du même code, les mots : « de la section compétente du conseil régional de santé » sont remplacés par les mots : « du comité régional de l'organisation sanitaire ».

XI. – A l'article L. 6322-1 du même code, les mots : « de la section compétente du conseil régional de santé » sont remplacés par les mots : « du comité régional de l'organisation sanitaire ».

## Article 6

I. – L'article L. 3221-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-1. – La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

« A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L. 6121-2 et dans les conditions prévues à l'article L. 6121-1 :

« 1° Les secteurs psychiatriques rattachés aux établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier, ainsi qu'à toute personne de droit public ou privé ayant passé avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre et, le cas échéant, les relations avec les autres organismes agissant dans le domaine de la santé mentale ;

« 2° Les établissements de santé privés, selon des modalités définies par voie réglementaire. »

II. – L'article L. 3221-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-2. – Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

« Le médecin responsable de la démarche thérapeutique est le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

« Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

« Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

« L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition. »

III. – L'article L. 3221-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-3. – Dans le domaine de la santé mentale, des modalités particulières de concertation régionale entre les représentants de l'Etat, de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des caisses d'assurance maladie, des établissements de santé publics et privés, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de la santé mentale et des usagers sont définies par voie réglementaire. »

#### Article 7

I. – Le chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE IV

#### « Contrats pluriannuels conclus par les agences régionales de l'hospitalisation

« Art. L. 6114-1. – Les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans.

« Les contrats sont signés par le directeur de l'agence régionale et les personnes physiques et morales mentionnées à l'alinéa précédent.

« Ils peuvent faire l'objet d'une révision par avenant.

« Des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses.

« Pour les établissements publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

« La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.

« Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave du titulaire de l'autorisation aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles.

« Les contrats fixent les éléments nécessaires à leur mise en œuvre, le calendrier d'exécution et mentionnent les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à leur évaluation périodique. Le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final.

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation au titre des articles L. 6114-2 et L. 6114-3 en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.

« Art. L. 6114-2. – Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire.

« Ils décrivent les transformations qu'ils s'engagent à opérer dans leurs activités et dans leurs actions de coopération.

« Ils fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1.

« Art. L. 6114-3. – Les contrats définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par le conseil régional de santé prévu à l'article L. 1411-3.

« Ils comportent le calendrier de la procédure d'accréditation mentionnée à l'article L. 6113-3 ainsi que les engagements nécessaires pour faire suite à cette procédure.

« Pour les établissements publics de santé, ces contrats précisent également les transformations relatives à leur organisation et leur gestion ainsi qu'un volet social.

« Art. L. 6114-4. – Pour les établissements de santé privés autres que ceux placés pour tout ou partie sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent les tarifs des prestations d'hospitalisation et le montant du forfait annuel dans le respect des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale. Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.

« Pour les établissements publics de santé, ils fixent les éléments financiers ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en œuvre.

« Art. L. 6114-5. – Les conditions d'application des articles L. 6114-1 à L. 6114-4 sont définies par décret. »

II. – A l'article L. 6115-1 du code de la santé publique, les mots : « par les articles L. 6121-8, L. 6122-10 et L. 6122-13 » sont remplacés par les mots : « par l'article L. 6121-4 ».

III. – L'article L. 6115-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le 1<sup>o</sup> est ainsi rédigé :

« 1<sup>o</sup> Définit par activité et équipement les territoires de santé mentionnés à l'article L. 6121-2 ; »

2<sup>o</sup> Le 2<sup>o</sup> est ainsi rédigé :

« 2<sup>o</sup> Arrête le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-1 ; »

3<sup>o</sup> Les 4<sup>o</sup> à 9<sup>o</sup> sont numérotés 3<sup>o</sup> à 8<sup>o</sup> ;

4<sup>o</sup> Il est ajouté un 9<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 9<sup>o</sup> Passe les conventions relatives à la santé mentale mentionnées à l'article L. 3221-1 ; »

5<sup>o</sup> Il est ajouté un 10<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 10<sup>o</sup> Prend la décision d'admission à participer au service public hospitalier mentionnée à l'article L. 6161-6. »

IV. – A l'article L. 6112-7 du code de la santé publique, les mots : « mentionnées à l'article L. 6122-3 » sont supprimés.

#### CHAPITRE II

#### Autorisations sanitaires

#### Article 8

I. – L'article L. 6122-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-1. – Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds.

« La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'Etat. »

II. – L'article L. 6122-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-2. – L'autorisation est accordée lorsque le projet :

« 1<sup>o</sup> Répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-1 ;

« 2° Est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ainsi qu'avec son annexe ;

« 3° Satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

« Des autorisations dérogeant aux 1° et 2° peuvent être accordées à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. »

III. – L'article L. 6122-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-3. – L'autorisation ne peut être accordée qu'à :

« 1° Un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;

« 2° Un établissement de santé ;

« 3° Une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L. 6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

« Cette autorisation ne peut être cédée avant le début des travaux, l'installation de l'équipement matériel lourd et la mise en œuvre de l'activité de soins ou de la structure de soins alternative à l'hospitalisation.

« Toute cession est soumise à la confirmation de l'autorisation au bénéfice du cessionnaire par l'agence régionale de l'hospitalisation de la région dans laquelle se trouve l'autorisation cédée.

« Quelle que soit la forme de gestion ou d'exploitation adoptée par la personne titulaire de l'autorisation, celle-ci en demeure le seul responsable, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins. »

IV. – A l'article L. 6122-4 du même code, la première phrase du deuxième alinéa est abrogée.

V. – L'article L. 6122-6 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-6. – Le regroupement mentionné à l'article L. 6122-1 consiste à réunir en un même lieu tout ou partie des activités de soins précédemment autorisées sur des sites distincts à l'intérieur de la même région ou réparties entre plusieurs régions.

