



*Rapport de la Commission nationale permanente
adopté lors des Assises du Conseil national
de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004
Dr Jacques MORNAT (Rapporteur)
Drs Monique VIGUIER, François-Régis CERRUTI, Gérard LAGARDE,
Jacques LANGE*

L'EXERCICE MÉDICAL À L'HORIZON 2020

Le dieu PROTÉE suffisamment bousculé se transformait en apparences multiples et pouvait révéler l'avenir. Il n'est pas nécessaire de maltraiter quiconque pour connaître l'avenir démographique médical à l'horizon 2020 puisqu'il est inscrit et incontournable. Il n'est pas non plus besoin de pythonisse pour prévoir que la diversité des exercices et tâches médicaux va encore se développer au gré des technologies nouvelles et des besoins : l'offre et la demande en quelque sorte.

Sans masochisme professionnel, nous avons tenté de réfléchir ensemble sur certaines conséquences de la pénurie médicale annoncée, sur la relation médecin-patient et médecin-professionnel de santé et enfin sur le rôle que pourrait jouer le praticien en 2020 et au delà.

HISTORIQUE

Il y a une dizaine d'années seulement – en 1993 – paraissait l'ouvrage « Santé 2010 » publié sous la direction de Raymond SOUBIE.

Ouvrage sérieux, réunissant de nombreux experts, celui-ci, pour ce qui concerne la démographie médicale, n'avait qu'une seule idée directrice : Restreindre l'offre médicale prescriptive : MICA, réorientation en santé publique, Médecine du Travail, Hôpitaux « Mais faut-il vraiment pourvoir tous les postes vacants ? » - La féminisation croissante déjà perçue est encouragée du seul fait d'une moindre activité – estimée à 40 % à l'époque : « Toute mesure sur les effectifs doit favoriser la féminisation du Corps Médical » puisqu'elles sont moins prescriptrices. Tout était bon !

La gestion démographique ne s'entend qu'au sens de gérer la «surabondance des effectifs» et «déterminer le nombre prévisionnel de départs à provoquer» tant il paraît indispensable que maîtriser les coûts c'est réduire le volume des actes et par conséquent celui des acteurs.

On ne peut que s'inquiéter d'une aussi courte vue dans cet ouvrage.

Non pas tellement de la part des élus, si l'on veut bien observer que la durée de formation d'un spécialiste est trois fois plus longue qu'un mandat de député, hanté par sa réélection et dans une habituelle cohabitation.

Mais un tel manque de vision de la part des hauts fonctionnaires de la Santé, du Plan, de la Sécurité Sociale est inquiétant, d'autant que déjà les courbes de projection démographiques annonçaient une baisse de 2009 à 2024, ce dont on se félicitait alors.

Paru plus récemment en 2000, **le rapport POLTON «Quel système de santé à l'horizon 2020 »** ne répond nullement sur le nombre de médecins alors nécessaires et ne s'inquiète que de leur répartition et des moyens organisationnels de faire face à la pénurie annoncée. Le sous-titre du rapport est à cet égard révélateur **«rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires »**.

L'ordre des Médecins, lui, est soucieux de démographie depuis plus de 20 ans et la CNP a souhaité réfléchir à l'horizon 2020.

Pourquoi 2020 ? :

D'abord parce que, eu égard à la durée de formation, **le jeune médecin de 2020 frappe déjà à la porte de la Faculté de Médecine** et sera, à cette date, à l'aube de sa carrière.

Ensuite parce que les projections statistiques jusqu'à cette date et au-delà sont fiables et connues.

Enfin parce que, quelles que soient les actions prochaines ou futures des pouvoirs publics, l'inéluctable pénurie médicale est en route jusque là et c'est seulement au-delà qu'elles pourraient devenir efficaces.

ETAT DES LIEUX

La pénurie médicale est en effet programmée et inéluctable

- **La Densité Médicale** va baisser de 20% d'ici à 2020.
- **Le Corps Médical va vieillir** : De 2013 à 2020, quarante pour cent (40%) des médecins auront plus de 55 ans.
- **La Féminisation majoritaire** se confirme avec une activité moindre, bien que la différence s'atténue par rapport aux hommes, et une prédilection confirmée pour les spécialités non soignantes et la Médecine de prévention.

La Pénurie Médicale sera sélective.

- **Selon la spécialité** : En 2020 on aura perdu un généraliste sur cinq mais plus d'un spécialiste sur trois (20% versus 37%) – Les spécialités déjà sinistrées le seront plus encore et d'autres viendront les rejoindre (- 50% pour les psychiatres par exemple).
- **Selon la géographie** : Attirance du soleil, des grandes villes notamment universitaires, fuites hors des régions de formation jugées inhospitalières, désertification rurale croissante...

L'Environnement sociétal intervient.

La Médecine salariée est jugée plus attractive, l'installation en libéral est retardée, voire redoutée, le temps partiel se répand et la durée légale du travail retentit sur l'exercice médical et pas seulement salarié.

L'Europe à 25

Ne pourra guère nous aider «Les conditions de l'exercice en France apparaissent globalement peu attractives pour favoriser une forte migration intracommunautaire - commission BERLAND » – Les migrations ne joueront qu'à la marge.

Au total, on tient pour acquit que d'ici 2020, aura disparu : Quarante pour cent (40%) de l'encadrement médical de la population française.

Et ce indépendamment des autres facteurs qui sont tous aggravants :

- L'accroissement de la population et son vieillissement.
- Les objectifs de santé prioritaires.
- Les pathologies émergentes.
- Les nouvelles technologies d'exploration ou de traitement.
- La médicalisation croissante de la vie quotidienne. Les besoins en prévention et dépistage.

Il est fondamental de retenir que l'accroissement du numerus clausus, trop timidement engagé, n'aura d'effet que progressivement et dans une douzaine d'années seulement et que la répartition généraliste – spécialiste, réglée par l'internat qualifiant, ne peut jouer qu'à la marge en aggravant une pénurie pour en réduire une autre – quand aux passerelles ?

Gagner du Temps Médical est devenu le leitmotiv à la mode alors qu'il y a dix ans il était urgent d'en perdre.

Nous allons donc développer un certain nombre de thèmes portant successivement :

- Sur les orientations et tendances déjà perceptibles au sein du corps médical : **François-Régis CERRUTI** va vous les exposer ;
- C'est **Gérard LAGARDE** qui vous parlera ensuite de numerus clausus et de transfert de tâches ;
- **Monique VIGUIER** vous expliquera ensuite ce que les pouvoirs publics feront pour nous ou contre nous ;
- **Jacques LANGE** enfin nous emmènera dans « la réalité de l'imaginaire ».
- Je me risquerai enfin à quelques conclusions.

LES TRANSFORMATIONS EN COURS – LES TENDANCES

Rapporteur : François-Régis CERRUTI

Comme les fromages, les grands couturiers ou les bons vins, la médecine française a fait preuve jusqu'alors d'une spécificité très particulière, qu'une partie du monde entier, paraît-il, nous envie !

Or, depuis quelques décennies et au regard de ces premières années du nouveau siècle, une évolution annoncée des pratiques médicales reste recherchée avec intérêt par nos étudiants, attirés par l'attrait du nouveau, de l'insolite sans doute : des inclinations originales, des prédispositions réfléchies s'installent çà et là. On assiste à l'émergence assez soudaine d'un principe dynamique, considéré comme la cause de l'orientation future des activités médicales.

Ce principe est clair : les jeunes médecins ne veulent plus travailler comme leurs aînés, boudant enfin le modèle de l'actuelle et de l'ancienne- génération.

Un seul credo les anime : vocation oui ! Sacerdoce non !

Une enquête universitaire récente fait apparaître que moins d'un futur médecin sur deux (46 %) compte s'installer en libéral ! De même, l'exercice en solo n'attire plus ou prou, et l'exercice en groupe semble mieux répondre à des attentes fondamentales.

Cette propension accélérée au changement, demeure liée à des constatations lucides qu'il nous faut analyser avec cohérence, car subordonnées à plusieurs facteurs d'inégale importance, les petites causes produisant souvent de grands effets.

LA PROLONGATION DES ÉTUDES

Avant d'entrer dans la carrière (quand ses aînés n'y seront plus !!), le jeune médecin, bientôt émoulu de nos universités, achève un cursus compliqué et cahotant qu'il a suivi - ou précédé - pendant au moins dix années !

Il n'apparaît guère pressé d'embrasser la profession, car il considère que l'exercice médical doit demeurer une carrière professionnelle comme les autres, permettant de disposer en parallèle d'une vie familiale, d'une vie relationnelle, d'une vie de loisirs.

C'est pour cette raison que la soutenance de la thèse de Doctorat semble s'attarder : on assiste à de nombreuses **thèses traînantes**, coiffant le diplômé au poteau de sortie, et la grande majorité des soutenances universitaires s'effectue entre 28 ans et 32 ans, puis encore jusqu'à l'âge de 34 ans ou 36 ans. D'autres prolongent la période de soutenance pour retarder leur installation effective et appréhender au mieux celle-ci.

Il faut ajouter **la recherche d'une spécialisation**, principale accélération d'un prolongement éminent des études par le passage obligé de l'internat qualifiant, puisque près de 60 % des pré-diplômés aspirent à une formation de spécialistes, très attirés, en outre, par **la prolifération des diplômes universitaires (D.U.)** et des **diplômes inter-universitaires (D.I.U.)** dont le développement astronomique fait les « choux gras » de nos facultés.

De plus, les jeunes confrères refusant en bloc le modèle de l'investissement de leurs aînés sont portés par l'engouement d'un exercice particulier (MEP, nutrition, acupuncture) s'orientant donc vers une activité originale et personnalisée.

LE MORCELLEMENT DES SPÉCIALITÉS

La société change, le médecin aussi. Nul ne conteste que de nombreux services et départements hospitalo-universitaires développent, avec brio et qualité bien souvent, des hyper-spécialistes, éminemment façonnés dans une discipline restreinte, mais globalisant très imparfaitement les connaissances de l'ensemble de la spécialité.

Ça et là, se forment désormais - et se formeront - des audiologues, des rétinologues, des proctologues, des dermoesthéticiens, des cathétériseurs, des rythmologues dont les connaissances gigantesques, mais par trop balisées, risquent de demeurer insuffisantes pour exercer l'ORL ou la cardiologie dans une sous-préfecture...

A ces nombreuses orientations s'ajoutent, et c'est fort légitime, la naissance puis l'éclosion de plusieurs **spécialités orphelines**, implantées au sein de CHU performants, telles que la génétique pédiatrique, la virologie, la pathologie des grands brûlés, les maladies rares ou héréditaires, l'hygiène hospitalière et d'autres encore. Une telle entité, liée à la recherche fondamentale du fait de son unicité et de son originalité, ne peut guère se concevoir en dehors d'un département hospitalier très qualifié et à forte spécificité.

Sans doute, allons-nous assister à l'horizon 2015-2020 à la mise en place effective de cursus innovants, de formations approfondies conduisant vers l'établissement de **passerelles** proposant ainsi l'**interdisciplinarité**.

