



Assemblée nationale,
commission des affaires sociales

Amendements
concernant les centres de santé
adoptés en 1ère lecture

AMENDEMENT N°AS1680

présenté par

M. Ferrand, rapporteur

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 51, insérer l'article suivant:

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit d'intégrer les centres de santé comme des acteurs à part entière de la permanence des soins et de les associer aux réflexions et décisions la concernant.

Cette inscription est indispensable pour intégrer les centres de santé dans les comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°AS1644

présenté par

M. Ferrand, rapporteur

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 51, insérer l'article suivant:

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet d'inscrire "en dur" dans le projet de loi les dispositions que le d du 3° du I de l'article 51 habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance.

Il s'agit, selon l'étude d'impact, de supprimer "la condition obsolète de présence physique du médecin" aux côtés du manipulateur d'électroradiologie.

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°AS1683

présenté par

M. Ferrand, rapporteur

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 51, insérer l'article suivant:

Après le quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'identification du lieu de soins à l'extérieur des centres de santé et l'information du public sur les activités et les actions de santé publique ou sociales mises en œuvre, sur les modalités et les conditions d'accès aux soins ainsi que sur le statut du gestionnaire, sont assurées par le centre de santé. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet alinéa vise à préciser les obligations des centres en matière d'information des usagers sur les activités de soins, ou hors soins, de la structure ainsi que sur les modalités d'accès aux soins.

L'ensemble contribue à éclairer le libre choix de l'utilisateur et à l'informer sur les conditions sociales d'accès aux soins.

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°AS1682

présenté par

M. Ferrand, rapporteur

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 51, insérer l'article suivant:

Le quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « publics ou privés à but non lucratif ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

En conformité avec la vocation sociale des centres de santé, il s'agit de restreindre aux établissements de santé non commerciaux, la possibilité de gérer des centres de santé.

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°AS1678

présenté par

M. Ferrand, rapporteur

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 51, insérer l'article suivant:

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, après le mot : « hébergement » est complétée par les mots et une phrase ainsi rédigés :

« , au centre ou au domicile du patient, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les tarifs opposables. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser les missions des centres de santé.

Elle vise également à introduire l'obligation de pratiquer, outre le tiers payant, les tarifs conventionnels sans dépassement. Cette dernière disposition ne figure jusqu'à présent que dans l'accord national des centres de santé et n'apparaît dans aucun article législatif concernant les centres de santé, contrairement à la pratique du tiers payant

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°AS1743 (Rect)

présenté par

le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 12, insérer l'article suivant:

Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« Pacte national de lutte contre les déserts médicaux

« Art. L. 1434-13. Le pacte national de lutte contre les déserts médicaux a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire.

« Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à :

« 1°) promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé en fonction des besoins des territoires ;

« 2°) accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé notamment dans le cadre des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles mentionnées à l'article L. 1434-11.

« Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés.

« Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-9.

« Un comité national est chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'établir un bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants de professionnels de santé et d'élus selon des modalités définies par décret. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de lutter contre la désertification médicale et de consolider la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé engagé en décembre 2012, le présent article vise à créer un programme national de lutte contre les déserts médicaux.

Le Pacte Territoire santé a été élaboré à partir du constat que les politiques menées jusque là pour répondre aux difficultés démographiques de certains territoires ont échoué, car elles se sont appuyées sur des dispositifs isolés, ponctuels, sans cohérence d'ensemble, et n'ont pas suffisamment mobilisé les acteurs concernés. Ce plan ambitieux, élaboré après que les obstacles à l'installation aient été identifiés, est articulé autour de trois grandes priorités : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice et investir dans les territoires isolés.

Les derniers éléments de bilan confirment bien qu'une nouvelle dynamique est lancée en étroite collaboration avec les acteurs concernés, les professionnels et les élus notamment. Peuvent être mentionnés par exemple les 370 contrats de praticien territorial de médecine générale signés, plus de 800 maisons, pôles ou centres de santé seront ouverts d'ici la fin de l'année 2015.

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°AS941

présenté par

*Mme Fraysse, M. Asensi, M. Bocquet, Mme Buffet,
M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux,
M. Chassaingne, M. Dolez et M. Sansu*

ARTICLE 17

À l'alinéa 5, après la seconde occurrence du mot :

« national »

insérer les mots :

« ou en cas d'opposition formée à l'encontre de l'accord par au moins la moitié des organisations représentatives des centres de soins infirmiers ou au moins la moitié des organisations représentatives des centres de santé médicaux, dentaires et polyvalents, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 17 introduit la procédure du recours au règlement arbitral mais il omet de prévoir la possibilité d'opposition par des organisations représentatives des centres de santé. Le présent amendement introduit cette possibilité.

ADOPTÉ

SOUS-AMENDEMENT N°AS1696

présenté par

Mme Laclais, rapporteure

à l'amendement n° AS/977 du Gouvernement

ARTICLE 26

Compléter le quarante-et-unième alinéa par les mots :

« , les centres de santé et les maisons de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les actions des établissements de santé doivent également pouvoir être coordonnées avec les structures telles que les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3.