« La conversion mentionnée à l'article L. 6122-1 consiste à transformer pour tout ou partie la nature de ses activités de soins au sens de l'article L. 6121-2.

« Par dérogation aux 1° des articles L. 6122-2 et L. 6121-2, l'autorisation de regroupement ou de conversion peut être accordée à des titulaires d'autorisation situés dans un territoire de santé dont les moyens excèdent ceux qui sont prévus par le schéma d'organisation sanitaire.

« Dans ce cas, cette autorisation, outre les autres conditions prévues à l'article L. 6122-2, est subordonnée à une adaptation de l'activité négociée dans le cadre d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens délibéré par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements. »

VI. – L'article L. 6122-7 du même code est complété par l'alinéa suivant :

« L'autorisation peut être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins. L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au I de l'article L. 6122-13 si la condition ainsi mise à son octroi n'est pas réalisée. »

VII. – L'article L. 6122-8 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-8. – L'autorisation est donnée pour une durée déterminée, fixée par voie réglementaire. Sans préju-

dice des dispositions prévues à l'article L. 6121-2, cette durée ne peut être inférieure à cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

« L'autorisation fixe les objectifs quantifiés des activités de soins ou des équipements lourds autorisés lorsqu'ils n'ont pas été fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conformément aux dispositions des articles L. 6114-1 et suivants.

« Dans le cadre d'une opération de coopération, conversion, cession, changement de lieu d'implantation, fermeture, regroupement prévue par le schéma d'organisation sanitaire et pour assurer la continuité des soins, l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier la durée de validité d'une autorisation restant à courir ou fixer pour la nouvelle autorisation une durée de validité inférieure à celle prévue par voie réglementaire, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. »

VIII. – L'article L. 6122-9 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-9. – L'autorisation d'activités ou d'équipements relevant d'un schéma régional est donnée ou renouvelée par l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire.

« L'autorisation d'activités ou d'équipements relevant d'un schéma national ou interrégional est donnée ou renouvelée par l'agence régionale de l'hospitalisation de la région dans laquelle le demandeur a son siège social ou son domicile, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sur avis conforme de la commission exécutive de chacune des autres agences concernées par le projet rendu après consultation du comité régional de l'organisation sanitaire intéressé. Le délai d'instruction prévu au présent article est interrompu entre le jour où l'agence compétente saisit pour avis le comité régional de l'organisation sanitaire et la commission exécutive de l'agence des autres régions intéressées et le jour où elle reçoit le dernier de ces avis. Toutefois, les avis non reçus au bout de quatre mois sont réputés favorables au projet.

« Les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation portant sur des activités de soins ou équipements de même nature sont reçues au cours de périodes déterminées par voie réglementaire. Elles sont examinées sans qu'il soit tenu compte de l'ordre de leur dépôt.

« Dans le mois qui précède le début de chaque période, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation publie un bilan quantifié de l'offre de soins faisant apparaître les territoires de santé dans lesquels cette offre est insuffisante au regard du schéma d'organisation sanitaire. Les demandes tendant à obtenir une autorisation de création d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd au sens de l'article L. 6121-2 ne sont recevables, pour la période considérée, que pour des projets intéressant ces territoires de santé. Toutefois, dans l'intérêt de la santé publique, des demandes peuvent être reçues lorsqu'elles visent à satisfaire des besoins exceptionnels.

« La décision de l'agence régionale de l'hospitalisation est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date d'expiration de la période de réception des demandes. Cette décision est motivée. Toutefois, l'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation. Dans cette hypothèse, et si le demandeur le sollicite dans un délai de deux mois, les motifs justifiant ce rejet lui sont notifiés dans le délai d'un mois. Le délai du recours contentieux contre la décision de rejet court alors de cette notification. »

IX. – L'article L. 6122-10 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-10. – Le renouvellement de l'autorisation est subordonné au respect des conditions prévues à l'article L. 6122-2 et L. 6122-5 et aux résultats de l'évaluation appréciés selon des modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé.

« Le titulaire de l'autorisation adresse les résultats de l'évaluation à l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard quatorze mois avant l'échéance de l'autorisation.

« Au vu de ce document et de la compatibilité de l'autorisation avec le schéma d'organisation sanitaire, l'agence régionale de l'hospitalisation peut enjoindre au titulaire de déposer un dossier de renouvellement dans les conditions fixées à l'article L. 6122-9.

« A défaut d'injonction un an avant l'échéance de l'autorisation, et par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-9, celle-ci est tacitement renouvelée. L'avis du comité régional de l'organisation sanitaire n'est alors pas requis. »

X. – Après l'article L. 6122-10 du même code, est inséré un article L. 6122-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6122-10-1. – Le schéma régional ou interrégional d'organisation sanitaire et les décisions d'autorisation d'activités ou d'équipements matériels lourds sont susceptibles d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé, qui statue dans un délai maximum de six mois, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux. »

XI. – L'article L. 6122-11 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-11. – Toute autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

« L'autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'activité, de la structure ou de l'équipement dont la réalisation, la mise en œuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

« De même, sauf accord préalable du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur demande justifiée du titulaire de l'autorisation, de l'administrateur judiciaire ou du liquidateur nommé par le tribunal de commerce, la cessation d'exploitation d'une activité de soins, d'une structure alternative à l'hospitalisation ou d'un équipement d'une durée supérieure à six mois entraîne la caducité de l'autorisation.

« Cette caducité est constatée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, notamment à l'occasion de l'élaboration du bilan prévu à l'article L. 6122-9. »

XII. – L'article L. 6122-12 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-12. – Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constate que les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 sont insuffisamment atteints en fonction de critères définis par décret, il peut réviser l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1.