LA RECHERCHE D'UN SALARIAT

C'est plus qu'un engouement, c'est une ruée ! Le regard sarcastique et bonhomme que nos jeunes confrères jettent sur la « galère libérale » apparaît quelque peu inquiétant. **La sécurité d'abord, l'intrépidité ensuite, la prévisibilité fort peu, la mésaventure hasardeuse jamais.**

En effet, les charges administratives, les incertitudes qui perdurent, l'angoisse de la mise en responsabilité, et bien d'autres motifs encore, conduisent un jeune diplômé sur deux à ne plus vouloir s'installer et à rechercher **une activité salariée**, en dépit d'un contrat de travail dont certains contestent l'existence d'un lien de subordination !

Si cet intérêt peut parfois apparaître relatif, la recherche d'un poste salarié en médecine du travail, en PMI, en médecine scolaire ou dans le domaine médico-social, n'est plus l'apanage exclusif de jeunes consœurs désirant allier exercice médical et vie familiale, mais bien volontiers des diplômés des deux sexes.

On rapportera, en illustration, que depuis 1995 **une nette création de postes de praticiens hospitaliers** s'est manifestée dans le cadre de recherches para-universitaires (INSERM, CNRS, SANTÉ PUBLIQUE) mais encore au sein de CHU ou de CHG, avec l'éclosion des Praticiens Adjoints Contractuels, des assistants, des urgentistes, etc...

LE DÉCLIN DE L'INSTALLATION LIBÉRALE EXCLUSIVE

L'archétype, le modèle, le style flamboyant du **médecin-notable-installé** a pâli et petit à petit est en train de s'effacer !

On pressent ici ou là sa disparition, son extinction, sa mort au combat. Son socle, son statut séduisant hier, apparaissent fragiles et hasardeux aujourd'hui.

D'abord, il est probable qu'il existera une désaffection des jeunes médecins - généralistes principalement - pour les grandes villes ou les métropoles, en raison de facteurs économiques défavorables, pour la création d'entreprises médicales, ne le mésestimons pas !

Mais, en outre, certains futurs médecins recherchent la juxtaposition de deux types d'exercices, au moyen d'un partenariat libéral-salarié, complément semble-t-il nécessaire à une activité médicale performante et de qualité.

Cette recherche **d'un temps partagé** requiert l'existence et la proposition soutenue de vacations hospitalières ou d'enseignements, de statuts de coordinateur en gériatrie, de modules de formation des paramédicaux, d'activités de "consulting" ou de conseil, jusqu'à la réalisation d'expertises ou même d'activités extra-médicales pouvant rapporter gains et profits.

Cette propension qui s'accélère, demeure, nous l'avons vu, la résultante de la préservation impérative d'une vie personnelle, d'une vie familiale ou externe, tournées vers les loisirs souvent, la réflexion parfois ou bien l'attrait de l'insolite, confirmant la priorité absolue à la **qualité de vie** plutôt qu'un enrichissement éphémère et trop contraignant.

LA PROGRESSIVE DISPARITION DE L'EXERCICE INDIVIDUEL EXCLUSIF

Il y eut les mariés de l'an II, les fils de la révolution, les enfants de la guerre et les post soixante huitards....

Notre futur mais jeune confrère, s'engouffre dans la modernité avec l'Internet, le Web, la reality-show, la CAO (Chirurgie Assistée par Ordinateur), le télédiagnostic, la télésurveillance la cybermédecine. L'éclosion du suivi à distance en est la meilleure preuve, grâce à la pose des alarmes in vivo et ex vivo, de l'émergence de l'échographie télécommandée ou encore de la téléconsultation.

Le jeune médecin d'aujourd'hui - mais c'est déjà demain - aspire à une **organisation rationnelle** faisant intervenir l'informatique ou les cyber-réseaux. Ces structures peuvent coexister en temps réel, accompagnant et provoquant de fulgurantes transformations, permettant de répondre à l'augmentation de moyens et de fonctionnements récusée par le jeune praticien, parfois désargenté, mais toujours économe.

En outre, de très nombreux praticiens sollicitent et espèrent des aides logistiques et financières incontournables pour **l'acquisition d'équipements onéreux**, dont les charges ou les redevances en découragent beaucoup. C'est ici le paradoxe de certaines spécialités (cardiologie, ophtalmologie, radiologie, chirurgie, etc.), conduisant certes à des recettes professionnelles redondantes, et donc à des revenus substantiels, mais pouvant inciter à la multiplication des actes médicaux, impliquant une pratique prolongée, soutenue, quasi indéfinie, très contraignante, imposée par le spectre répétitif des contingences financières d'équipements et d'investissements.

Ces pressions et ces exigences font apparaître parfois de réels asservissements à l'exigence technologique, récusés par d'aucuns qui désirent endosser les habits dorés **d'exercices raccourcis ou limités**, par l'adhésion temporaire à un groupe ou une société de médecins, ou l'adoption de conventions d'intégration, permettant *de facto* des modalités de désintégration, voire de renoncements.

En effet, auparavant, **on entrait en médecine comme on entrait en religion**, tandis que le futur confrère se trouve confronté à l'évolution accélérée de la société, de ses arcanes technologiques, psycho-sociales, marchandes ou économiques.

LA RECHERCHE D'UN LIEN STRUCTUREL

Comme les modalités d'exercice, le cadre juridique qui entoure l'installation, ou plus globalement le désir d'exercer, évolue dans une mouvance d'appréciation délicate.

La prudence et la réflexion semblent s'imposer et les engouements qui font s'aventurer plusieurs jeunes praticiens diplômés, doivent être estimés, calculés et appréhendés avec sagesse, car le

désir **d'adhérer à un ensemble organisé** demeure fort : la recherche de ce lien de cohérence et de structure apparaît incontournable.

Outre **l'installation en zone franche** ou en Zone d'Aménagement Concerté (ZAC) – qui laisse entrevoir des conséquences fiscales et financières favorables - l'aspiration **à un travail en équipe** semble quasi irrévocable : d'abord, un exercice **de juxtaposition et de complémentarité** indispensable sera recherché (anesthésistes, chirurgiens, gastro-entérologues, etc...), mais encore **l'exercice en établissement de soins** fait entrevoir une panacée attrayante, car il s'agit d'un exercice rassurant, permettant d'adhérer volontairement à un **organigramme**, une planification constructive et rationnelle parfois contraignante mais réfutant l'anxiété de l'isolement.

Ce lien structurel construit et parachevé induit une meilleure **co-décision thérapeutique**, une globalité moderne du système de soins ainsi que l'étroite collaboration avec les **paramédicaux**, dont le concours apparaît facilité, voire favorisé par une participation directe et efficace qu'ils revendiquent avec justesse et lucidité.

Enfin, le désir de maîtriser la durée souvent excessive du temps de travail conduit à prendre en compte la demande formulée par de jeunes praticiens de bénéficier de l'expérience acquise de leurs aînés, sollicitant très fermement la création d'un statut **d'assistant- collaborateur libéral**, véritable serpent de mer qui va constituer une entité nouvelle et attrayante dans les prochaines années. Sera réputé professionnel libéral collaborateur, celui qui - exerçant sa profession auprès d'un confrère ou au sein d'une société d'exercice - conservera la faculté de se constituer une **clientèle personnelle**.

En outre, ce lien structurel peut être insolite ou plus volontiers original par l'affirmation d'un certain goût pour l'expérience ou l'aventure humanitaire, conférant à cet **engagement citoyen** une réelle reconnaissance de qualité et de considération.

LA NÉCESSITÉ DE REGROUPEMENTS

La formule de **l'exercice en groupe** est indiscutablement appelée à se développer, le foisonnement actuel et à venir des différentes formules contractuelles d'association en témoigne.

Seul cet exercice conjoint qui séduit autant les médecins généralistes que les spécialistes, permet une **approche cohérente des contraintes de la profession** : partage du temps de travail, des gardes et astreintes, sécurité sanitaire exigeant des moyens de plus en plus sophistiqués, demande par les malades d'une prise en charge globale, participation harmonieuse aux charges et aux redevances... ces arguments favorables ne sont plus discutables ni critiquables, la "compilation" des avantages n'étant plus à démontrer.

L'exercice en groupe permet de retenir - pour le patient - dans un même lieu, un ensemble de compétences, un meilleur service, une plus grande disponibilité du professionnel, une continuité de soins et même un meilleur accueil. Pour le praticien, ce travail en équipe offre également de nombreux avantages : une **meilleure qualité de vie**, une certaine sécurité, une synergie pluridisciplinaire souvent valorisante certes, mais encore une meilleure organisation, une utilisation plus rationnelle d'équipements qu'il eût été parfois difficile d'acquérir autrement.

L'exercice en groupe constitue et constituera - nous en sommes convaincus - une réponse adaptée à une **attente globale** favorisant et qualifiant la relation médecin-patient. Par ailleurs, cet exercice comblera l'attente, enfin récompensée, de nombreuses consœurs, par la réalisation de plus en plus recherchée de structures de **co-associations féminines**, autorisant les jeunes "praticiennes" à utiliser et valoriser une formation diplômante longuement acquise, visant à combler leurs désirs légitimes d'exercer l'art médical.

L'EXERCICE MÉDICAL EN SOCIÉTÉS

Cet engouement vers le regroupement entraîne une **prodigieuse demande** qui exige bien davantage qu'une simple association interpersonnelle et qui dépasse largement les clauses essentielles d'un contrat d'exercice en commun.

D'abord recherchée et adoptée par de nombreux praticiens, la formule de la **Société Civile de Moyens (SCM)** reste et restera attractive par sa simplicité, son adaptation à des exercices différents : son objet n'est pas la réalisation de bénéfices, mais la gestion efficace et la prise en charge des frais d'achats, d'investissements, de personnels, de matériels parfois lourds ou d'une certaine qualité.

Plus sophistiquée, la **Société Civile Professionnelle (SCP)** permet aux médecins d'unir leurs moyens matériels et professionnels dans l'objectif d'améliorer ou de faciliter leur exercice : elle garde pour objet **l'exercice en commun de la profession**. La SCP exerce juridiquement la profession médicale au travers de ses membres, personnes physiques, docteurs en médecine, et donc inscrits au Tableau de l'Ordre.

C'est une association exigeante qui implique une parfaite harmonie de travail et de pensée entre les associés possédant la même "conception" de cet exercice professionnel, par une volonté commune d'entente et de réciprocité, le partage des honoraires résultant ainsi de ces contraintes lucidement acceptées, à condition qu'elles aient été raisonnablement établies, détaillées et qualifiées.

Cependant, de nombreux confrères s'orientent désormais vers une structure moderne et innovante consistant en la création de **Sociétés d'Exercice Libéral (SEL)**, au **charme parfois trompeur** : si la SEL permet d'organiser l'exercice médical, voire de faciliter l'intégration d'un associé, son adoption doit être précédée d'une analyse minutieuse des avantages et des inconvénients.

Car cette SEL bénéficie de la rigueur de l'organisation des **sociétés commerciales** exerçant néanmoins la médecine par l'intermédiaire de ses membres, inscrite elle-même à l'Ordre, mais régie par le droit commercial tout en conservant son **objet civil** (exercice médical exclusif) et les critères de la profession libérale.