Les pôles, étant abrogés par l'article 12Bis qui crée les communautés professionnelles territoriales de santé, ne sont donc pas mentionnés ici.

Cet amendement permet de s'assurer que la notion de parcours de soins soit bien envisagée sous l'angle d'actions sanitaires complémentaires et non exclusives.

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°AS978 (Rect)

présenté par

le Gouvernement

ARTICLE 38

Rédiger ainsi l'article 38 :

« I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie est ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Territorialisation de la politique de santé

« Section 1

« Projet régional de santé

« Art. L. 1434-1. – Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Art. L. 1434-2. – Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

« 2° D'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans, établissant des prévisions d'évolution sur l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, incluant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accompagnement médico-social, et définissant des objectifs opérationnels, qui peuvent être mis en œuvre par des contrats territoriaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-14, par des contrats territoriaux en santé mentale tels que définis au L. 3221-2 ou par des contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-9.

« Les objectifs du schéma régional de santé visent à améliorer l'accessibilité des services et renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité, la pertinence des prises en charge et des interventions en prévention. Ils contribuent à faciliter l'organisation des parcours de santé, notamment pour les malades chroniques, les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

« Art. L. 1434-3. – I. – Le schéma régional de santé :

« 1° Indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-11 et de soins de second recours mentionné à l'article L. 1411-12 ; les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

« 2° Fixe pour chaque zone définie au a du 2° de l'article L. 1434-8, les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, les créations et suppressions d'implantations ainsi que les transformations, regroupements et coopérations entre les établissements de santé ;

« 3° Fixe les objectifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux b, d et f de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ;

« 4° Définit l'offre d'examen de biologie médicale mentionnés à l'article L. 6222-2 en fonction des besoins de la population.

« II. – Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé sont compatibles avec les objectifs fixés en application des 2° et 3° du I du présent article.

« III. – Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

« Art. L. 1434-4. – Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

« – les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« – les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles la convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale a prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement.

« Dans les zones mentionnées au premier alinéa sont mises en œuvre les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment par les articles L. 1435-4-2, L. 1435-5-1, L. 1435-5-2, L. 1435-5-3, L. 1435-5-4 du présent code, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, par l'article 151 *ter* du code général des impôts, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 1434-5. – L'illégalité pour vice de forme ou de procédure du projet régional de santé et de ses composantes prévues à l'article L. 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

« Art. L. 1434-6. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application de la présente section et notamment :

« 1° Les règles d'adoption et les consultations préalables du projet régional de santé permettant notamment son articulation avec les autres documents de planification propres à l'ensemble des politiques publiques ;

« 2° Les conditions dans lesquelles des activités et équipements particuliers peuvent faire l'objet d'un schéma interrégional de santé ou d'un schéma régional de santé spécifique ;

« 3° Les modalités selon lesquelles sont prévues par convention la participation des organismes et services d'assurance maladie à la définition et à la mise en œuvre du projet régional de santé ainsi que la coordination des actions prévues par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ;

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

« Section 2

« Conditions de fongibilité des crédits

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

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

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

« Section 3

« Territoires et conseils territoriaux de santé

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

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

« 2° Les zones donnant lieu :

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

« b) À l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4 ;

« Art. L. 1434-9. – I. – Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-8.

« Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. Il organise en son sein l'expression des usagers.

« II. – Le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé précisé au III en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-11 du même code.

« Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

« Il est informé des créations de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnées à l'article L. 6327-2 ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'Union régionale des professionnels de santé.

« L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux.

« III. – Le diagnostic territorial partagé a pour objet de caractériser les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de revitalisation rurale

« En santé mentale, le diagnostic territorial est établi conformément au II de l'article L. 3221-2.

« IV. – La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social.

« Art. L. 1434-10. – Un décret en Conseil d'État détermine :

« 1° Les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des agences régionales de santé déterminent les territoires et les zones prévus à l'article L. 1434-8 ;

« 2° La composition, les modalités de fonctionnement et de désignation des membres des conseils territoriaux de santé. » ;

« 2° Le 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa, les mots : « , l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière » sont remplacés par les mots : « et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, » ;

« b) Au a, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé » ;

« c) Au c, le mot : « soins » est remplacé par les mots : « prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale » et la référence : « L. 1434-7 » est remplacée par la référence : « L. 1434-2 » ;

« d) Au e, après le mot : « veillent », sont insérés les mots : « à la qualité des interventions en prévention, promotion de la santé, » ;

« e) Au f, après le mot : « accès », sont insérés les mots : « à la prévention, la promotion de la santé, » ;

« f) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« k) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;

« l) Elles s'associent avec les universités, les établissements de santé et l'ensemble des acteurs de santé, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou autres organismes de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé » ;

« 3° Le chapitre II du titre III du livre IV de la première partie est ainsi modifié :

« a) Le 2° de l'article L. 1432-1 est ainsi modifié :

« – au premier alinéa, les mots : « assurer la cohérence et la complémentarité des » sont remplacés par les mots : « coordonner les » ;

« – au deuxième alinéa, après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « et de la promotion de la santé » ;