« A compter de la date de notification par l'agence régionale de l'hospitalisation du projet de révision de l'autorisation, accompagné de ses motifs, le titulaire de cette autorisation dispose d'un délai de trois mois pour faire connaître ses observations, présenter ses projets d'amélioration du fonctionnement ou faire une proposition d'évolution de l'activité de soins ou de l'équipement conforme aux prescriptions figurant en annexe au schéma d'organisation sanitaire.

« Ces observations et propositions font l'objet d'une procédure contradictoire entre l'agence régionale de l'hospitalisation et le titulaire de l'autorisation, en vue, le cas échéant, de modifier l'autorisation. Lorsqu'un accord est conclu entre l'agence régionale et le titulaire de l'autorisation, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire, statue sur la modification de l'autorisation, sur les bases de cet accord.

« Lorsqu'au terme de six mois après la réception par l'agence des observations et propositions du titulaire, aucun accord n'a pu être trouvé, une décision de modification ou,

s'il y a lieu, une décision de retrait de l'autorisation peut être prise par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. »

XIII. – L'article L. 6122-13 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-13. – I. – Lorsqu'il est constaté, à l'occasion de l'exercice d'une activité de soins, un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique imputable à la personne titulaire de l'autorisation, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le notifie à cette dernière et lui demande de faire connaître, dans les huit jours, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées.

« En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, il adresse au titulaire de l'autorisation une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution.

« II. – En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité de soins concernée ou l'interruption immédiate du fonctionnement des moyens techniques de toute nature nécessaires à la dispensation des soins.

« La décision est notifiée au titulaire de l'autorisation, accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements dans un délai déterminé.

« S'il est constaté au terme de ce délai qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le directeur de l'agence régionale met fin à la suspension.

« Dans le cas contraire et après avis du comité régional de l'organisation sanitaire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation se prononce alors à titre définitif, soit sur le maintien de la suspension jusqu'à l'achèvement des mesures prévues, soit sur le retrait de l'autorisation ou sur la modification de son contenu. Il peut également assortir l'autorisation des conditions particulières mentionnées à l'article L. 6122-7. »

XIV. – Il est inséré après l'article L. 6122-14 du même code un article L. 6122-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6122-14-1. – L'autorisation relative aux équipements faisant l'objet d'une exploitation itinérante dans plusieurs régions sanitaires est donnée ou renouvelée par l'agence régionale de l'hospitalisation de la région dans laquelle le demandeur a son siège social ou son domicile, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire de cette région et sur avis conforme de la commission exécutive, rendus après consultation du comité régional de l'organisation sanitaire de chacune des autres régions concernées par le projet. La décision comporte la liste des établissements dans lesquels l'équipement sera utilisé. Le délai d'instruction de la demande d'autorisation est interrompu dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 6122-9.

« Les dispositions de l'article L. 6122-11 s'appliquent à cette autorisation pour chacun des établissements figurant sur la liste mentionnée à l'alinéa précédent. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétent est alors celui de l'agence régionale de la région où se trouve l'établissement concerné. »

XV. – L'article L. 6122-17 du même code est abrogé.

XVI. – L'article L. 6122-18 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-18. – Il peut être procédé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat et jusqu'au 25 avril 2010, à une ou des expérimentations relatives à l'organisation et à l'équipement sanitaires. A cet effet, il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 6121-2 rela-

tives à l'annexe du schéma d'organisation sanitaire, à celles de l'article L. 6122-1 relatives à l'autorisation des activités de soins et équipements matériels lourds, ainsi qu'aux conditions prévues à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et aux articles L. 6114-1 et suivants du présent code.

« Ces expérimentations peuvent également déroger aux règles de prise en charge par les régimes d'assurance maladie, des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et les autres titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1.

« Ces expérimentations peuvent être instituées, dans le respect des droits des assurés sociaux :

« 1° Afin de mettre en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé d'une ou plusieurs régions sanitaires de nouveaux modes d'organisation de l'offre de soins concourant à l'amélioration de la prise en charge du patient ou à une meilleure maîtrise des dépenses de santé ; des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la liste des activités de soins concernées ainsi que la ou les régions dans lesquelles chaque expérimentation est mise en œuvre ;

« 2° Afin de fixer les modalités particulières permettant de prendre en compte les conséquences des innovations technologiques et thérapeutiques.

« Les projets d'expérimentation présentés à ce titre sont autorisés par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les conditions d'application des régimes expérimentaux mentionnés au présent article, les modalités de leur évaluation ainsi que leur durée, qui ne peut excéder trois ans, sont fixées par voie réglementaire. »

XVII. – L'article L. 6122-20 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6122-20. – Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre font, sauf dispositions contraires et en tant que de besoin, l'objet de décrets en Conseil d'Etat. »

XVIII. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du même code est ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE I<sup>er</sup> »

##### « Conférences sanitaires »

« Art. L. 6131-1. – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constitue des conférences sanitaires, formées des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers du territoire concerné. D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'une conférence à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur avis de la conférence.

« Art. L. 6131-2. – Les conférences sanitaires sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision du schéma régional d'organisation sanitaire et sont chargées de promouvoir la coopération entre les établissements. Elles peuvent en outre faire toute proposition au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du schéma régional d'organisation sanitaire.

« Art. L. 6131-3. – Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'Etat, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre. »

XIX. – 1° Dans le titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du même code, le chapitre III et l'article L. 6123-1 deviennent respectivement le chapitre V et l'article L. 6125-1.

2° Dans le même titre sont insérés les chapitres III et IV ainsi rédigés :

#### « CHAPITRE III »

##### « Conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds »

« Art. L. 6123-1. – Les conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds mentionnés au L. 6122-1 sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

#### « CHAPITRE IV »

##### « Conditions techniques de fonctionnement »

« Art. L. 6124-1. – Les conditions techniques de fonctionnement applicables aux établissements de santé sont fixées par décret. »

#### Article 9

I. – L'article L. 2212-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 2212-2. – L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé :

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement de santé. »

III. – Le chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE II »

##### « Etablissements de santé recevant des femmes enceintes »

« Art. L. 2322-1. – Les dispositions du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie sont applicables aux établissements de santé recevant des femmes enceintes.