Or, en dépit d'avantages patrimoniaux ou d'avantages professionnels non négligeables, comme les dérogations visant **l'exercice en lieux multiples**, la création d'une SEL implique de nombreuses précautions et une vigilance accrue de tous les instants, notamment au regard de l'actif professionnel.

La SEL apparaît surtout destinée à promouvoir et développer des plateaux techniques de certaines professions (radiologie, néphrologie, biologie). On peut estimer toutefois qu'en dehors de certaines situations très spécifiques – qui seront d'ailleurs amenées à se développer – l'intérêt fiscal et social de la SEL reste limité et parcellaire...

Rappelons qu'à ce jour, les médecins mal orientés lors de la constitution de SEL, notamment vers le salariat, se sont exposés à des procédures toujours gagnées par la CARMF, avec paiement rétroactif à la Caisse... à bon entendeur !

En marge de ces considérations, les fluctuations visibles, probables, redoutées ou espérées de l'exercice médical font entrevoir des changements inexorables depuis l'installation jusqu'à la retraite...

Paradoxe non exceptionnel, plusieurs praticiens ont joué, jouent ou joueront **la carte du changement**, désirant sortir d'un cadre strict, rigoureux et qu'il considère comme « protégé ».

D'abord, on assiste à l'ouverture et l'engagement du docteur en médecine vers des finalités professionnelles diversifiées : la pratique de l'expertise médicale, l'enseignement scientifique ou

paramédical, voire même juridique, l'intégration au sein de laboratoires pharmaceutiques ou encore de sociétés de formation...

Mais, çà et là, l'apparition de nouveaux horizons non médicaux, musicalement colorés par le chant inexorablement attrayant des sirènes de la modernité, entraînera des reconversions insolites, vers l'abandon de l'exercice médical : le « business development » dans l'industrie, le journalisme, les professions artistiques et littéraires, la gestion financière, l'informatique ou la communication !

Notons enfin, que de nombreuses formations complémentaires (DESS – MBA) sont susceptibles d'intéresser les médecins qui souhaiteront se réorienter, formations accessibles par le biais de concours d'admission et d'intégration de nouvelles structures diplômantes...

L'imagination des praticiens reste riche et infinie... et leur persévérance sera tôt ou tard récompensée.

LES SOLUTIONS POSSIBLES À LA CRISE DÉMOGRAPHIQUE TOUCHANT L'EXERCICE MÉDICAL À L'HORIZON 2020

Rapporteur : Gérard LAGARDE

1. Augmentation du numerus clausus
2. Délégation de tâches – Transfert de compétences
3. Réorganisation du travail du médecin
4. Meilleure répartition géographique

1. AUGMENTATION DU NUMERUS CLAUSUS

On vient de voir que la crise démographique médicale trouvera en France son acmé vers 2020 compte tenu de l'effet retardé (10 à 15 ans) de l'augmentation du numerus clausus et de son caractère obligatoirement progressif dépendant de la mise en place de l'accueil des étudiants.

On doit rappeler que la crise démographique est européenne et qu'il serait difficile de faire appel à des médecins ouest-européen, solution depuis longtemps possible et de faible résultat. L'appel à des médecins est-européens se fait mal jusqu'à présent.

Quant à la venue de médecins extra-européens, elle rencontre des problèmes de niveau de formation, de reconnaissance des diplômes et parfois de désertifications médicales des pays d'origine.

Deux exemples opposés de densité en Europe de l'Ouest :

- Le Royaume uni :

La densité médicale y est faible : 175 médecins/100 000 habitants. 60 % des médecins sont à l'hôpital, 30 % sont des femmes, 24 % des étrangers. La Grande-Bretagne cherche ainsi à augmenter le nombre de ses médecins avec la création de 3 nouvelles familles.

- L'Allemagne :

A une densité médicale très élevée avec 464 médecins/100 000 habitants (335 en France). Mais alors qu'en 1999 le pays considérait qu'il y avait pléthore de médecins, les mêmes tendances de l'exercice médical de la consommation de soins et de la démographie ont induit une inversion de la pléthore, l'Union allemande des médecins annonce aujourd'hui un manque de médecins à venir.

L'Espagne et l'Italie s'inscrivent dans la même zone de densité que l'Allemagne avec 428 médecins/100 000 habitants pour la première et 572 pour la seconde. Cependant le reflux de la pléthore y est également amorcé et conforté par une forte féminisation, une diminution du temps de travail par médecin et un départ plus précoce à la retraite, comme partout en Europe occidentale.

En France où l'on a fait déjà largement appel à des médecins à diplôme étranger extra communautaire, le socle de décision à effet démographique reste l'augmentation du numerus clausus que le CNOM réclame depuis plus de 10 ans, afin de maintenir la cohésion du niveau de formation des médecins en France et la qualité des soins.

L'augmentation du numerus clausus est ainsi pour l'avenir une mesure incontournable.

Le processus est déclenché : le point bas de 3 750 admissions en 1997 a été chaque année relevé pour atteindre 5 600 en 2004. Les contraintes universitaires limitant l'augmentation annuelle à 600/700 étudiants.

Cependant, avec en 2007/2008 un numerus clausus à 7 000 ou 8 000 maintenu une dizaine d'année pour diminuer ensuite, on constate trois réalités.

- La densité médicale descend de 338 à 271 vers 2025 pour remonter ensuite.
- Le temps médical à effectif constant offert par les médecins va se réduire (féminisation, réduction du temps de travail, augmentation des tâches administratives, vieillissement du corps médical.
- La consommation de soins de la population française va progresser du fait de son vieillissement, des techniques ou thérapeutiques nouvelles, de la revendication à une meilleure santé.

Dès lors, si l'augmentation du numerus clausus est incontournable, elle sera insuffisante à l'horizon 2020 pour assurer la prise en charge médicale de la population française et appelle d'autres mesures compensatrices pour faire évoluer l'exercice médical vers une meilleure utilisation du temps du médecin.

Ce serait :

- Les délégations de tâches ou les transferts de compétence qui nécessitent une nouvelle qualification et de nouvelles responsabilités pour les professions non médicales.
- La réorganisation du travail du médecin.
- Une meilleure répartition géographique et par spécialité.

2. LA DÉLÉGATION DE TÂCHES OU LE TRANSFERT DE COMPÉTENCES ET DE RESPONSABILITÉ VERS D'AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ.

La délégation de tâches (restant sous la responsabilité directe du médecin)

Prenons quelques exemples de ce qui pourrait se faire concernant les professions existantes :

- En ophtalmologie : délégation de tâche aux orthoptistes comme examen de la vision binoculaire, mesure de la réfraction, relevé du champ visuel.
- En cancérologie : exécution pratique de la chimiothérapie par les infirmières qui se verraient conférer en médecine générale des charges de conseil, d'éducation, de prévention, de suivi de traitement.
- En radiologie : les manipulateurs radio pourraient faire office d'échographistes et de dosimétristes en radiothérapie.
- La répartition des rôles entre obstétriciens et sages-femmes pourrait évoluer dans le sens d'une réappropriation des compétences en matière de grossesse eutocique et d'accouchement physiologique par les sages-femmes. L'actuel projet de loi de santé publique prévoit de confier aux sages-femmes la déclaration de grossesse (mais pas le premier examen) et la visite de suites de couches. Ce pourrait être aussi le dépistage du cancer du col, la contraception, l'éducation pour la santé, les échographies prénatales.

En France, la délégation de tâches entre les médecins et les autres professions de santé est déjà un fait, pas toujours bien formalisé et il est une tendance irrésistible de par la démographie médicale et l'accumulation des besoins des médecins. Cette délégation sera légitime si la formation des para-médicaux est suffisante.

Il faudra aussi résoudre le problème de la rémunération. Pour éviter des pressions démographiques négatives, il serait bon de rétribuer en tenant compte du facteur pénibilité.

Nous sommes au début d'une réflexion dans ce domaine.

Tout autre est le transfert de compétence

Il convient de rappeler que :

- Les autres professions de santé sont aussi en crise démographique : manque d'infirmières, de sage-femmes, d'orthoptistes, de pharmaciens, de chirurgiens-dentistes.
- La loi, à travers le code de la santé publique, définit la qualification de chaque profession de santé :
 - Les médecins ont une habilitation générale à intervenir sur le corps d'autrui.
 - Les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes ont une habilitation spécialisée.
 - Les pharmaciens ont le monopole de la préparation et de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux.
 - Les auxiliaires médicaux ont une habilitation sous contrôle et/ou prescription médicale : infirmier, kinésithérapeute, pédicure, podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, manipulateurs radio, audioprothésiste, opticien lunetier, diététicien.

Leur activité est médicalement encadrée. Il s'y ajoute, pour les infirmières, un rôle propre en ce qui concerne les soins liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie et d'animation d'équipe et d'encadrement.

Toute évolution de leur rôle pour ces professions passe par un changement de la loi.

Tout changement doit aussi passer par une formation qualifiante, gage de la compétence acquise.

Enfin, l'acte médical ne peut pas se fractionner. Si le médecin peut envisager de déléguer une activité médico-technique, il doit garder la responsabilité de la prescription et des actes.

Toute transformation des compétences des non-médecins entraîne un transfert de responsabilité et de mode de rémunération.

3. RÉORGANISATION DU TRAVAIL DU MÉDECIN, AFIN DE GAGNER DU TEMPS MÉDICAL

Faciliter la vie professionnelle du médecin, réduire sa charge quotidienne de travail, améliorer sa vie sociale et professionnelle s'inscrivent dans les perspectives à 15 ans souhaitées par les jeunes médecins.

Ce serait obtenu par :

- La quasi suppression de la visite au domicile du patient en la limitant aux urgences authentiques et l'impossibilité de se déplacer.
- Le regroupement des cabinets médicaux pourrait se poursuivre et se généraliser, source de meilleure organisation et de meilleur emploi du temps.
- La constitution de réseaux locaux de santé articulés sur le dispositif régional de soins hospitaliers pour rompre l'isolement des médecins, par exemple réseau ville-hôpital ou réseau par pathologie.
- La création de passerelles entre disciplines (mars 2004) facilitera une réorientation en cours de la vie professionnelle en fonction de l'évolution de la médecine, de la société et des impératifs individuels.
- L'instauration, en cours, d'un statut de collaborateur libéral aidera l'entrée dans la vie active des jeunes, aidera le développement des associations de médecins et facilitera les départs à la retraite. Des collaborateurs médicaux salariés pourraient être créés avec une rémunération collective, par exemple au niveau des maisons médicales. Pourquoi pas une sous-traitance dans les cabinets médicaux de certaines activités techniques ?
- L'exercice sur plusieurs sites ou multi-sites donnera plus de souplesse aux spécialités peu nombreuses et permettra de faire face aux migrations saisonnières de population.

- Les expériences de télesanté favorisant le travail en réseau.

4. AMÉLIORER LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS

la crise démographique amorcée étant de gravité différente selon les régions.

- Afin de réduire les disparités géographiques nationales, richesse des grandes villes en médecins et désertification rurale, densité globale parfois double entre nord et sud, la Direction Générale de la Santé dans un rapport de juin 2001 propose deux types de mesures contraignantes et libérales :

Nous ne retiendrons pas les mesures contraignantes pour rappeler les mesures incitatives d'ordre économique et financier pour favoriser l'installation des médecins dans les secteurs médicalement dépeuplés.

