

Proposition de loi

PRÉSENTÉE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 11 DE LA CONSTITUTION

de programmation pour garantir un accès universel à un service public hospitalier de qualité

présentée par...

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

L'hôpital public est un bien commun ancré au cœur du pacte républicain et de l'Etat social auquel les Français sont considérablement attachés. Le principe de solidarité sur lequel est bâti le système de soins Français est unique au monde et fait partie de notre identité nationale. La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a confirmé combien l'hôpital public est partie prenante et indispensable pour garantir une offre de soins universelle. « La santé gratuite sans condition de revenu, de parcours ou de profession, notre Etat-providence ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe » a d'ailleurs déclaré le président de la République, M. Emmanuel Macron, le 12 mars 2020.

Néanmoins, la paupérisation de ce service public emblématique est constante. La pénurie financière, matérielle et humaine sacrifie l'égalité d'accès aux soins qui, pourtant, est la préoccupation majeure des Français. Ils l'expriment régulièrement dans toutes les enquêtes d'opinion, et plus récemment dans le cadre du Grand débat national engagé par le gouvernement en janvier 2019 : alors même que la santé n'avait pas été mise en avant dans les thématiques proposées, l'hôpital public était identifié parmi les milliers de contributions comme la première préoccupation des Français et le service public à renforcer.

Le constat d'une dégradation progressive des moyens humains et matériels à la disposition du service public hospitalier est aujourd'hui unanimement partagé.

Cette situation, aggravée par un contexte sanitaire exceptionnel, résulte d'une triple crise entremêlée à laquelle il convient de remédier.

Premièrement, une crise humaine. Prendre soin de l'autre ne peut être réduit à une activité technique mesurable. Les professionnels qui s'engagent dans le soin en sont conscients. Ils savent évaluer le temps nécessaire au soin et la charge de leur travail. Or, les modalités actuelles de calcul de la performance économique tendent à favoriser les dimensions techniques du soin. Elles entraînent une perte de sens et d'attractivité des métiers de la santé ainsi que la souffrance des soignants. La conséquence, largement documentée, est une dégradation de la qualité et de la sécurité des soins

qu'il devient urgent de prendre en considération dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé.

Deuxièmement, le mode de financement de l'hôpital public devrait permettre de financer l'ensemble des missions qui lui incombent. Pourtant, les lois de financement de la sécurité sociale votées chaque année imposent un Objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) pour l'hôpital systématiquement en dessous de ses dépenses et des charges nécessaires pour assurer les soins. Affaiblis par la dette ainsi générée, les hôpitaux ne peuvent plus emprunter et donc investir. Cette crise de financement est d'autant plus inacceptable qu'il s'agit d'une dette contractée en défaveur de l'intérêt général.

Troisièmement, une crise démocratique. Afin de garantir les meilleurs soins à toutes et tous, les priorités et les stratégies des établissements doivent être mises au service du droit à la santé. L'ambition de prodiguer pour chacun de justes soins aux justes coûts nécessite une définition loyale, partagée, concertée et territoriale des besoins. Avec le même objectif, le fonctionnement des hôpitaux doit prioritairement être tourné vers la réponse aux besoins en santé.

Au-delà des sondages et du Grand débat national, les Français ont manifesté leur inquiétude et leur volonté d'action par des pétitions signées par des centaines de milliers de personnes ayant récemment justifié la saisine du Conseil économique, social et environnemental (CESE) au titre de l'article 69 de la Constitution.

Dans son avis adopté à l'unanimité et motivé par de nombreuses auditions et une consultation citoyenne exceptionnelle par son ampleur (plus de 500 000 votants), le CESE fait le constat de cette triple crise humaine, financière et démocratique au sein de l'hôpital public et préconise que soient mises en place des dispositions législatives permettant de garantir l'accès universel à un service public hospitalier de qualité comme le prévoit le préambule de la Constitution de 1946.