« Art. L. 2322-2. – Les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse sont fixées par décret. »

#### Article 10

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE I<sup>er</sup> »

##### « Maisons d'enfants à caractère sanitaire »

« Art. L. 2321-1. – Les établissements mentionnés par le présent chapitre sont des établissements de santé et sont soumis à ce titre aux dispositions prévues au livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du présent code.

« Art. L. 2321-2. – Les maisons d'enfants à caractère sanitaire sont des établissements permanents ou temporaires, destinés à recevoir, sur certificat médical, des enfants ou adolescents de trois à dix-sept ans révolus, en vue de leur assurer des soins de suite ou de réadaptation.

« Ne sont pas considérés comme maisons d'enfants à caractère sanitaire les établissements climatiques de l'enseignement public ou privé où le séjour des enfants peut donner lieu à une prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

« Art. L. 2321-3. – Ne peuvent être admis dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire les enfants relevant

d'établissements recevant habituellement pour leur éducation des mineurs délinquants ou en danger ou présentant des troubles sensoriels, moteurs, intellectuels, du caractère ou du comportement.

« Art. L. 2321-4. – Les conditions relatives au personnel, ainsi que, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

### Article 11

Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est modifié comme suit :

I. – L'intitulé est ainsi rédigé : « Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé ».

II. – L'intitulé du titre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires ».

III. – L'intitulé du chapitre III du titre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires ».

IV. – L'article L. 6313-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6313-1. – Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population.

« Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires. »

V. – L'article L. 6313-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6313-2. – Le comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires est présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprend notamment des représentants des collectivités territoriales. La composition et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. »

VI. – 1<sup>o</sup> Il est inséré au titre I<sup>er</sup> un chapitre V intitulé : « Permanence des soins » et comprenant un article L. 6315-1.

2<sup>o</sup> L'article L. 6325-1 devient l'article L. 6315-1.

VII. – Le chapitre V du titre II est abrogé.

### CHAPITRE III

#### Dispositions transitoires

#### Article 12

A titre transitoire, les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les schémas régionaux de psychiatrie prévus par l'article L. 6121-8 du code de la santé publique dans la rédaction de cet article en vigueur avant la publication de la présente ordonnance sont prorogés jusqu'à la publication des schémas pris en application de la présente ordonnance et au plus tard deux ans après la publication de cette ordonnance.

A titre transitoire, les dispositions législatives en vigueur avant la publication de la présente ordonnance et relatives à la carte sanitaire et au régime des autorisations demeurent opposables aux installations, activités de soins ou équipements matériels lourds d'une région, jusqu'à la publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire applicables à ces activités ou équipements et au plus tard deux ans après la publication de la présente ordonnance. Toutefois, à compter de la publication de la présente ordonnance, la carte sanitaire n'est plus opposable aux structures d'hospitalisation à domicile et aux structures d'hospitalisation à temps partiel, à l'exception des structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

A titre transitoire, les dispositions législatives en vigueur avant la publication de la présente ordonnance et relatives

aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés aux articles L. 6114-1 et suivants demeurent applicables jusqu'à la publication des schémas d'organisation sanitaire pris en application de la présente ordonnance et au plus tard deux ans après la publication de la présente ordonnance.

### Article 13

A titre transitoire, la compétence du ministre chargé de la santé prévue par les dispositions législatives en vigueur avant la publication de la présente ordonnance, pour délivrer et renouveler certaines autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, est maintenue jusqu'à la publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire applicable à l'activité de soins ou à l'équipement.

### TITRE III

#### SIMPLIFICATION DES FORMULES DE COOPÉRATION

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### Aménagement des formules de coopération sanitaire

#### Article 14

I. – L'article L. 6121-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A compter de la publication de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, aucune communauté d'établissements de santé ne peut être créée. »

II. – L'article L. 6122-15 du même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au 2<sup>o</sup>, les mots : « un groupement de coopération sanitaire, » sont insérés après le mot : « créer » ;

2<sup>o</sup> Au dernier alinéa, les mots : « de la section compétente du conseil régional de santé » sont remplacés par les mots : « du comité régional de l'organisation sanitaire » ;

3<sup>o</sup> Dans la dernière phrase, après le mot : « créent », sont insérés les mots : « un groupement de coopération sanitaire, ».

#### Article 15

Après le premier alinéa de l'article L. 6134-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, aucun syndicat interhospitalier ne peut être créé. »

#### Article 16

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique est abrogé.

II. – L'article L. 6141-7-1 du même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au premier alinéa, les mots : « ainsi que la création d'un établissement public de santé interhospitalier » sont supprimés ;

2<sup>o</sup> Au deuxième alinéa, les mots : « avant la transformation ou la création mentionnées » sont remplacés par les mots : « avant la transformation mentionnée » ;

3<sup>o</sup> Au troisième alinéa, les mots : « ou la création d'un établissement public de santé interhospitalier » sont supprimés ;

4<sup>o</sup> Au quatrième alinéa, les mots : « ou en cas de création d'un établissement public de santé interhospitalier » sont supprimés ;

5<sup>o</sup> Au cinquième alinéa, les mots : « ou fondateurs de l'établissement public de santé interhospitalier » et les mots : « ou de la création de l'établissement public de santé interhospitalier » sont supprimés.

**Article 17**

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, après les mots : « des établissements de santé », sont insérés les mots : « des groupements de coopération sanitaire ».