- Financement total ou partiel de la 1^{ère} installation ou de la reprise d'un cabinet lors d'un départ à la retraite.
 - Création de zone franche fiscale.
 - Autorisation d'honoraires plus élevés et remboursés.
 - Mise à disposition d'un local professionnel et/ou d'un logement.
 - Indemnité de transfert d'installation pour s'installer d'un secteur excédentaire à un secteur sous-médicalisé.
 - Prime de risque et protection policière dans les zones d'exclusion.
 - Création d'une agence médicale d'information sur les critères d'installation.
 - Aide financière au regroupement des cabinets médicaux.
- Par ailleurs, pour lutter contre les disparités entre spécialités, à la fois nationales et inter-régionales.
 - Mise en place d'un internat qualifiant par région ou par spécialité.
 - Peut-être moduler le numerus clausus au niveau régional (80% des étudiants s'installent dans leur région).

Toutes ces perspectives sont parfois en cours d'expérimentation ou s'inscrivent dans l'évolution réfléchie et proposée de l'exercice médical à l'horizon 2020.

Cet exercice selon le Pr BERLAND doit être optimisé, régularisé, doit éviter les doubles emploi ville-hôpital et la légitimité du travail du médecin doit être reconnu par tous.

QUELLES MODIFICATIONS DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL À ATTENDRE, À REDOUTER, À ESPERER ?

Rapporteur : Monique VIGUIER

I – QUELS CHANGEMENTS

1. LES MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'INSTALLATION

Par la contrainte

Sur les bases de ce qui se pratique pour la pharmacie d'officine à partir d'un arrêté ministériel fixant le nombre d'installations autorisées par tranches de 250 000 habitants : le projet est virtuellement arrêté.

L'entrave à la liberté de circulation représente un conflit juridique potentiel. L'avantage serait que les cabinets pourraient alors, sur la base des officines, bénéficier d'un regain d'intérêt à la revente actuellement tombée en désuétude, sous réserve d'un accord d'exercice donné au cabinet et non pas au médecin X.

On pourrait aussi envisager, sur le modèle allemand, un résidanat obligatoire de 6 ans à l'hôpital ou, sur le modèle canadien, une installation de cinq ans en zone rurale ou forestière.

Rien ne semble définitivement arrêté au Ministère mais les textes sont attendus pour 2004.

Ces contraintes réglementaires à l'installation ne concerneraient que les étudiants démarrant leurs études en 2004.

D'autres plaident même pour un déremboursement des médecins qui s'installeraient en zone surchargée (sur quels critères ?). La base contentieuse de ce type de décision gouvernementale est à exploiter.

Par des incitations fiscales

Elles existent déjà depuis 1992, récemment remaniées (2000) pour les praticiens hospitaliers et les médecins inspecteurs avec des primes sur trois ans sur certains postes fléchés (spécialités /régions sinistrées) que sont l'Île de France, le Nord/Pas-de- Calais, la Picardie, la Lorraine.

Un décret vient de sortir (28 novembre 2003) permettant des primes à l'installation (70 000 € sur 5 ans) pour les généralistes s'installant dans les zones prioritaires. Les zones prioritaires, comparables aux zones franches rurales, sont déterminées par le préfet de région, après consultation notamment du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, de l'ARH, des élus et révisables tous les cinq ans.

D'autres incitations fiscales sont à l'étude : exonérations fiscales, aides à l'installation.

Par le mercenariat

Est très net dans certains hôpitaux de proximité et dans certaines spécialités conduisant les directeurs d'hôpitaux à des pratiques administratives parfois périlleuses. La loi du marché fonctionne donc alors.

Doit-on la condamner ?

Doit-on différencier les rémunérations hospitalières en fonction des spécialités et sortir ainsi du statut unique des praticiens hospitaliers ?

Certaines primes à l'installation en fonction de postes réputés difficiles fonctionnent plutôt mal (décret d'octobre 1992 modifié par un décret de 2000). Cependant certaines spécialités sinistrées sont durablement désertées et l'on ne pourra se passer de chirurgiens, d'anesthésistes, ni se résigner à s'abstenir de faire des césariennes à toutes les femmes faute d'obstétriciens.

2. TRANSFERT DE COMPÉTENCES, REDÉCOUPAGE DE MÉTIERS, NOUVEAUX MÉTIERS ET NOVLANGUE

Le rapport BERLAND (rapport d'étape) sur ce point est assez ambivalent entre les transferts de compétences et les délégations de compétences, ne différenciant pas toujours très bien les deux.

Il plaide pour des décrets de compétence entre les métiers, moins précis dans leurs intitulés, ce qui, à notre sens, constitue un problème juridique en puissance et ne saurait être retenu.

On notera qu'en termes de transfert de compétences les implications ne sont pas les mêmes suivant que l'exercice majoritaire de la profession de paramédicaux impliqués est libérale ou hospitalière.

Dans d'autres cas, le transfert de compétences vers les infirmières auraient des conséquences graves dissociant l'exercice médical de l'exercice infirmier, l'ensemble des actes techniques étant actuellement sous le contrôle médical, passant alors sous un contrôle administratif et hiérarchique administratif. De fait, cela s'observe pratiquement dans les hôpitaux avec la mise en place de directeurs de soins. Une contestation est d'ailleurs présentée auprès du Conseil d'Etat par les praticiens hospitaliers.

Par contre on peut imaginer l'ensemble des tâches "du rôle propre" qui sont des tâches de nursing transférées aux aides-soignantes.

77% des orthoptistes, 78% des masseurs-kinésithérapeutes sont libéraux et donc, un transfert de compétences aboutit, de fait, à une autonomisation des professionnels travaillant alors sans contrôle médical et sans prescription médicale puisque, sans diagnostic préalable. La tendance à l'inflation d'actes auto prescrits serait alors la règle.

Le rapport BERLAND est très prudent sur les propositions de transferts de compétences. Par contre le flou artistique qui enrobe " les nouveaux décrets de compétence" ne simplifie pas la donne.

Est-ce parler d'autre chose que du transfert de compétence que de parler de redécoupage des métiers ou est-ce un exercice de novlangue ?

Les infirmières cliniciennes: officiers de santé, sous-médecins ou sous-directeurs de soins ?

Certaines propositions retenues dans le rapport DEBROSSE, PERRIN, VALLENCIEN concernant les "infirmières cliniciennes" semblent difficilement applicables. La formation universitaire complémentaire des infirmières a été réalisée pendant une dizaine d'années au Canada dont s'inspirent certains exégètes de ce transfert de compétences. Cette formation a été abandonnée en 1997. En effet, ces infirmières cliniciennes, titulaires de DU s'empilaient dans des strates technico-administratives hospitalières déjà redondantes ou de métiers de consultants refusant alors d'être "infirmières de terrain", entretenant alors la pénurie sur le terrain de personnels qualifiés d'une part, exigeant des rémunérations au-delà de la grille indiciaire d'autre part, alourdissant ainsi la trame logistique des structures sans apporter de gains de productivité.

Le rapport BERLAND propose lui des Masters universitaires sur la base canadienne ou belge (en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes). Après leurs études professionnelles ces Masters prépareraient à trois fonctions : l'encadrement, l'enseignement, le soin spécialisé.

On assiste, ceci dit, déjà, à une inflation comparable en France avec les infirmières qualificiennes, hygiénistes, stomatothérapeutes.

Tout cela a cependant un petit air d'officier de santé...

Rappelons que l'exercice médical est fixé par voie de décret de compétence, de même que l'exercice de toutes les professions paramédicales. La tendance forte depuis une dizaine d'années est de dissocier l'exercice médical d'un contrôle (ne serait ce que par la prescription ou la responsabilité technique de l'acte) de l'activité des paramédicaux. Cela repose sur l'ignorance des décideurs, du niveau théorique requis pour les formations des paramédicaux, du contenu du cursus scolaire. Parfois, existe une volonté de découpler les différents exercices professionnels de la responsabilité médicale les plaçant ainsi ou sous une responsabilité administrative ou en position d'autonomie de fait.

Cependant lorsque l'on analyse le contenu de ces actes gérés par les infirmières cliniciennes, il nous semble que, dans l'ensemble, ce sont déjà des actes appartenant au décret de compétence des infirmières et déjà réalisées par elles. On est donc fort étonné de voir apparaître, comme une nouveauté, ce qui est de l'ordre du quotidien professionnel.

Les autres nouveaux métiers du soin : du pragmatisme à la négation de la compétence médicale

Certaines propositions sont intéressantes reposant sur une analyse de problématique fine :

- Dosimétriste en radiothérapie.
- Infirmières qualifiées mettant en place les chimiothérapies prescrites, par délégation ou spécialisation acquise.
- Transfert de responsabilité de la sédation dans les fibroscopies sur le gastro-entérologue, acte de sédation réalisé par « PROPOFOL » par une infirmière spécialisée en anesthésie libérant ainsi un médecin anesthésiste.
- Les diététiciens soignants.

Certaines paraissent plus discutables :

- Spécialiste en échographie, non médecin.
- Infirmières spécialisées assurant le suivi des patients chroniques.
- Case manager sur le modèle américain.

D'autres propositions semblent récusées :

Le transfert vers les infirmières des fibroscopies digestives, le transfert vers les lunetiers de l'analyse de la vision pour des raisons déontologiques.

Les passerelles où il suffit de passer le pont

- La restauration d'un cursus de spécialité en dehors de la voie du DES est vivement souhaitée et permettrait aux médecins généralistes d'envisager avec moins d'angoisse pour l'avenir social de leur famille une primo installation en secteur rural.

Ce qui arrête souvent un médecin généraliste dans une installation rurale c'est l'absence de possibilité de changer de voie. Réouvrir la voie des spécialités, supprimée en 1982, et permettre une réorientation en cours de carrière ferait moins hésiter de jeunes médecins à s'installer en libéral. Le décret du 19 mars 2004 semble faire écho à cette préoccupation des professionnels.

- Validation des acquis avec des limites connues en ce qui concerne les compétences médicales mais discours très fort autour de Masters réalisés par les infirmières leur donnant accès à un diplôme universitaire, ce qui semble difficilement acceptable.
- Certaines spécialités proposent déjà des validations d'acquis professionnels et des équivalences de spécialité (Médecine du travail, psychiatrie, rééducation).

3. UNE ANALYSE PAR BESOINS (ÉCHELON TERRITORIAL PERTINENT ? BESOINS PERTINENTS ?)

Besoins vous avez dit besoins ?

Quel calibrage ? Quel rééquilibrage ? Quels besoins ?

Exemple: plutôt qu'une simulation du nombre de médecins nécessaires par tranches de 100 000 h, une estimation du nombre de médecins nécessaires sur un territoire donné défini par le temps d'accès au médecin ou à l'hôpital le plus proche n'est-il pas plus pertinent ? Le calcul par densité n'a de valeur que par rapport à une couverture de besoins : l'appariement entre l'offre de soins et la demande n'est pas toujours réalisé. Le modèle de cet exemple est la définition des zones d'installation prioritaire en médecine rurale fixée par le décret du 28/11/03.