La présente proposition de loi référendaire s'inspire en partie de ces préconisations en renforçant ou modifiant les dispositions législatives qui répondent à cet objectif. Les enjeux qui y sont attachés s'inscrivent dans le cadre de la politique sociale de la France et des services publics qui y concourent ; ils justifient donc qu'elle puisse être soumise à l'approbation de l'ensemble des Français dans les conditions prévues par l'article 11 de la Constitution. Elle revêt par ailleurs la forme d'une loi de programmation au sens de l'article 34, al. 20 de la Constitution, de par son ambition de fixer les objectifs de l'action de l'État permettant de garantir un accès universel à l'hôpital public. En complément, des dispositions d'ordre budgétaire et financier pourront utilement venir en soutien de ces objectifs en suivant les procédures législatives qui leur sont propres.

CHAPITRE PREMIER – Objectifs de la politique de l'État en faveur de l'hôpital public

Conformément à l'article 34, al. 20 de la Constitution relatif aux lois de programmation, l'**article 1er** de la proposition de loi énonce les objectifs de l'action résolue que doit mener l'État en faveur de l'hôpital public afin de remédier à la situation préoccupante qui est la sienne aujourd'hui. Fondée sur le principe d'égalité d'accès aux soins, la politique de l'État s'articulera en conséquence autour des notions de besoins en santé de la population et de juste coût des soins prodigués à l'hôpital.

L'ensemble de ces objectifs font l'objet de dispositions des chapitres suivants de la proposition de loi.

CHAPITRE II - Garantir pour toutes et tous des soins de qualité, en toute sécurité

L'**article 2** vise à définir un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé ou pris en charge en ambulatoire pour garantir la qualité et la sécurité des soins et de bonnes conditions de travail pour les personnels.

En effet, la préoccupation majeure des soignants concernant le manque de temps et de moyens humains concourant à la dégradation de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins s'est imposée lors des contributions au Grand débat national organisé en février 2019. Ce manque de temps déshumanise les prises en charge, l'humain disparaît au profit de l'acte technique. De nombreux travaux académiques ont confirmé qu'une présence soignante insuffisante auprès des patients hospitalisés se traduisait par une augmentation de la mortalité hospitalière et des risques psychiques pour les soignants. Il faut donc adapter les effectifs et les compétences aux besoins et spécificités des activités sans oublier que le soin ne se réduit pas à des actes techniques.

Il est proposé à cet effet d'instituer, pour chaque spécialité et type d'activité de soin, un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires. Ce ratio servira à déterminer le nombre minimal d'infirmiers ou infirmières et d'aides-soignantes ou aides-soignants de jour et de nuit présents et prévus en équivalents temps plein rémunérés (ETPR). Il sera établi au plan national par la Haute Autorité de santé, dont l'indépendance, notamment à l'égard des financeurs, est garantie.

Dans chaque établissement, la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIMRT) sera chargée de la mise en œuvre de ces ratios et pourra proposer de les augmenter en fonction des spécificités de l'établissement.

L'**article 3** a pour objet de garantir le nombre de lits hospitaliers nécessaires à la prise en charge des malades en adéquation avec les besoins en santé de la population.

Les décisions de fermeture de lits hospitaliers ne peuvent pas être contingentes en fonction d'une évaluation basée sur la performance du système de soin ni au prétexte qu'ils ne répondent pas à des critères de rentabilité économique, souvent construits subjectivement.

L'universalité de l'accès à l'hospitalisation est rendue de plus en plus difficile, en particulier du fait de la réduction toujours croissante du nombre de lits d'hospitalisation. Partout sur le territoire les hôpitaux suppriment des places d'hospitalisation. 4 000 lits ont été supprimés en 2018 et 3 400 en 2019. Malgré les tensions hospitalières majeures liées à l'épidémie de coronavirus, exacerbant les difficultés à trouver des lits d'hospitalisation pour les patients en ayant besoin, cette tendance ne s'est pas inversée.