II. – L'article L. 6321-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6321-2. – Afin de remplir les missions définies par l'article L. 6321-1, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations. »

**CHAPITRE II****Groupements de coopération sanitaire****Article 18**

I. – L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6133-1. – Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut :

« 1° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;

« 2° Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 6122-1.

« Le groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux mentionnés à l'article L. 4111-1 sous réserve, pour les médecins libéraux ayant un contrat d'exercice avec un établissement de santé privé, du respect des engagements souscrits avec celui-ci. Un des membres au moins du groupement de coopération sanitaire doit être un établissement de santé.

« D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un groupement de coopération sanitaire à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Les professionnels médicaux libéraux peuvent conclure avec un groupement de coopération sanitaire des accords définis à l'article L. 6161-10 en vue de leur association aux activités du groupement.

« Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privés. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé. Il poursuit un but non lucratif.

« Le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé. Toutefois il peut être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé définies par le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du présent livre. Par dérogation à l'article L. 6122-3, il peut également être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux. »

II. – Les articles L. 6133-2 et L. 6133-3 du même code deviennent respectivement les articles L. 6133-3 et L. 6133-6.

III. – L'article L. 6133-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6133-2. – Dans le cas prévu au 1<sup>o</sup> de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

« Les permanences de soins, consultations et actes médicaux assurés par les médecins libéraux dans le cadre du groupement peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire. La rémunération des soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6 est supportée par le budget de l'établissement de santé concerné.

« Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés autres que ceux placés pour tout ou partie sous le régime de financement prévu par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. L'établissement dont relève le patient assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie. »

IV. – 1<sup>o</sup> Dans la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 6133-3 du même code, le mot : « exclusivement » est supprimé.

2<sup>o</sup> La troisième phrase du même alinéa est supprimée.

V. – L'article L. 6133-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6133-4. – Le groupement de coopération sanitaire peut constituer un réseau de santé. Dans ce cas, il est composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1. »

**Article 19**

I. – Au premier alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, après les mots : « syndicats interhospitaliers », sont insérés les mots : « les groupements de coopération sanitaire, ».

II. – Au deuxième alinéa du même article, après les mots : « ou qui appartiennent », sont insérés les mots : « au groupement de coopération sanitaire ou ».

**Article 20**

A l'article L. 5126-3 du code de la santé publique, les mots : « ou d'un syndicat interhospitalier » sont remplacés par les mots : « , d'un syndicat interhospitalier ou d'un groupement de coopération sanitaire ».

**TITRE IV****DOMAINE ET CONDITIONS D'INVESTISSEMENT IMMOBILIER DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ****Article 21**

I. – L'article L. 1311-2 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au premier alinéa, après le mot : « nationales », sont ajoutés les mots : « ainsi que d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique. » ;

2<sup>o</sup> Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

« En outre, un tel bail, lorsqu'il répond aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopéra-

tion sanitaire dotée de la personnalité morale publique, est conclu dans le respect des dispositions des articles L. 6148-3, L. 6148-4 et L. 6148-5 du code de la santé publique. »

II. – L'article L. 1311-4-1 du même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au premier alinéa, après le mot : « nationales », sont ajoutés les mots : « ou d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique » ;

2<sup>o</sup> Au deuxième alinéa, après le mot : « Etat », sont ajoutés les mots : « ou l'établissement public de santé ou la structure de coopération sanitaire mentionnée au premier alinéa » ;

3<sup>o</sup> Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Les opérations mentionnées aux alinéas précédents respectent, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique, les dispositions des articles L. 6148-4 et L. 6148-6 du code de la santé publique. »

III. – Au titre IV du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre VIII ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE VIII

##### « Domaine et investissement immobilier des établissements publics de santé »

« Art. L. 6148-1. – Les biens du domaine public des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique sont inaliénables et imprescriptibles. L'occupation ou l'utilisation par des personnes privées des dépendances immobilières de ce domaine ne confère pas à ces dernières de droit réel, sous réserve des dispositions de l'article L. 6148-2. Les dispositions des articles L. 1311-5 et L. 1311-6 du code général des collectivités territoriales s'appliquent à ce domaine.

« Art. L. 6148-2. – Un bien immobilier appartenant à un établissement public de santé ou à une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique peut faire l'objet d'un bail emphytéotique prévu à l'article L. 451-1 du code rural, en vue de l'accomplissement, pour le compte de l'établissement ou de la structure, d'une mission concourant à l'exercice du service public dont ils sont chargés ou en vue de la réalisation d'une opération d'intérêt général relevant de leur compétence.

« Un tel bail peut être conclu même si le bien sur lequel il porte, en raison notamment de l'affectation du bien résultant soit du bail ou d'une convention non détachable de ce bail, soit des conditions de la gestion du bien ou du contrôle par la personne publique de cette gestion, constitue une dépendance du domaine public, sous réserve que cette dépendance demeure hors du champ d'application de la contravention de voirie.

« Un bien immobilier appartenant à un établissement public de santé ou à une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique peut également faire l'objet d'un bail emphytéotique en vue de la réalisation d'une opération répondant aux besoins d'un autre établissement public de santé avec lequel ils conduisent une action de coopération.

« Préalablement à la conclusion d'un des baux mentionnés aux précédents alinéas, l'établissement public de santé ou, le cas échéant, la structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique définit dans un programme détaillé les besoins que le preneur à bail doit s'engager à satisfaire.

« Ces baux satisfont aux conditions particulières énumérées à l'article L. 1311-3 du code général des collectivités territoriales. Ils peuvent comporter une clause permettant à l'établissement public de santé ou, le cas échéant, la struc-

ture de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique d'acquiescer, avant le terme fixé par le bail, les installations rénovées ou édifiées par le titulaire.

« Le financement des constructions dans le cadre des baux emphytéotiques mentionnés au présent article peut donner lieu à la conclusion de contrats de crédit-bail. Dans ce cas, le contrat comporte des clauses permettant de préserver les exigences du service public.