« b) Au dixième alinéa du I de l'article L. 1432-3, les mots : « plan stratégique » sont remplacés par les mots : « projet » ;

« c) L'article L. 1432-4 est ainsi modifié :

« – à la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « conférences de territoire » sont remplacés par les mots : « conseils territoriaux de santé » ;

« – à la deuxième phrase du troisième alinéa, les mots : « plan stratégique » sont remplacés par le mot : « projet » ;

« – la dernière phrase du même alinéa est ainsi rédigée : « Elle procède, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé ou médico-sociaux et de la qualité des prises en charge et des accompagnements et peut faire toute proposition d'amélioration sur les territoires au directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

« 4° Le deuxième alinéa de l'article L. 1433-2 est ainsi rédigé :

« Ce contrat définit les objectifs et priorités d'actions de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1. Il comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé qui fixe des objectifs chiffrés d'économies. Il est conclu pour une durée de cinq ans et est révisable chaque année. Il fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs. » ;

« 5° À la fin de la seconde phrase du I de L. 1435-4-2 et à la fin de la première phrase du premier alinéa des articles L. 1435-5-1, L. 1435-5-2, L. 1435-5-3 et L. 1435-5-4, les mots : « définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins » sont remplacés par les mots : « caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4 » ;

« 6° Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la troisième partie est ainsi modifié :

« a) Les trois derniers alinéas de l'article L. 3131-7 sont supprimés ;

« b) L'article L. 3131-8 est ainsi modifié :

« – à la fin du premier alinéa, les mots : « blanc élargi » sont remplacés par les mots : « départemental de mobilisation » ;

« – les quatre derniers alinéas sont supprimés ;

« c) Les a) et b) de l'article L. 3131-11 sont ainsi rédigés :

« a) Le contenu et les modalités d'élaboration du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle, dénommé ORSAN ; » ;

« b) Le contenu et les procédures d'élaboration du plan zonal de mobilisation, du plan départemental de mobilisation et des plans blancs des établissements pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ;

« 7° Au livre II de la sixième partie, les mots : « territoire de santé » sont remplacés à toutes les occurrences par les mots : « zone déterminée en application des dispositions du b du 2° de l'article L. 1434-8 » et les mots : « territoires de santé infrarégionaux » par les mots : « zones déterminées en application des dispositions du b du 2° de l'article L. 1434-8 »

« II. – À l'article 151 *ter* du code général des impôts, les mots : « définie en application de l'article L. 1434-7 » sont remplacés par les mots : « caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 » ;

« III. – L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

« 1° Après le mot : « supérieur », la fin du troisième alinéa est supprimée ;

« 2° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

« a) Après la seconde occurrence du mot : « exercice », la fin de la première phrase est supprimée ;

« b) Après la même première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Ces lieux d'exercice sont situés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4. »

« IV. – A. – Les projets régionaux de santé prévus à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la présente loi entrent en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier 2018.

« Le projet régional de santé applicable dans chaque région à la date de promulgation de la présente loi reste en vigueur jusqu'à la publication dans la région du projet régional de santé mentionné au premier alinéa.

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

« C. – Jusqu'à l'installation des conseils territoriaux de santé prévus à l'article L. 1434-9 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi, les attributions de ces conseils sont exercées par les conférences de territoire prévues à l'article L. 1434-17 du même code dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Pour l'essentiel, cet amendement tire les conséquences de la modification de l'article 12.

- La principale disposition porte sur la création d'un conseil territorial de santé, sur chacun des territoires de démocratie sanitaire de niveau infrarégional, définis par l'ARS. Le CTS sera notamment composé d'élus et de représentants de l'ensemble des acteurs de santé du territoire, professionnels comme usagers.

Les missions du conseil sont renforcées, en articulation avec les projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé introduites par l'article 12.

Le conseil territorial de santé contribue au diagnostic territorial partagé, défini dans une acception globale. Un renvoi à l'article 13 est effectué pour ce qui concerne la santé mentale. Le conseil territorial de santé participe également à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du PRS.

- Le PRS pourra être mis en œuvre, au sein des territoires, par des contrats territoriaux de santé, des contrats territoriaux en santé mentale et des contrats locaux de santé réintroduits.

- Il est précisé que les besoins en implantation pour les soins de premier et second recours indiqués par le schéma régional de santé ne seront pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

- Les zones sur-denses et sous-denses seront arrêtées après concertation avec les représentants des professionnels concernés. Il est précisé que la définition des zones sur-denses se limite aux professionnels de santé pour lesquels des mesures de limitation d'accès ont été prévues dans le cadre conventionnel. Les zones d'organisation des soins de premier recours sont supprimées car non nécessaires compte tenu des zonages sur et sous denses et des projets des équipes de soins primaires introduites par l'article 12.

- L'ensemble des acteurs de santé peuvent participer comme les établissements de santé à l'organisation territoriale de la recherche en santé.

- Dans les articles de mise en cohérence des dispositions du code de la santé publique, du code des impôts et du code de l'éducation avec les nouvelles dispositions relatives aux zonages, diverses références sont modifiées pour tenir compte des modifications introduites.