D'autre part, la demande a trop longtemps été assimilée au besoin. Un travail de fond doit donc être entrepris en termes d'éducation sanitaire (exemple : la demande d'un SMUR ne correspond pas toujours au besoin, besoin (« utilité ») au sens économique du terme). Cela nécessite alors de trancher entre une organisation plutôt libérale dans son esprit de l'installation des médecins ou une approche socialisée.

Un observatoire régional des professionnels de santé est proposé par le rapport BERLAND avec comme corollaire des incitations régionales ? Dans un premier temps, la mission pourrait échoir aux ORS et dans un second temps aux ARS (futures Agences Régionales de Santé), qui semblent actuellement sous le boisseau.

Le concours régional d'accès à la voie hospitalière sous tendue par cette réforme se heurte de plein fouet aux syndicats de praticiens hospitaliers. Rappelons que la voie nationale du concours n'existe que depuis 1986. Antérieurement la voie régionale avait lieu, ce qui impliquait une cooptation, dont on peut craindre qu'elle ne s'effectue avec encore plus d'ampleur sous l'égide de l'ARS.

Ailleurs, cette analyse par besoins est assortie de limitations financières à l'accessibilité aux soins, c'est le panier de soins, la capitation sous une forme ou une autre c'est le service médical rendu et le déremboursement corollaire de la prestation non satisfaisante.

Les maisons de soins pour économiser du temps médical ?

Les maisons médicales sont-elles là pour économiser du temps médical ou pour que le soin soit progressivement délivré, par éducation (programmation ?) de la population par un autre professionnel qu'un médecin ?

Elles semblent, au regard des textes en circulation à l'heure actuelle, la solution miracle de coopération interprofessionnelle avec délégation de tâches administratives ou sociales. Outre le fait que ces structures ont un coût logistique non négligeable, les essais réalisés dans les années 80 des centres de santé n'ont pas été concluants. L'expérience, poursuivie au Canada, objective des coûts ruineux pour la collectivité et des missions imbriquant à la fois le sanitaire, le social et l'apprentissage à la vie communautaire. Pour que cela puisse séduire les professionnels il conviendrait que chacun trouve son compte dans la mise en commun de secrétariats et de tâches annexes de comptabilité.

Par ailleurs, plusieurs conceptions semblent se juxtaposer et tous les acteurs parlent de maisons médicales en ne mettant pas toujours les mêmes choses sous ce vocable.

- **le centre de santé**

Le modèle de référence est le modèle canadien tenté en France dans les années 80. Centré sur la médecine communautaire, ruineux car pas assez productif, il est progressivement abandonné au

Canada. Une vision parfois collectiviste de la santé tenterait de vouloir imposer à nouveau ce modèle, jamais complètement abandonné dans l'esprit des décideurs.

- **la maison de soins**

Regroupant plusieurs professionnels de santé avec partage des tâches administratives et délégations de compétences. Cela pose des problèmes alors en termes juridiques et éventuellement financiers

Les paramédicaux présents sont-ils salariés du médecin, effectuent-ils des reversions d'actes libéraux sur les délégations d'actes, sont-ils alors des libéraux ? Travaillent-ils en juxtaposition de compétences ou sous sa responsabilité médico-légale ?

Tout est théoriquement possible. La voie est, à notre sens, celle de la contractualisation plutôt que celle de la législation.

- **la maison médicale de garde**

est un troisième concept. Son utilité ne s'entend que dans un nombre relativement étroit de cas de figures :

- zone urbaine sans sécurité permettant au médecin d'assurer sa garde sur un lieu éclairé, non solitaire et relativement sécurisé.
- zone urbaine, en partenariat avec l'hôpital dans un réseau ville/hôpital. Là, l'objectif est de ne faire transiter par les urgences hospitalières que les urgences hospitalières. La maison de garde fonctionne alors comme un sas de décompression du service d'urgences. Les objectifs doivent être clairement affichés et doivent aboutir à une diminution nette du coût des urgences sur la ville concernée ; l'évaluation doit donc être rigoureuse.
- Zone rurale, médecins dispersés, habitat rural, par regroupement de secteurs de garde. La maison médicale peut permettre, en regroupant 5 à 6 secteurs de garde, à des médecins d'assurer leur tour de garde dans de meilleures conditions de confort, se déplaçant moins. L'idéal serait alors d'adosser cette maison médicale à un hôpital local pour diminuer les coûts logistiques.

4. UN REDIMENSIONNEMENT PAR LE BIAIS DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE DE L'ACCÈS AUX SOINS ET DU NIVEAU DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

On citera, pour exemple, le déremboursement des visites d'aptitude sportive, le déremboursement de certains médicaments ou la régulation actuelle passive assurée par l'augmentation du tarif des visites de nuit. Cette régulation passive n'est pas neutre puisque en Charente, pour exemple, elle a fait passer sur un trimestre la dépense globale de 150 000 € à 100 000 € toutes choses égales par ailleurs sur un trimestre entre octobre 2002 et décembre 2002

Dans ce registre, un paiement des professionnels par capitation peut être envisagé ou l'agrément de certains professionnels par les mutuelles complémentaires sur des cahiers des charges de référentiels. Le médecin référent de l'Assurance-maladie est déjà calibré sur ce principe .

Ce redimensionnement des niveaux de remboursement restructurera vraisemblablement sur le court terme la demande. La question centrale n'est pas ici de savoir si les patients s'en porteront mieux mais trivialement de baisser, à tous prix , les dépenses.



II - UNE "NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE" EN GESTATION

Une nouvelle organisation doit être opérationnelle au cours de l'année 2004, avec une modification en profondeur attendue et des statuts de praticiens hospitaliers et du fonctionnement des institutions internes hospitalières ; par ailleurs, par le biais de l'ordonnance MATTÉI du 4 septembre, c'est toute l'organisation de la santé qui peut changer de façon très visible et très rapide...

- L'hôpital sera soumis à une tarification à l'activité et des budgets calculés, dès 2004 en partie et totalement pour 2013, sur l'activité réelle. Il est à penser que l'effet sera profondément restructurant sur le nombre et le positionnement des structures hospitalières publiques.
- Les statuts des praticiens hospitaliers sont profondément remis en question avec notamment des contrats par objectifs, c'est à dire au rendement, dont on peut se demander si déontologiquement cela est acceptable.
- L'organigramme de l'hôpital est chamboulé avec mise en place d'un comité stratégique nommé par le directeur, mixte, composé à parité de médecins et de directeurs en charge de piloter l'établissement. L'hôpital est réorganisé en pôles, les chefs de pôle médecins étant nommés par le directeur et flanqués d'un cadre administratif et soignant. En théorie, c'est pour alléger la chaîne de décision... puis demeurent les chefs de service mais sans pouvoir décisionnel.
- La tutelle est annoncée réorganisée...chut... en attente de lois de décentralisation... entre Agence Régionale de Santé (super ARH) et GIP regroupant, sous l'autorité du Préfet de région, les entités (DDASS, DRASS, ARH, URCAM). Tout un programme...

III - L'ORDONNANCE MATTÉI DU 4 SEPTEMBRE 2003 – QU'EST CE QUI CHANGE ?

Cette ordonnance fait suite à la grande loi de santé publique en cours de débat au Parlement. Potentiellement, en fonction de la façon dont elle sera appliquée sur le terrain, elle porte les germes d'une réforme puissante et de grande ampleur sur la façon de penser l'organisation, la gestion, la tutelle des professionnels et institutions en charge de soigner.

L'organisation sanitaire par territoire de santé

Il est bien précisé que le schéma d'organisation sanitaire devait être défini sur la base des besoins établis **PAR TERRITOIRE DE SANTÉ**.

Il paraît donc utile de commencer, au regard de ce texte, par définir nos territoires pertinents soit :

- la région avec des prérogatives renforcées des agences régionales de l'hospitalisation.
- l'interrégionalité d'une part.
- le bassin de vie d'autre part.

La carte sanitaire disparaît pour être remplacé par un dispositif plus souple et moins contraignant.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) comme personne morale et, à terme, acheteur de soins

Le GCS existait déjà dans le Code de la Santé publique, cité au détour d'un article. L'ordonnance, dans sa façon de décrire les personnes et institutions qui peuvent contracter pour constituer un Groupement de Coopération Sanitaire, ouvre un champ exploratoire vaste. Arguer de « carcan administratif » ou des différentiels de statuts pour opérer des rapprochements est caduc au regard de ce texte.

- Le GCS s'affranchit potentiellement de la structure organisationnelle hospitalière puisqu'il permet de choisir des organisations intra-régionales ou infra-régionales.
- De même, en ce qui concerne les rémunérations des praticiens, le champ expérimental est ouvert par la voie de la contractualisation du GCS.
- Doté de la personne morale, il peut s'affranchir d'une contrainte public/privé ou d'une contrainte inter hospitalière. La seule exigence est qu'au moins un des membres du groupement soit un Etablissement Public de Santé.
- On notera, également, que la participation des médecins libéraux dans un GCS permet de les rémunérer sous une forme extrêmement souple (art. L6133-2)

Comment se choisiront les responsables de GCS et avec quel type de mandat ? On voit alors qu'un médecin peut se trouver en position d'acheteurs de soins. Les GCS sont ou à connotation territoriale ou à vision d'organisation par spécialité technico-médicale.

La configuration du groupement de coopération sanitaire

On notera par ailleurs que les procédures de prise en charge expérimentale, citées dans l'article L6122-18, délient le service rendu d'une prestation à l'acte et permettent un fonctionnement en réseau simplifié, notamment par rapport au texte SOUBIE sur les réseaux expérimentaux dont l'application s'est avérée laborieuse. Il est donc à prévoir, dans le cadre de la mise en place du dispositif d'organisation afférente, une explosion des modes de financement de prise en charge que ce soit par :

- Juxtaposition de statuts différents des praticiens, ce que permet l'ordonnance.
- Juxtaposition de donneurs d'ordre différents (collectivités territoriales, ARH).
- Juxtaposition de financements différents pour un même projet (FAQSV, réseau FAQSV/ARH, projets fléchés spécifiques).

Plus que de l'augmentation du numerus clausus, il est à attendre des changements importants de pratique médicale d'une part, de consommation de soins d'autre part. Il semblerait que l'on s'attache à l'heure actuelle à différencier, et cela est nouveau, dans la consommation de l'offre de soins disponible des ménages :

- Ce qui est **de l'utilité** : au sens économique du terme et qu'elle est l'utilité marginale de tel dispositif ?
- Ce qui est du **besoin** : et là l'ambiguïté demeure entre la demande exprimée de consommer (un médecin à 10 minutes de chez moi disponible dans les dix minutes) et le besoin réel de santé (est-il scandaleux en termes de santé publique d'être à 15 ou 20 minutes de déplacement du premier médecin ?)
- ce qui est du **désir** : je vais voir mon médecin comme d'autres vont à la salle de gym ou chez le coiffeur pour calmer mon angoisse existentielle ou mon hypochondrie.