« Art. L. 6148-3. – Un bail emphytéotique passé par une collectivité territoriale, dans les conditions prévues à l'article L. 1311-2 du code général des collectivités territoriales, pour répondre aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique est obligatoirement accompagné d'une convention liant le titulaire du bail, propriétaire des équipements, et l'établissement public de santé ou la structure de coopération sanitaire. Cette convention fixe les engagements respectifs du propriétaire et de l'établissement public de santé ou de la structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique et, notamment, la durée et les modalités de la location et les conditions dans lesquelles le loyer est révisé, les obligations respectives des parties en matière d'entretien et d'adaptations éventuelles des locaux au respect des conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé ainsi que le régime de responsabilité des parties.

« Préalablement à la conclusion du bail emphytéotique mentionné au précédent alinéa, la collectivité territoriale et l'établissement public de santé ou, le cas échéant, la structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique définissent dans un programme détaillé les besoins que le preneur à bail doit s'engager à satisfaire.

« Art. L. 6148-4. – Les opérations mentionnées aux articles L. 1311-2 et L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique, ainsi que celles mentionnées à l'article L. 6148-2 respectent, lorsqu'elles concernent les missions prévues aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique, les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire tels que définis aux articles L. 6121-1 à L. 6121-3.

« Art. L. 6148-5. – Les opérations mentionnées à l'article L. 1311-2 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique, et celles mentionnées à l'article L. 6148-2 sont soumises aux conditions fixées au présent article.

« I. – La procédure de passation des baux est soumise à une procédure de publicité permettant la présentation de plusieurs offres concurrentes. L'avis d'appel à candidatures précise la nature de l'opération envisagée, les objectifs et performances attendues, le délai de présentation des candidatures, ainsi que les critères d'attribution du contrat. Parmi ces critères figurent nécessairement la qualité du service rendu et la répartition des risques entre les parties.

« Au terme d'un délai d'au moins soixante jours à compter de l'envoi à publication de l'avis, l'établissement public de santé, la structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ou la collectivité territoriale sélectionne les candidatures et engage avec chaque candidat retenu une négociation, dans le respect du secret des affaires. Au terme de ces négociations, elle peut inviter tout ou partie de ces candidats à présenter une offre finale.

« Le contrat est conclu avec le candidat dont l'offre est jugée la meilleure au regard des critères mentionnés dans l'avis. La personne publique peut également décider de ne pas donner suite au projet.

« II. – Parmi les critères d'attribution, l'établissement public de santé, la structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ou la collectivité territo-

riale peut faire figurer la part du contrat que le titulaire attribuera à des architectes, des concepteurs, des petites ou moyennes entreprises et des artisans.

« Le contrat peut également prévoir que la personne publique contrôlera les conditions dans lesquelles cette part sera attribuée et l'exécution des contrats qui s'y rattachent.

« III. – La répartition des risques entre chacune des parties aux baux et conventions doit être clairement identifiée.

« IV. – Les baux doivent, à peine de nullité, comporter des clauses portant sur :

- « – leur durée, strictement adaptée à l'objet du contrat ;
- « – la transparence et les règles de contrôle relatives aux modalités et aux éléments de calcul de l'assiette de la rémunération de l'emphytéote et leur évolution, en distinguant l'investissement, le fonctionnement et le coût financier ;
- « – le montage financier et les garanties financières prévues ;
- « – le contrôle de la qualité et le lien entre cette qualité et la rémunération du cocontractant, ainsi que les conditions d'application d'éventuelles sanctions ;
- « – les modalités de contrôle des opérations ;
- « – les moyens d'assurer la continuité du service.

« Art. L. 6148-6. – Les conventions mentionnées à l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique, les conventions prises en application de l'article L. 6148-3, ainsi que les baux mentionnés à l'article L. 6148-2 sont soumis à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans les conditions prévues à l'article L. 6143-4.

« Art. L. 6148-7. – Par dérogation aux dispositions des articles 7 et 18 de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, un établissement public de santé ou une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique peut confier à une personne ou à un groupement de personnes, de droit public ou privé, une mission portant à la fois sur la conception, la construction, l'aménagement, l'entretien et la maintenance de bâtiments ou d'équipements affectés à l'exercice de ses missions ou sur une combinaison de ces éléments. L'offre des candidats identifie la qualification et la mission de chacun des intervenants en charge d'un ou de plusieurs de ces éléments ; pour la conception, elle fait apparaître la composante architecturale du projet. L'exécution de cette mission résulte d'un marché passé entre l'établissement public de santé ou la structure de coopération sanitaire et la personne ou le groupement de personnes selon les procédures prévues par le code des marchés publics. Si le marché est alloué, les offres portant simultanément sur plusieurs lots peuvent faire l'objet d'un jugement global. Parmi les critères d'attribution, l'établissement public de santé peut faire figurer la part du contrat que le titulaire attribuera à des architectes, des concepteurs, des petites et moyennes entreprises et des artisans ainsi que les modalités de contrôle des engagements pris par le titulaire à cet effet. Le contrat distingue, au sein de son montant global, les parts respectives de l'investissement, du fonctionnement et des coûts financiers.

« Art. L. 6148-8. – Des décrets en Conseil d'Etat fixent les modalités d'application des dispositions du présent chapitre. »

IV. – Le 18° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 18° Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique. »

V. – Le 2° de l'article L. 6143-4 du même code est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après le mot : « 7° », le mot : « 18° » est ajouté ;
- au deuxième alinéa, après le mot : « 2° », le mot : « 18° » est ajouté.