Il est proposé en conséquence que le nombre de lits hospitaliers à ouvrir ou à fermer et leur répartition sur chaque territoire, laquelle relève des Agences régionales de santé (ARS), soient fondés sur une évaluation des besoins en santé. Il pourra être tenu compte pour cela de l'évaluation des besoins en conditions habituelles (base) mais aussi en conditions exceptionnelles (crise

sanitaire). Cette évaluation devra être mise à jour selon les perspectives d'évolution démographique et d'évolution des recommandations professionnelles de prise en charge.

Ces besoins en santé doivent être définis de manière juste, loyale, objective et indépendante en s'appuyant sur une concertation impliquant différents acteurs et en particulier : représentants de soignants de toutes catégories, représentants d'usagers et/ou comités d'usagers du territoire, experts en santé publique, représentants de la société civile, élus, centres communaux ou intercommunaux d'action sociale...

C'est pourquoi il est proposé qu'à l'échelon territorial, chaque Conseil territorial de santé (CTS) soit chargé de déterminer, au moins annuellement, les besoins en santé du territoire qu'il recouvre ainsi que les besoins en lits et en recrutements des établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Ces besoins sont exprimés à la fois pour l'année en cours et pour les années suivantes. Ils sont transmis à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie dont relève le CTS. C'est ensuite sur la base des besoins établis par la conférence régionale que l'ARS attribue les moyens aux établissements.

CHAPITRE III - Garantir le financement pérenne de l'hôpital public au juste coût des soins prodigués.

La dotation accordée aux hôpitaux publics par les gouvernements successifs est systématiquement inférieure au coût réel des soins hospitaliers. Le financement des hôpitaux est fondé sur la performance, la compétitivité et une certaine approche de la rentabilité économique, malmenant le soin dans sa définition et les conditions de sa réalisation. Les contraintes budgétaires étrangent l'hôpital et concourent à la dégradation des soins, des conditions de travail des soignants. L'endettement majeur imposé aux structures hospitalières empêche les investissements nécessaires à l'exercice de leur mission de service public.

Or, ce n'est pas la logique financière de court terme qui doit dicter le niveau de dépenses de santé, mais une décision démocratique qui doit délibérer sur un panier de soins auquel toutes et tous devraient avoir accès sans contraintes financières. Le financement doit garantir l'universalité de l'accès aux soins.

Le calcul de l'Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) doit s'appuyer sur les besoins de santé de la population et ses évolutions attendues. Le périmètre de l'ONDAM doit également être redéfini, en limitant les prestations hors ONDAM. Il convient par exemple d'en exclure le financement de l'investissement immobilier hospitalier issu de plans d'initiative gouvernementale.

Il est proposé, par l'article 4, de mener un débat sur ces sujets au sein de la Conférence nationale de santé, qui regroupe l'ensemble des acteurs du système de santé. Le rapport issu de ce débat ainsi que d'une consultation publique devra en particulier porter sur :

- les conditions dans lesquelles le financement des établissements assurant le service public hospitalier et la tarification de leurs activités permettent de garantir la satisfaction des besoins de soins ;
- les critères à mettre en œuvre dans le même objectif pour la définition et la répartition de l'ONDAM ;
- les charges financières pesant indûment sur les établissements assurant le service public hospitalier, en particulier au titre de la dette.

Dans le même temps, il est demandé au Gouvernement, par l'**article 5**, de remettre au Parlement un rapport présentant la situation dans les hôpitaux publics, du nombre de lits et de soignants disponibles, ainsi que les modalités de financement de l'hôpital public permettant de garantir à tous et sur tout le territoire un accès universel et pérenne à un service public hospitalier de qualité.

Il convient tout particulièrement de rendre plus justes les modalités de financement de l'hôpital public. Des modes de financement tenant compte de la pertinence des soins et les besoins de santé doivent en effet prévaloir sur le dévoiement de la tarification à l'activité (T2A) qui incite à faire toujours plus d'actes, parfois sans bénéfice pour les malades. En réalité, les tarifs doivent être définis en fonction seulement des coûts de prise en charge par pathologie.