Cependant, dans le balancier qui a conduit pendant 20 ans à conduire une politique d'encadrement de l'offre de soins sans réflexion sérieuse sur la légitimité de toutes les demandes, aboutissant notamment au dérapage actuel du fonctionnement des services d'urgence et le mouvement actuel de contrôle strict de la demande ou, en tous les cas, de son remboursement, il convient de ne pas oublier que nous soignons des vivants dont le désir de guérir n'est pas toujours au rendez-vous, dont le besoin d'être malade est parfois la seule façon d'exister au monde et que l'Etat ne peut se départir de ses obligations régaliennes de sécurité et d'équité d'accès sur le territoire à un dispositif cohérent de prise en charge.

LA RÉALITÉ DE L'IMAGINAIRE

Rapporteur : Jacques LANGE

Ce titre, déjà un peu extravagant, est là pour couvrir le certain délire auquel je me suis laissé aller en essayant d'imaginer ce que sera la médecine en l'an 2020.

Imaginer 2020, on peut penser que la réalité de 2020 n'est pas imaginaire car l'évolution de notre art a, dans ces dernières années, pris une vitesse de transformation vertigineuse.

Néanmoins, nous essayons de faire un peu de fiction pour agrémenter cette présentation qui, sur un texte seul, aurait été rébarbative. J'ai essayé de l'égayer par quelques images ; et n'irai pas jusqu'à reprendre une certaine publicité : « le poids des mots, le choc des photos ».

De Molière à nos jours, que pensaient les médecins de Molière de la médecine de demain. Je ne pense pas qu'ils eussent envisagé l'intensification de la transformation technique de notre art. Certes, il reste encore un peu de la confrontation médecins-malades qui n'a pas totalement disparu, mais encore pour combien de temps ?

Entre ces deux extrêmes, quelques signes de modernité sont apparus.

Le célèbre chirurgien napoléonien LARREY n'était-il pas le précurseur des SAMU, de l'ambulance des guerres napoléoniennes à celle d'aujourd'hui l'idée était déjà en chemin.

Dans les exposés qui vous ont été présentés par mes collègues de la commission, vous avez pu noter trois pôles d'intérêt qui vont retentir sur l'évolution de la médecine :

- La démographie
- Les transferts de compétence
- Les relations ville/hôpital.

C'est la première question.

La deuxième grande question qui découle directement des sujets étudiés précédemment est : qu'en sera-t-il de notre système de :

- Médecine libérale.
- Médecine hospitalière.

Cohabiteront-elles encore ?

Je n'aurai pas ici la prétention d'étudier tous les aspects de la médecine, de la médecine générale aux diverses spécialités, mais pour se forger une petite idée de la réalité de l'imaginaire, j'envisagerai quelques aspects de cette évolution.

Ces deux questions sont intimement liées.

Les transferts de compétence, quel retentissement prévisible ?

Primordial je pense sur la médecine générale :

DISPARITIONS PROGRESSIVES

- Des vaccinations
- Des petits gestes : prise de TA, pouls, température seront probablement totalement automatisés ou laissés à du personnel non médical.
- Des prélèvements divers :
- Des électrocardiogrammes (ceux-ci seront informatisés avec analyse automatique des données), etc...

LES PRESCRIPTIONS

Seront totalement informatisées par l'introduction, dans les logiciels d'aide au diagnostic, d'un certain nombre d'items qui, à terme, fournira une ordonnance faite de produits répertoriés, génériques et peu chers si possible.

LES VISITES À DOMICILE

- Auront probablement complètement disparu, la télé-médecine les remplaçant.
- Quant à l'activité même de la médecine générale, elle restera en ville mais probablement sous la forme de médecins, pieds et mains liés à l'informatique donc au contrôle. Sera-t-elle encore libérale ? certainement pas.
- La permanence des soins et les articles 77 remodelés, révisés, transformés, auront disparus par l'apparition de guichet électronique tel la carte bleue, dont on peut ici par quelques images vous donner le fonctionnement....
- Le patient repartira avec son ordonnance informatisée pour le guichet informatisé du pharmacien. Voilà peut-être une vision dramatique de la médecine générale de 2020, mais peut-être pas !!!!

Quant aux spécialités, que seront-elles ?

Quelques remarques sur certaines :

Ophthalmologie

Et cela n'est pas 2020, il ne restera pour les médecins que quelques gestes chirurgicaux ; toute la partie simple (prescription de verre, etc..) sera confiée à des opticiens qui eux resteront libéraux.

Cette partie chirurgicale ne pourra se concevoir qu'à l'hôpital, parce que :

- Disparition progressive et programmée des ophtalmologues.

- Regroupement sur de grands plateaux techniques des praticiens.
- Technicité et robotisation de plus en plus présente.

Anesthésie

La problématique sera la même :

- Transfert de compétence à des auxiliaires, pour mettre en place les moyens de surveillance électronique des patients.
- Informatisation complète et transfert dans une salle de commande de la surveillance péri-opératoire, les gestes médicaux étant télécommandés (réinjections, etc...)

Chirurgie

De cette belle chirurgie, avec une intervention de qualité, que restera-t-il ? Et surtout quel enseignement pourrions-nous faire ?

L'évolution à ce jour s'est faite vers la cœlio-chirurgie, elle se prépare à la robotisation.

Comment pourra-t-on l'envisager, la transmettre, si ce n'est par un entraînement animal, voire véritable sur nos patients.

Cette hyper technicité ne pourra que se faire dans les grands centres hospitaliers ayant le plateau technique et les moyens financiers.

Les spécialités libérales ne pourront plus être exercées dans ce cadre ; elles seront regroupées dans de grands centres hospitaliers publics, l'exposé de Monique VIGUIER le laisse déjà apparaître. Et il en sera de même pour toutes les spécialités qui pourraient encore donner de multiples exemples.

Les progrès scientifiques informatiques ne seront pas les seuls arguments pour supprimer la médecine en général ; il en existe plein d'autres :

- Les arguments démographiques qui vous ont été expliqués.
- Les arguments économiques sur les dépenses de santé.
- Les arguments médico-judiciaires.

En 2020, le médecin aura disparu. Il faudra lui trouver un autre nom car il n'y aura plus un médecin et un malade avec une relation chaleureuse, mais un technicien et un numéro sans relation, et le traitement ne sera fait que par des structures publiques.

Mais tout cela est peut-être imaginaire, je crois qu'il existe une part de réalité.

Mais que ferons-nous le jour des grands bugs informatiques, infections nosocomiales de nouvelle génération ?

Espérons que notre institution, au prix d'un regain de jeunesse, puisse un peu lutter contre cette évolution et redonner un peu d'espoir à nos malades.

Lutte qui devra se faire :

- en quittant le conservatisme vieillissant et traditionnel
- en ouvrant largement la voie aux nouvelles techniques préservant, si possible, l'identité indispensable à notre Métier, le malade.

CONCLUSIONS ... PROVISOIRES À L'HORIZON 2020

Rapporteur : Jacques MORNAT

I. PERSPECTIVES 2020

1. Les enjeux

La pénurie médicale déjà présente dans toute l'Europe occidentale est moins bien acceptée dans un pays tel la France où **l'exercice libéral est encore prédominant**, contrairement à ceux où un tel exercice est absent ou exorbitant ; la pénurie médicale, dans ce cas, n'est qu'un élément politico-économique parmi d'autres.

L'Assurance-Maladie a un rôle ambigu, puisqu'à la fois proclamant qu'il fallait limiter les prescripteurs « il y a 20 000 prescripteurs en trop » alors qu'en même temps, elle assure vouloir prendre en charge des soins de qualité à tous les cotisants. La pénurie ne facilitera pas les négociations conventionnelles à venir.

Les Pouvoirs-Publics se doivent d'assurer la permanence et l'accès aux soins ce qui suppose une infrastructure médicale suffisante et compétente ; mais en même temps gérant le budget des soins ont à faire face à un croissant déficit des comptes.

Les Professionnels de santé envisagent d'un œil concupiscent le domaine médical, et pour certains un espoir d'exercice médical, si limité fut-il, alors qu'on sait que leurs démographies professionnelles ne sont pas favorables pour la plupart.

Les Associations de malades ou d'usagers enfin auront beaucoup à dire et ne seront pas pour autant unanimes

2. Les constantes

Le Droit d'exercer la médecine : résulte aujourd'hui d'un accord unilatéral dans la Communauté Européenne et ne saurait être remis en cause. Il paraît donc exclu que des structures de type « officier de santé » puissent réapparaître, ni que l'exercice médical puisse être parcellisé.

Les Etudes de médecine également sont le résultat d'une négociation européenne dans leur cursus : elles resteront des études longues, 10 à 13 ans selon les spécialités et les cursus hospitaliers et universitaires. Même élargi, le Numerus Clausus ne sera pas supprimé.

La Législation du travail est désormais centrée sur les 35 heures hebdomadaires de travail, même si des retouches surviennent, il n'apparaît pas de remise en cause vraisemblable. Les activités médicales seront influencées par ce contexte environnemental, y compris dans l'exercice libéral.

La Féminisation croissante sera majoritaire en 2020. On sait que nos consœurs mènent une double ou triple vie et qu'elles rencontrent des problèmes spécifiques tout au long de leur carrière. Par ailleurs, leur attirance vers les spécialités ou mode d'exercice peu ou non soignants, et sans urgence se trouve contrariée par leur nombre même, et les généralistes y seront, par vocation ou obligation, de plus en plus nombreuses.

3. Les inconnues

A – Le nombre de médecins nécessaires

Il est impossible de définir le nombre de médecins nécessaires actuellement ou dans 10 ou 15 ans.

Les rapports récents, ni le Doyen BERLAND, ni Mme POLTRON ne s'y sont risqués.

La CNAM qui, il y a 10 ans, estimait qu'il y avait 20 000 prescripteurs de trop demeure, à cet égard, très discrète.

L'hypothèse du Pr. LANGLOIS, estimant qu'il convenait de conserver à peu près le nombre global de médecins actuels nous paraît raisonnable. Mais cela ne change en rien les nécessités de « **gain de temps médical** » pour les prochaines années de pénurie et de meilleure organisation dans tous les cas au delà même de 2020.

Les **inégalités géographiques** paraissent les plus pressantes : les difficultés sont les plus précoces et déjà reconnues dans certains cantons ruraux, dans certaines banlieues « difficiles ». **La notion de bassin de vie** paraît pertinente. Les spécialités déjà sinistrées et d'autres déjà programmées nécessitent des aménagements spécifiques.

B – Le mode d'exercice en 2020.

La question mérite d'être posée : l'exercice libéral sera t'il encore prédominant ?