VI. – La deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 6132-7 du même code est ainsi rédigée :

« Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6°, 8°, 9°, 10° et 18° de l'article L. 6143-1 qui demeurent de la compétence exclusive du conseil d'administration. »

## Article 22

I. – Le premier alinéa de l'article L. 1521-1 du code général des collectivités territoriales est complété par la phrase suivante :

« En outre, les sociétés d'économie mixte locales peuvent réaliser des opérations de conception, réalisation, entretien ou maintenance ainsi que, le cas échéant, de financement d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux pour les besoins d'un établissement public de santé. »

II. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 421-1 du code de la construction et de l'habitation, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – réaliser des opérations de conception, réalisation, entretien ou maintenance d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux pour les besoins d'un établissement public de santé. »

III. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 422-2 du code de la construction et de l'habitation, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – réaliser des opérations de conception, réalisation, entretien ou maintenance d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux pour les besoins d'un établissement public de santé. »

## TITRE V

### INFORMATIONS TRANSMISES À L'AUTORITÉ DE TARIFICATION RELATIVES AUX COMPTES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Article 23

L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6161-3. – Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard six mois après la clôture de l'exercice auquel ils se rapportent. Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière. »

## TITRE VI

### PROCÉDURES D'ENREGISTREMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES VÉTÉRINAIRES

#### Article 24

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Ce tableau est transmis au représentant de l'Etat dans le département ainsi qu'au parquet du tribunal de grande instance. Il est porté à la connaissance du public, dans des conditions fixées par décret. »

II. – L'article L. 4113-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4113-1. – Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats ou titres auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

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

III. – L'article L. 4113-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4113-2. – Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, des listes distinctes de chacune de ces professions, portées à la connaissance du public.

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

IV. – L'article L. 4221-16 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-16. – Les pharmaciens sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats ou titres auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin par l'Etat, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

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

V. – L'article L. 4311-15 du même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Les cinq premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les infirmiers et les infirmières sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

« Un infirmier ou une infirmière ne peut exercer sa profession, sous réserve des dispositions de l'article L. 4311-22 et à l'exception des infirmiers et infirmières militaires, que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés. Pour exercer sa profession, il doit en outre être inscrit au tableau du conseil mentionné à l'article L. 4391-1.

« Toutefois, l'infirmier ou l'infirmière n'ayant pas de résidence professionnelle peut être autorisé à remplacer un infirmier ou une infirmière.

« L'autorisation mentionnée à l'alinéa précédent est délivrée, pour une durée limitée, par le représentant de l'Etat dans le département de son domicile. Elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

2<sup>o</sup> Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

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

VI. – Les articles L. 4311-19 à L. 4311-21 du même code sont abrogés.

VII. – L'article L. 4321-10 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4321-10. – Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

« Un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa.

« Les dispositions des articles L. 4311-16 à L. 4311-18, L. 4311-26 et L. 4311-27 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

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

VIII. – L'article L. 4322-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4322-2. – Les pédicures-podologues sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

« Un pédicure-podologue ne peut exercer sa profession, à l'exception de celui qui relève du service de santé des armées, que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa.

« Les dispositions des articles L. 4311-16 à L. 4311-18, L. 4311-26 et L. 4311-27 sont applicables aux pédicures-podologues.

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

IX. – A l'article L. 4331-2 du même code, les mots : « inscrites sur la liste départementale mentionnée à l'article L. 4333-1 » sont remplacés par les mots : « dont les diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa de l'article L. 4333-1 ».

X. – A l'article L. 4332-2 du même code, les mots : « inscrites sur la liste départementale mentionnée à l'article L. 4333-1 » sont remplacés par les mots : « dont les diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa de l'article L. 4333-1 ».

XI. – L'article L. 4333-1 du même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les ergothérapeutes et les psychomotriciens sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisation auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, des listes distinctes de ces professions, portées à la connaissance du public. »

2<sup>o</sup> Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

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

XII. – L'article L. 4341-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4341-2. – Les orthophonistes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisation auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

« Un orthophoniste ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa.

« Les dispositions des articles L. 4311-16 à L. 4311-18, L. 4311-26 et L. 4311-27 sont applicables aux orthophonistes. »

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

XIII. – L'article L. 4342-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4342-2. – Les orthoptistes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisation auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme. »

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public. »

« Un orthoptiste ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa. »

« Les dispositions des articles L. 4311-16 à L. 4311-18, L. 4311-26 et L. 4311-27 sont applicables aux orthoptistes. »

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

XIV. – L'article L. 4352-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4352-1. – Les manipulateurs d'électroradiologie sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisation auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme. »

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public. »

« Un manipulateur d'électroradiologie médicale ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa. »

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

XV. – L'article L. 4361-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4361-2. – Les audioprothésistes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats ou titres auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme. »

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public. »

« Peuvent exercer la profession d'audioprothésiste les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4361-3 et L. 4361-4 enregistré conformément au premier alinéa. »

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

XVI. – L'article L. 4362-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4362-1. – Les opticiens-lunetiers sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats ou titres auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme. »

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public. Un opticien-lunetier ne peut être inscrit que dans un seul département. »

« Peuvent exercer la profession d'opticien-lunetier détaillant les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionnés aux articles L. 4362-2 et L. 4362-3 enregistré conformément au premier alinéa. »

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

XVII. – L'article L. 241-1 du code rural est modifié comme suit :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Tout vétérinaire de nationalité française ou ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui remplit les conditions d'exercice prévues aux articles L. 241-2 à L. 241-5 et qui désire exercer sa profession est tenu, au préalable, de faire enregistrer sans frais son diplôme auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. »

« Il est établi pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession portée à la connaissance du public. »

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

2° La dernière phrase du deuxième alinéa est supprimée.

## Article 25

I. – Les dispositions des I à XVI de l'article 24 sont applicables à la collectivité départementale de Mayotte.

II. – Les dispositions des I à IV de l'article 24 sont applicables aux îles Wallis et Futuna.

III. – Les dispositions des II et III de l'article 24 sont applicables aux Terres australes et antarctiques françaises.

IV. – A l'article L. 4413-1 du code de la santé publique, les mots : « des trois derniers alinéas » sont remplacés par les mots : « des alinéas 6 et 7 ».