Il faut donc mettre en place un mécanisme qui permette de déterminer le coût réel des soins hospitaliers afin que les forfaits proposés ne soient ni trop hauts, ce qui serait contraire à l'efficacité, ni trop bas, ce qui mettrait les hôpitaux en difficulté. En conséquence, l'**article 6** pose le principe selon lequel le financement d'un établissement de santé lié à la tarification à l'activité ne doit pas être supérieur à la moitié de ses revenus.

L'**article 7** prévoit quant à lui que la Conférence nationale de santé détermine les activités, actes et soins justifiables de la mise en œuvre d'une tarification à l'activité par les établissements de santé. Son avis conforme sera requis pour la fixation des tarifs par le gouvernement.

Il est ainsi possible d'envisager que la tarification à l'activité soit réservée aux séjours et actes les plus techniques, standardisés et programmables de la médecine hospitalière. D'autres modalités de financement doivent être mises en place selon les situations pour les autres types de soins : dotation globale, forfait ou financement au parcours.

CHAPITRE IV - Garantir les moyens d'une démocratie sanitaire et une administration des établissements de santé au service du juste soin

Les dispositions de ce chapitre visent en premier lieu à renforcer la démocratie sanitaire à l'échelon national comme à celui de l'établissement.

Ainsi convient-il d'affirmer le rôle majeur que doit jouer la Conférence nationale de santé, qui réunit l'ensemble des acteurs du système de soins. L'**article 8** prévoit à cet effet qu'elle n'ait plus seulement un rôle consultatif.

A l'échelon des établissements, les enjeux portent à la fois sur la gouvernance et sur les structures hospitalières.

Tout d'abord, l'association des usagers à la gouvernance doit être une priorité. La fonction de la Commission des usagers (CDU) sera valorisée grâce aux dispositions de l'**article 9**. Celui-ci prévoit que le président de la CDU est élu parmi les usagers, permet à la CDU de s'autosaisir sur les sujets relevant de sa compétence et ouvre la possibilité pour le président de la CDU et un autre usager de siéger au directoire.

Il convient ensuite de répondre aux difficultés nées d'une gouvernance des hôpitaux qui repose très largement sur les directeurs ou directrices. Trop souvent, la tendance est de renforcer les obligations de rendre compte et les contrôles, plutôt que de faire confiance en l'expertise et la compétence de la communauté soignante. Ainsi, la Commission médicale d'établissement (CME), instance consultative qui représente la communauté médicale, pharmaceutique, maïeuticienne et odontologique, n'a aucun pouvoir décisionnel. Dans ces conditions, la fonction de son président ou de sa présidente, élu(e) par ses pairs, s'est considérablement amoindrie. Pour sa part, la CSIRMT, autre instance consultative, réunit des collègues de paramédicaux élus dans chaque métier (Infirmières, aides-soignants, rééducateurs, médico-techniques, cadres). Cette Commission est présidée de droit par le directeur ou la directrice du service des soins infirmiers, membre de l'équipe de direction, ce qui fait obstacle à la vocation représentative de cette Commission puisque son président n'est pas élu.

Une réelle prise en compte de l'avis de ces commissions est indispensable pour améliorer l'organisation des soins médicaux et paramédicaux et donc proposer à la collectivité le juste soin au moindre coût. Il convient dès lors de se donner les moyens de retrouver une gouvernance équilibrée des hôpitaux.

Dans cet esprit, l'**article 10** autorise la CME et la CSIRMT à s'autosaisir sur les sujets relevant de leur compétence. Il dispose en outre que, comme la CME, la CSIRMT élit son président en son sein.

Enfin, sont modifiées certaines dispositions du code de la santé public relatives à l'organisation interne des établissements publics de santé. C'est en effet au niveau organisationnel du service hospitalier que sont prodigués les soins : il s'agit du niveau le plus pertinent et approprié pour définir les organisations et la gestion des ressources matérielles et humaines. Les services doivent être gérés comme des collectifs interprofessionnels à la fois solidaires et créatifs, respectueux de chaque professionnel.