- **L'existence dans un pays d'un exercice libéral important :**
 - Garantit les constantes fondamentales du libre-choix, de l'indépendance et de la responsabilité personnelle.
 - C'est un garde-fou pour les autres modes d'exercice pour justement ce qui concerne la responsabilité et l'indépendance professionnelle.
 - C'est par ailleurs un pivot sanitaire mais aussi politique entre les patients et le pouvoir, qu'il convient de ménager.
- **Mais, tout porte à croire, on vous l'a expliqué, que le mode d'exercice libéral soit plutôt en défaveur chez nos jeunes confrères et surtout consœurs.**
 - De fait, les exercices à temps partiels, les statuts salariés ou mixtes sont à la fois recherchés et disponibles, le statut du collaborateur médecin salarié est encore à l'étude.
 - Enfin, la recherche de liens structurels, l'extension des réseaux, des maisons de soins, les regroupements de garde, de plateaux techniques, des modes de prévention... **Tout donne à penser que le salariat a de l'avenir chez les jeunes médecins.**
 - Il paraît pourtant peu vraisemblable que le salariat médical devienne la norme, pour des raisons économiques évidentes : le salariat aux 35 heures dans le cadre L.M.D paraît hors de portée de la collectivité publique pour tous les médecins. Mais aussi pour des raisons éthiques que vous vous avons rapportées plus haut vis à vis du patient demandeur de soins.

**Alors ? Libéral malgré tout ? Exercice mixte généralisé voire obligatoire ?
Capitation ? Affaire importante à suivre !**

C – Le corps médical et le lobbying

Celui-ci, du seul fait de la pénurie, va évoluer dans son comportement socioprofessionnel : **le lobbying médical va évoluer et s'installer.**

Si la pléthore médicale a pu être utilisée comme un moyen de pression, tant par la CNAM que par nos gouvernants, gageons, sans angélisme, que le corps médical, « denrée » devenant plus rare, sera bientôt plus chère. On peut donc attendre des syndicats médicaux, morcelés voire explosés parfois peu représentatifs, et ce, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, qu'ils réalisent des regroupements convaincants et efficaces et effectuent un lobbying agissant auprès des partenaires : usagers, professionnels de santé, assurance-maladie, laboratoires et bien entendu élus politiques.

Ils seraient, hélas, d'autant mieux entendus, sinon écoutés, dans un contexte où les urgences défailteraient, les lits seraient plus rares et l'accès aux soins menacé !

En quelque sorte, un pouvoir médical corporatiste ! dont les moyens de pression pourraient devenir redoutables, n'étaient les engagements déontologiques.

D – Les professionnels de santé

Les pharmaciens, dont on ne peut préjuger le statut d'alors ni leur nombre (numerus clausus actuellement) pourraient, comme ils le souhaitent, voir élargir leur rôle de conseil et surveillance à celui de prescripteur « dit de proximité ».

Toutes les **autres professions de santé et médico-sociales**, que ce soit par partage de tâches, délégation de responsabilité ou, si le pouvoir en décidait, par transfert de compétences, ce qu'à Dieu ne plaise, vont accroître leur présence dans le champ médical.

De nouveaux rôles seront apparus, tant dans la démarche préalable à l'accès au médecin (secrétariats médicaux et médico-administratifs, permanenciers des réseaux, des urgences) que dans la dispense des actes diagnostiques ou thérapeutiques.

Les nouvelles compétences médicales à venir induiront des collaborateurs pour y travailler ce qui supposera de les former, diplômés et rétribuer.

E – Les patients – enfin

Le recours moins aisé auprès du médecin va retentir sur leurs comportements.

L'automédication va s'accroître, encouragée par le marché du médicament (laboratoires et pharmaciens), le déremboursement croissant des médicaments prescrits, l'éducation sanitaire accrue des individus. Les désordres iatrogènes croissants pourraient en être la rançon.

Les associations de patients ou d'usagers qui vont se développer pourraient avoir un rôle pédagogique considérable pour guider les démarches de soins.

Le manque d'écoute, déjà largement perçu dans les propos des patients et des familles, attribué aux médecins mais aussi aux infirmières ou aide-soignantes débordées risque de s'amplifier. Le danger va s'accroître de recherches d'écoutes compatissantes et intéressées : charlatans, mages, sectes

II. LES MÉDECINS EN 2020

Les Généralistes :

Le cabinet du médecin généraliste libéral isolé aura quasiment disparu et s'il perdure, essentiellement en ville, il constituera un MEP.

Le cabinet médical sera de groupe ou regroupé, mono ou pluridisciplinaire, avec des professionnels de santé attachés et des plateaux techniques de base. On y assurera la permanence des soins et les patients urgents s'y rendront. La visite aura quasiment disparu.

Entre les 55 heures hebdomadaires du médecin libéral actuel et les 35 heures du confrère salarié, il aura fallu trouver **des accommodements et des réorganisations** qui permettront de trouver à proximité les soins nécessaires.

Les secteurs de garde, élargis au maximum, on peut le gager, seront pourvus par les médecins du secteur, aidés si nécessaire par des praticiens venus d'ailleurs : remplaçants « professionnels », salariés d'une structure voisine.. ou plus lointaine.

Il n'est pas sûr, pour autant, que les incitations ou même les contraintes auront pu faire que les jeunes confrères et confrères veuillent s'installer dans des zones rurales toujours plus désertifiées ou urbaines non sécurisées.

Les spécialistes :

Regroupés autour des plateaux techniques de plus en plus lourds et coûteux, ils auront été « encouragés » à exercer dans les territoires à densité médicale insuffisante, peut-être interdits de s'installer en zone suffisamment dotée.

Pour pallier les manques dans les spécialités sinistrées, l'internat qualifiant aura du être remodelé pour ouvrir les portes nécessaires, voire indispensables, à la permanence et à l'accès aux soins, quitte à restreindre les postes sur d'autres spécialités.

Il sera probablement difficile, néanmoins, de faire en sorte que les internes deviennent accoucheuses, chirurgiennes ou anesthésistes : les papas ne veulent plus le faire aujourd'hui, alors les conjointes et les mamans demain ???

L'accès direct aux spécialistes sera d'autant moins encouragé que ceux ou celles-ci seront plus rares... et donc très sollicités.

III. CONCLUSION

1. Le fait démographique est incontournable

Prévisible, prévu et dénoncé par l'Ordre depuis longtemps, il est récemment apparu un problème à résoudre pour nos gouvernants, faute d'anticipation.

La double mission, à la fois sanitaire et gestionnaire, qu'ils doivent assumer est difficile : la gestion a pris depuis trop longtemps le pas sur la prévision sanitaire. La santé génère 9 % du PNB et les dépenses doivent être rationalisées mais les soins ne doivent pas être rationnés.

Le droit à l'accès aux soins et la prise en charge humaniste de l'individu de l'avant-naissance jusqu'à la mort dans la dignité en passant par la prévention, la maladie, le handicap et la dépendance sont une obligation politique que nous soutenons.

Face à ce problème démographique, **les patients ne seront pas inactifs** : les malades ont toujours trouvé et trouveront toujours certains qui les soigneront et d'autres qui voudront s'y risquer. Si l'offre médicale devenait, ici ou là, notoirement insuffisante, elle serait remplacée ou suppléée par les usagers, avec ou sans l'accord des autorités, au grand dam de l'égalité de l'accès aux soins.

2. La mission ordinale est claire

Nous devons faire en sorte que chaque patient puisse recevoir des soins de qualité, ce qui suppose qu'ils soient accessibles à tout moment et ce qui nous impose d'être et de rester

compétents mais aussi disponibles. Pour y parvenir, **il convient de recruter suffisamment de médecins, bien formés de surcroît, et si possible chez les jeunes français.**

En sachant que la carrière doit demeurer digne et enviable pour que la qualité de vie soit comparable à celle des autres professions.

Et, comme P. BOUET le rapportait l'an passé, nous allons **«devoir assurer avec certitude, dans un proche avenir, une activité médicale de qualité avec moins de médecins, leur activité étant plus compartimentée et souvent délocalisée. Il est temps aujourd'hui de voir la réalité qui nous entoure et son évolution. Nous possédons toutes les informations, il nous faut les rassembler et les exploiter pour réfléchir sur les choix à venir et la définition de notre conception du métier de médecin avant que celle-ci nous échappe ».**

3. L'Ordre demain

Le Conseil de l'ordre se doit de collaborer et de participer à l'effort commun pour que la mission ordinaire aboutisse. Le **« gain de temps médical »** ne nous effraie pas et nous serons d'accord pour proposer des retouches au Code de Déontologie.

- S'il s'agit d'imaginer, d'organiser la prise en charge des patients et des soins, avec un plus large recours à des collaborateurs paramédicaux, administratifs ou techniques, nous y souscrivons.
- S'il faut, pour cela, confier de nouvelles tâches déléguées à des collaborateurs à former, nous y souscrivons aussi, sous réserve que la responsabilité du médecin demeure.
- S'il faut enfin favoriser la mobilité des praticiens, et plus encore des dossiers par télétransmissions d'archives, de consultations, de vidéo-examens, nous pouvons y souscrire sous réserve de confidentialité.
- Mais nous ne pourrions accepter que soit remis en cause l'exercice médical et tout ce qui tendrait à confier à d'autres que les docteurs en médecine tout ou partie de leurs attributions. L'Ordre persiste à considérer, avec le Pr LANGLOIS, que **«les médecins pour leur formation entretenue sont les mieux « sachants » et compétents pour ce qui concerne les pathologies, leurs diagnostics et leurs traitements» et c'est là notre compétence.**
- Il nous apparaît enfin fondamental que l'accès au médecin, tant en urgence qu'en situation normale, reste aisément praticable. Le patient devra rester le décideur de consulter le médecin de son choix .

Le rapport médecin-malade, s'il n'est plus toujours un « colloque singulier » paraît devoir absolument **préserver l'écoute de la confiance et la parole médicale.** Si l'oreille et la parole ne sont pas exclusivité médicale, le médecin ne saurait l'abandonner totalement à d'autres.

L'information et le consentement, obligations légales, passent par ce dialogue mais aussi la compassion et la confiance réciproque.

Ne transigeons pas sur les fondements de notre déontologie concernant le service de l'individu, les qualités morales du médecin, le secret médical, l'indépendance, la responsabilité... sans oublier la compétence.

PROPOSITIONS

2004 est une année charnière dans nos rapports avec les pouvoirs publics :

- la réforme de l'Assurance-Maladie et de la distribution des soins,
- l'avenir des hôpitaux publics et des plateaux techniques privés,

- l'implication publique dans la permanence des soins et des urgences,
- la prise en compte du vieillissement et de la personne âgée,
- la mise en place du médecin généraliste en tant que spécialiste

Tous ces sujets nous concernent peu ou prou et sont des occasions de débattre avec les politiques de notre avenir professionnel.