V. – A l'article L. 4414-2 du même code, les mots : « des trois derniers alinéas » sont remplacés par les mots : « des sixième et septième alinéas », et les mots : « L. 4311-16 à L. 4311-21 » sont remplacés par les mots : « L. 4311-16 à L. 4311-18 ».

VI. – A l'article L. 4414-3 du même code, les mots : « le dernier alinéa de l'article L. 4331-1 » sont remplacés par les mots : « le troisième alinéa de l'article L. 4333-1 ».

VII. – L'article L. 4414-4 du même code est abrogé.

VIII. – L'article L. 4421-4 du même code est abrogé.

IX. – A l'article L. 4422-2 du même code, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 2° A la mention du mot : "département" est substituée celle de : "territoire des îles Wallis et Futuna". »

## TITRE VII

### SIMPLIFICATION DES PROCÉDURES DE CRÉATION D'ÉTABLISSEMENTS OU DE SERVICES SOCIAUX OU MÉDICO-SOCIAUX SOUMIS À AUTORISATION

## Article 26

I. – L'article L. 312-2 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

II. – Au II de l'article L. 312-1 du même code, les mots : « après avis du Conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L. 312-2 » sont remplacés par les mots : « après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ». »

III. – Il est inséré au I de l'article L. 312-3 du même code un dernier alinéa ainsi rédigé :

« La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes généraux relatifs à l'orga-

nisation des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier. »

#### Article 27

Le chapitre II du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

#### Article 28

Le quatrième alinéa de l'article L. 313-2 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

#### Article 29

I. – Le cinquième alinéa de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Les schémas départementaux sont arrêtés après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. »

II. – A l'article L. 311-5 du même code, les mots : « après avis de la commission départementale consultative mentionnée à l'article L. 312-5 » sont supprimés.

### TITRE VIII

#### ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS

#### Article 30

L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. »

II. – Après le premier alinéa, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel il exerce les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue. »

### TITRE IX

#### SIMPLIFICATION DU FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

#### Article 31

Au quatrième alinéa de l'article L. 1142-5 du code de la santé publique, après les mots : « tout ou partie de ses compétences », sont insérés les mots : « à l'un de ses membres ou » et le mot : « indépendants » est remplacé par les mots : « extérieurs à la commission ».

#### Article 32

Le Premier ministre, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'outre-mer sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 4 septembre 2003.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,  
JEAN-PIERRE RAFFARIN

*Le ministre de la santé, de la famille  
et des personnes handicapées,*

JEAN-FRANÇOIS MATTEI

*Le ministre des affaires sociales,  
du travail et de la solidarité,*

FRANÇOIS FILLON

*La ministre de l'outre-mer,*

BRIGITTE GIRARDIN

#### Arrêté du 26 juin 2003 relatif à la codification de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR : SANS0322312A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 161-29, L. 161-33, L. 161-34, L. 165-1 à L. 165-7, R. 161-29 à R. 161-33, R. 161-39 à R. 161-49 et R. 165-1 à R. 165-30 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'avis du comité économique des produits de santé ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par le texte figurant en annexe.

**Art. 2.** – Pour les produits et prestations figurant sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et dispensés aux assurés sociaux ou à leurs ayants droit dont les numéros de code comportent 7 caractères numériques, la forme du code, les modalités d'étiquetage et de transmission dudit code sont définies par les dispositions suivantes :

I. – Le numéro de code revêt la forme d'un code-barres. Deux lignes de légende sont placées immédiatement sous le code-barres quel que soit le support choisi pour son impression :

- la première traduit le code-barres en chiffres et comporte les 7 caractères numériques obligatoires de celui-ci, nécessaires à l'identification des produits et prestations remboursables figurant sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- la seconde reprend le libellé désignant ce produit ou cette prestation tel qu'il apparaît sur ladite liste.

II. – En tant que de besoin, le code-barres peut être étendu à 20 caractères au total par ajout à sa gauche d'un code spécifique, comportant 13 caractères nécessaires à l'identification du produit ou de la prestation dans la chaîne de distribution des dispositifs médicaux.

Dans ce cas, la ligne numérique de légende associée à ce code – élaboré selon le code 128, dans son jeu C exclusivement numérique, défini par la norme NF EN 799 – comportera 20 caractères, un espacement d'un caractère étant alors observé entre les 13 premiers caractères numériques et les 7 derniers.

III. – Selon le support choisi pour l'impression du code-barres et de ses deux légendes, l'étiquette ou la reproduction de ces informations sur la feuille de soins ou la facture ont la forme d'un rectangle dont les dimensions sont comprises :

- entre 1,8 cm × 3,5 cm et 3,5 cm × 5,5 cm, dans le cas où le code-barres et sa légende numérique possèdent 7 caractères ;
- entre 3,5 cm × 4,5 cm et 3,5 cm × 5,5 cm, dans le cas où le code-barres et sa légende numérique possèdent 20 caractères.

IV. – Les modalités de transmission du code-barres aux organismes d'assurance maladie varient selon que la facturation du produit ou de la prestation utilise un support papier ou est électronique.

Dans le premier cas, le code-barres légendé :

- figure sur une étiquette détachable apposée sur le conditionnement, qui est collée soit sur la feuille de soins, soit sur la facture du produit ou de la prestation jointe au bordereau de facturation par le distributeur ou le fournisseur en cas de dispense d'avance des frais, par l'assuré dans le cas contraire ;
- ou est édité directement sur ces deux derniers documents par le distributeur ou le fournisseur.

Dans le second cas, la transmission du support physique du code-barres n'est pas requise, dès lors que cette donnée est communiquée