Il convient donc de privilégier des organisations au plus près du soin. C'est pourquoi l'**article 11** vise à subordonner désormais la mise en place des pôles d'activité hospitaliers à une demande exprimée par la commission médicale d'établissement, laquelle maîtrise l'ensemble des paramètres médicaux. Les pôles qui existent à l'heure actuelle dans les établissements ne seraient maintenus que sur demande expresse de la CME.

PROPOSITION DE LOI

CHAPITRE IER

Objectifs de la politique de l'État en faveur de l'hôpital public

Article 1er

La politique de l'État en faveur de l'hôpital public met en œuvre l'égalité d'accès de la population aux soins en assurant la réalisation effective du principe selon lequel la République garantit à toutes et tous, et sur tout le territoire, un accès universel à un service public hospitalier de qualité, lequel constitue un bien commun des Français.

Cette politique contribue prioritairement à la satisfaction des besoins en santé de la population, en cohérence avec la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.

Elle est conduite par l'État, dans le respect des compétences des collectivités territoriales et de leurs groupements, selon des principes d'attribution des moyens humains, matériels et financiers aux établissements de santé qui y concourent visant à tenir compte des besoins en santé selon les territoires ainsi que des spécificités de chaque catégorie de soins prodigués.

Sans préjudice des dispositions des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale de l'année, l'État s'engage, pour satisfaire aux objectifs de sa politique, à affecter à l'hôpital public les ressources nécessaires pour garantir pour toutes et tous des soins de qualité, en toute sécurité. Il s'appuie notamment sur la définition par une autorité indépendante des ratios de personnels soignants correspondant aux soins prodigués. Il prend les mesures nécessaires à la garantie d'un financement pérenne de l'hôpital public au juste coût des soins prodigués.

Pour la mise en œuvre de sa politique, l'État favorise l'organisation de l'hôpital public selon des principes de démocratie sanitaire et de gouvernance des établissements au service du juste soin.

CHAPITRE II

Garantir pour toutes et tous des soins de qualité, en toute sécurité

Article 2

I. - Après le cinquième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 3° *bis* Établir, pour chaque spécialité et type d'activité de soin hospitalier et en tenant compte de la charge de soins associée, un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du Titre 1er du Livre 1er de la 6ème partie du code de la santé publique ; »

II. - L'article L. 6146-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est chargée de la mise en œuvre dans l'établissement des ratios établis par la Haute Autorité de santé conformément au 3° *bis* de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. »

Article 3

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – Au b) du 2° de l'article L. 1431-2, après les mots : « leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence », sont insérés les mots :

« en fondant l'évolution et la répartition des capacités d'accueil des établissements de soins par priorité sur la satisfaction des besoins en santé ainsi que des besoins en lits et en recrutements des établissements de santé assurant le service public hospitalier tels qu'exprimés par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie ; »

II. - Après le troisième alinéa de l'article L. 1432-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En lien avec les conseils territoriaux de santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie établit, au moins annuellement, les besoins en santé ainsi que les besoins en lits et en recrutements des établissements de santé assurant le service public hospitalier. Ces besoins sont exprimés à la fois pour l'année en cours et pour les années suivantes. »

III. - Après le I de l'article L. 1434-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« *I bis* – Le conseil territorial de santé détermine, au moins annuellement, les besoins en santé du territoire qu'il recouvre ainsi que les besoins en lits et en recrutements des établissements de santé assurant le service public hospitalier. Ces besoins sont exprimés à la fois pour l'année en cours et pour les années suivantes. Ils sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie dont relève le conseil territorial de santé. »

CHAPITRE III

Garantir le financement pérenne de l'hôpital public au juste coût des soins prodigués

Article 4

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique remet au Gouvernement et au Parlement un rapport sur la mise en œuvre d'un financement pérenne de l'hôpital public au juste coût des soins prodigués.