Proposons une démarche qualité-santé impliquant :

- Pour les pouvoirs publics **une réponse convenable aux menaces démographiques** et leur engagement d'y faire face au plus vite.
- Pour les médecins **l'engagement de compétence** et celui de faire en sorte que **les principes de la Déontologie** continuent de régler notre profession.
- Pour les professionnels de santé qui viendront à acquérir des compétences nouvelles en matière de soins, que celles-ci **demeurent contrôlables par le corps médical**, gage de responsabilité et d'indépendance professionnelle.
- Qu'enfin, nous puissions débattre **avec les associations et les patients** sur les besoins médicaux de demain, sur le sens de notre démarche et sur ce que nous attendons d'eux.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie concernant les rapports du Dr Gérard LAGARDE et du Dr Jacques MORNAT

- Rapport BERLAND I – Démographie des professions de santé – nov. 2002.
- Rapport BERLAND II – Coopération des professionnels de santé : transfert de tâches et des compétences – oct. 2003.
- XXème Jeudi de l'Ordre sur les médecins et autres métiers de santé, quelle collaboration, quelle cohabitation (04/12/03).
- Médecins-Paramédicaux : les vases communicants – Quotidien du médecin 7407 – 20/10/03.
- Vers un partage des compétences entre médecins et paramédicaux – Concours médical 1723 – 08/12/03.
- Difficile partage des compétences médicales – Impact Médecin 53 – 24/10/03.
- Questions en économie de la santé n° 65 – mars 2003 (CREDES) : Efficacité et efficience de la délégation des actes des médecins généralistes aux infirmières.
- Démographie : difficultés présentes et à venir – Conférence inaugurale du MEDEC – (CNOM-11/03/03).
- Rapport de mission de M. Yves MATILLON – Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé (Août 2003).
- La démographie médicale future – mesures proposées par l'Ordre des Médecins – Pr Jean LANGLOIS session du CNOM de décembre 2001.
- Proposition sur les options à prendre en matière de démographie médicale – Guy NICOLAS – Michel DURET – juin 2001.
- Plan du gouvernement pour attirer les médecins dans les déserts médicaux – Quotidien du médecin 7377 – 08/09/2003.
- Bulletin de l'Ordre National des Médecins – Janvier 2002.
- Assises Nationales de l'Ordre Juin 2003 «Liberté d'exercice, liberté d'installation – Quelle médecine pour quels médecins ».
- Tout prévoir n°349 – Mars 2004.
- Claude LE PEN – « Les habits neufs d'Hippocrate - du médecin artisan au médecin ingénieur » - 1999 édition Calmann-Lévy.
- Le pouvoir médical – Revue POUVOIRS – n°89 – Édition du Seuil.
- LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Bibliographie concernant le rapport du Dr Monique VIGUIER

L'ORDONNANCE du 4 septembre 2003 - EXPLICATIONS

L'article L6121-3 permet, même explicitement, cette organisation interrégionale qui recoupe la réalité de certains départements.

Les articles suivants spécifient également implicitement l'organisation en région sanitaire ou en inter-région.

Les projets par bassin de vie relèvent du Groupement de coopération sanitaire (art. L6133-1) ou de procédures de prise en charge expérimentale (art. L6122-18).

Enfin les Conférences sanitaires prévues par l'art. L6131-1, élargies dans leur composition / conférences sanitaires antérieures permettent d'être un pôle consultatif de ces organisations expérimentales ou de GCS :

- regroupe tous les offreurs de soins publics et privés hospitaliers ou d'exercice libéral.
- sur un bassin de vie, le département ou en interdépartemental.
- sur une thématique technique (cancer, permanence des soins, chirurgie, etc...).
- gère une enveloppe financière à hauteur du nombre de personnes susceptibles d'être prises en charge.
- peut faire appel, sur son enveloppe budgétaire, à des personnes extérieures au GCS (expertise technique non disponible dans le groupe).

Les missions et le fonctionnement du GCS

- Mission fixée par l'ARH, le Conseil Général ou le préfet sur cahier des charges technique validé par les autorités sanitaires.
- Enveloppe budgétaire fixée / objectifs sur cinq ans et réévaluée tous les ans en fonction du service médical rendu, de la réalisation des objectifs.
- Utilise comme prestataires de soins ou salarié les personnes ou les institutions de son choix sur cahier des charges.

RAPPELS DES CONCLUSIONS DU RAPPORT BERLAND

Les problèmes démographiques pèsent sur l'ensemble des professionnels. Le problème est plus prégnant chez les médecins au regard des délais de formation et du délai d'effet d'un desserrement du numerus clausus.

Par exemple chez les infirmières on notera, du fait du desserrement du numerus clausus une croissance des effectifs de 39% entre 1985 et 2001. Une hausse de 43 % est enregistrée entre 1999 et 2002. L'augmentation est rapide jusqu'en 2006 et se stabilisera ensuite. 26 000 infirmières entrent en formation annuellement, 86 % d'entre elles exercent en hospitalier.

Les masseurs-kinésithérapeutes : 55 438 masseurs-kinésithérapeutes étaient en activité en 2002, soit une densité nationale de 93/100 000 habitants. A signaler un écart fort entre niveau de dépense et niveau de besoins exprimés et un décalage en quatre régions statistiquement significativement différentes en termes de revenus es professionnels (densité forte - revenus modérés dans le sud, densité faible et revenus élevés dans le Nord-Est, densité forte et revenus moyens en Ile-de-France et Rhône-Alpes). L'augmentation de 20% est estimée pour 2020. 78 % d'entre eux présentent une activité de type libéral

On peut donc s'interroger, en terme de santé publique, sur un projet visant à les rendre auto-prescripteurs, la prescription et le contrôle étant ainsi découplée de l'exercice médical.

Au 1° janvier 2001, 196 000 médecins en activité, dont 101 145 omnipraticiens et 94 855 spécialistes, soit 52 % généralistes et 48 % spécialistes

La densité médicale actuelle ¹ est de 335 pour 100 000 habitants ; 60% des professionnels exercent en libéral. Cependant si 70 % des généralistes exercent en libéral la moitié seulement des spécialistes exerce en ville ou en hospitalisation privée. Seuls 27 % des libéraux exercent en groupe.

A supposer que les comportements actuels d'installation et de départ à la retraite restent stables² et au regard de l'évolution démographique estimée, 20% de la population médicale aura disparue d'ici 2020, passant ainsi à 253 médecins pour 100 000 h, avec une diminution sensible dès 2002 et perceptible dès 2012. La régulation par desserrement du numerus clausus ne peut aboutir qu'à des modifications d'ici 12 à 14 ans.

¹ Chiffres DRESS

² ce qui n'est pas le cas voir rapport M. BOUET, urbanisation, fonctionnarisation et féminisation sont les trois mamelles du changement comportemental en cours

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

Le Président de la République,

« Chapitre VI

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

« Contrôle

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 Ier

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

Article 1

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

1° 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° Dans la deuxième phrase, les mots : « A cette fin et » sont supprimés et les mots : « aux titres Ier et II du » remplacés par le mot : « au » ;

3° 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° Au treizième alinéa, les mots : « qui peuvent lui déléguer leur signature » sont supprimés.

2° 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 Ier du livre Ier de la sixième partie du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. 174-1-1 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 Ier

Aménagement du schéma d'organisation sanitaire

Article 5

I. - Le chapitre Ier du titre II du livre Ier 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, interrégional 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 1er 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 Ier du livre Ier 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

oeuvre, 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 oeuvre, 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 oeuvre 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 oeuvre.

« 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° Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Définit par activité et équipement les territoires de santé mentionnés à l'article L. 6121-2 ; »

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Arrête le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-1 ; »

3° Les 4° à 9° sont numérotés 3° à 8° ;

4° Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° Passe les conventions relatives à la santé mentale mentionnées à l'article L. 3221-1 ; »

5° Il est ajouté un 10° ainsi rédigé :

« 10° 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° 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 oeuvre 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 bénéficiaire 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 oeuvre 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 préjudice 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 oeuvre 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 relatives 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 oeuvre 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 oeuvre ;

« 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 Ier du titre III du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« 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 oeuvre, 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 Ier 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 Ier 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 Ier du titre II du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« 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 Ier 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 Ier est ainsi rédigé : « Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires ».

III. - L'intitulé du chapitre III du titre Ier 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° Il est inséré au titre Ier un chapitre V intitulé : « Permanence des soins » et comprenant un article L. 6315-1.

2° 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 Ier

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° Au 2°, les mots : « un groupement de coopération sanitaire, » sont insérés après le mot : « créer » ;

2° 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° 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 1er 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° Au premier alinéa, les mots : « ainsi que la création d'un établissement public de santé interhospitalier » sont supprimés ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « avant la transformation ou la création mentionnées » sont remplacés par les mots : « avant la transformation mentionnée » ;

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

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

5° 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 Ier du titre Ier 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° 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° Dans la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 6133-3 du même code, le mot : « exclusivement » est supprimé.

2° 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° 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° 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 coopération 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° 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° 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° 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 Ier 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 structure 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 territoriale 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 alloté, 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° 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 autorisations 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° 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 autorisations 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° 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° 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'organisation 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 Ier 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 la 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.

Décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003

Décret relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes

Le Premier ministre,

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

Vu la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, et notamment son article 25 ;

Vu la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, et notamment son article 39 ;

Vu l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 modifiée relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, notamment son article 4 ;

Vu le décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ;

Vu l'avis du comité interministériel et de coordination en matière de sécurité sociale en date du 1er août 2003 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 7 août 2003

Article 1

Pour déterminer les zones mentionnées à l'article 4 de l'ordonnance du 24 avril 1996 susvisée dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins, le représentant de l'Etat dans la région procède au recensement des difficultés d'accès aux soins à partir des données relatives à la géographie, à la densité médicale, à la démographie et aux politiques publiques relatives à la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale ainsi que l'organisation des soins sur ces secteurs.

Article 2

Une zone est considérée comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins cinq mille habitants sont constatées des difficultés d'accès au médecin généraliste. Ces difficultés sont établies lorsque trois des quatre conditions suivantes sont réunies

1° Les habitants ne peuvent bénéficier de soins dispensés par un médecin généraliste dans un délai de déplacement inférieur à quarante minutes ;

2° L'effectif de médecins est inférieur à l'équivalent de trois médecins généralistes exerçant la médecine générale à temps plein pour cinq mille habitants ;

3° Le volume d'activité des médecins généralistes est supérieur à sept mille cinq cents actes par an pour 75 % des médecins du territoire considéré ;

4° Est satisfait au moins l'un des trois critères suivants :

a) La proportion de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans est supérieure à 10 % de la population sur le territoire considéré ;

b) La proportion de bénéficiaires de minima sociaux, de la couverture médicale universelle ou de personnes souffrant d'une affection de longue durée est supérieure à la moyenne nationale et régionale sur le territoire considéré ;

c) Le territoire considéré est qualifié au titre de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale.

Article 3

Le représentant de l'Etat dans la région arrête les zones éligibles après avis du comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Il recueille également l'avis des instances départementales et régionales de l'ordre des médecins, des médecins déjà installés dans la zone concernée et des collectivités territoriales intéressées, ainsi que celui de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de l'agence régionale de l'hospitalisation concernées.

Article 4

Tous les trois ans au moins, il est procédé à une révision des zones retenues.

Article 5

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n° 2004-252 du 19 mars 2004

Décret relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de l'éducation, et notamment les articles L. 632-4 et L. 632-12 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4111-1, L. 4127-1 et L. 4131-1 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 30 janvier 2004 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1

Les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue.

Article 2

L'obtention de la qualification de spécialiste, mentionnée à l'article 1er, relève de la compétence de l'ordre national des médecins. Les décisions sont prises par le conseil départemental de l'ordre après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant le conseil national, qui statue après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité auprès de lui.

Article 3

Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée.

Article 4

La composition des commissions, la procédure d'examen des dossiers et la liste des spécialités sont fixées par un arrêté du ministre portant règlement de qualification, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

Article 5

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.