Établi en s'appuyant sur une consultation publique selon des modalités définies par décret, ce rapport détermine notamment

- les conditions dans lesquelles le financement des établissements assurant le service public hospitalier et la tarification de leurs activités permettent de garantir la satisfaction des besoins de soins ;
- les critères à mettre en œuvre dans le même objectif pour la définition et la répartition de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie prévu à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ;
- les charges financières pesant indûment sur les établissements assurant le service public hospitalier, en particulier au titre de la dette.

Article 5

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant la situation dans les hôpitaux publics, du nombre de lits et de soignants disponibles, ainsi que les modalités de financement de l'hôpital public permettant de garantir à tous et sur tout le territoire un accès universel et pérenne à un service public hospitalier de qualité.

Article 6

Le 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :

« sans que la tarification à l'activité puisse constituer plus de la moitié des ressources des établissements ; ».

Article 7

I. - Après le premier alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La Conférence nationale de santé détermine les activités, actes et soins justifiables de la mise en œuvre d'une tarification à l'activité par les établissements de santé. »

II. - Le début du premier alinéa de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis conforme de la Conférence nationale de santé émis sur la base des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique et après avis » (*le reste sans changement*)

CHAPITRE IV

Garantir les moyens d'une démocratie sanitaire et une administration des établissements de santé au service du juste soin

Article 8

Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, le mot : « consultatif » est supprimé.

Article 9

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 1112-3 est ainsi modifié :

1° Dans la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « peut être » sont remplacés par le mot : « est » ;

2° Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle est consultée sur les matières qui la concernent et peut également se saisir de sa propre initiative. »

II. – L'article L. 6143-7-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur peut en outre, après avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après concertation avec le directoire, convier le président ainsi qu'un membre de la commission des usagers à participer, avec voix consultative, aux séances du directoire. »

Article 10

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I - Le deuxième alinéa de l'article L. 6144-1 est ainsi rédigé :

« Dans des conditions fixées par décret, elle est consultée sur les matières qui la concernent et peut également se saisir de sa propre initiative. »

II – Le second alinéa de l'article L. 6146-9 est ainsi rédigé :

« Il est institué une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques composée des différentes catégories de personnels de soins. La commission élit son président en son sein. Dans des conditions fixées par voie réglementaire, elle est consultée sur les matières qui la concernent et peut également se saisir de sa propre initiative. »

Article 11

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

A – Après le premier alinéa de l'article L. 6146-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À l'initiative de la commission médicale d'établissement, cette organisation interne peut revêtir la forme de pôles d'activité. »

B – En conséquence :

1° Au début du cinquième alinéa de l'article L. 6113-7, après les mots : « Sous l'autorité des chefs de pôle », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 6135-1, après les mots : « certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

3° Dans le 1° de l'article L. 6142-17, après les mots : « certains pôles d'activité », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

4° Dans le premier alinéa de l'article L. 6143-2-1, après les mots : « dialogue interne », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 6143-2-2, à chaque occurrence du mot : « pôles » sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

6° Dans le 7° de l'article L. 6143-7, après les mots : « et signe », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

7° A l'article L. 6143-7-3 :

a) Au c) du 3°, après le mot : « signe », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

b) Au a) du 4°, après les mots : « médico-technique », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

8° À la fin du troisième alinéa de l'article L. 6146-1-1, après les mots : « chef de pôle », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

9° Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6146-2, après les mots : « chef de pôle », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

10° À la fin de l'article L. 6146-7, après les mots : « médico-technique », sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

11° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 6154-4, après les mots : « chef de pôle », sont insérés les mots : « le cas échéant ».

II – Les pôles d'activité institués en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique existant à la date de la promulgation de la présente loi sont maintenus à la demande de la

commission médicale d'établissement. À défaut d'une telle demande dans un délai de six mois à compter de la date de promulgation de la présente loi, ces pôles d'activité cessent d'exister de plein droit.