Institut de recherche et documentation en économie de la santé

# Loi Hôpital Patients Santé et Territoires

Synthèse documentaire

**Octobre 2018**

**Centre de documentation de l'Irdes**

Marie-Odile Safon

**Synthèses & Bibliographies**

**Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :**
www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf

**ISSN 2606-0272** **ISBN 978-2-87812-462-0**

# Sommaire

Chronologie de la loi ..... 3
Contenu de la loi ..... 7
TITRE I : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ..... 7
TITRE II : ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE ..... 13
TITRE III : PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE ..... 16
TITRE IV : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SOINS ..... 17
Aspect réglementaire ..... 20
LA MISE EN OEUVRE DE LA LOI ..... 20
LES TEXTES MODIFIANT LA LOI ..... 20
LES TEXTES D'APPLICATION ..... 20
Titre I : Modernisation des établissements de santé ..... 21
Titre II : Accès de tous à des soins de qualité ..... 26
Titre III : Prévention et santé publique ..... 31
Titre IV : Organisation territoriale du système de soins ..... 34
Les modifications apportées à la loi ..... 38
LES PERIPETIES DE LA LOI FOURCADE REVISANT LA LOI HPST ..... 38
LA REFORME DE LA BIOLOGIE MEDICALE ..... 40
L'avenir de la loi HPST ..... 41
Bibliographie ..... 41
Ressources électroniques ..... 45

Chronologie de la loi

- **22 octobre 2008**

Présentation par Roselyne Bachelot de son projet de loi, en Conseil des ministres puis au ministère de la Santé en présence du président du CISS et du président du Sénat, Gérard Larcher, dont le rapport sur l'hôpital a largement inspiré la loi.

Élaboré au terme d'un processus de concertation sans précédent, ce texte propose une modernisation globale du système de santé français. Si la réforme de l'hôpital en est la pierre angulaire, le projet de loi contient aussi un volet sur l'accès aux soins de ville et un autre sur les actions de santé publique. Roselyne Bachelot promet un service après vente inédit avec la création d'une commission de suivi qui regroupera des experts sous la présidence d'un grand parlementaire. La ministre défend son texte qu'elle qualifie de "grande loi, et non de réforme en trompe-l'oeil". Des agences régionales de santé aux futures communautés hospitalières de territoire, en passant par la permanence des soins et le respect de la liberté d'installation, elle précise ses intentions et délivre aux médecins un message qui se veut rassurant. Mais elle n'en attend pas moins des "résultats sur la démographie médicale, la permanence des soins et les dépassements d'honoraires" dans le cadre des négociations conventionnelles. De même Roselyne Bachelot en appelle-t-elle à la responsabilité des parlementaires pour ne pas dénaturer l'esprit de sa réforme, car de nombreux acteurs de la santé entendent plaider pour des adaptations du texte auprès des parlementaires.

Consacré à l'hôpital, le titre premier du projet de loi reprend les propositions formulées par la commission présidée par M. Larcher. Le pilotage de l'hôpital se fait sous la conduite du chef d'établissement dont le rôle est renforcé, le projet médical recentré, les missions précisées et les liens entre médecine de ville et hôpital sont développés. Afin de mieux adapter l'offre de soins, le projet de loi propose la création des communautés hospitalières de territoire, qui permettront aux établissements de coordonner leurs interventions et leurs ressources, dans une logique de gradation des soins, pour mieux répondre aux besoins de la population. Le titre II entend améliorer la répartition des médecins sur le territoire et l'accès aux soins de ville. Pour assurer un meilleur accès au médecin de garde, la permanence des soins sera désormais organisée au niveau de chaque région, prenant ainsi en compte les spécificités locales. Le nombre de médecins formés dépendra davantage des besoins locaux. Le rôle des professions paramédicales dans le système de santé est renforcé et la coopération entre professionnels de santé incitée. Le titre III vise à renforcer la politique de prévention, en interdisant la vente d'alcool aux mineurs et celle des cigarettes aromatisées dites cigarettes *« bonbons »*. L'autre objectif est de développer l'éducation thérapeutique des patients, pour améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Enfin, le titre IV du projet de loi crée les agences régionales de santé *(ARS)*. Ces nouveaux organismes réuniront les moyens de l'Etat et de l'Assurance maladie au niveau régional en simplifiant les structures. La première version du projet comporte 33 articles.

- **14 février 2009**

**Début de l'examen du projet de loi à l'Assemblée nationale**

Le débat sur ce premier texte s'avère long, car le sujet qui concerne tous les Français et inquiète les élus locaux et les professionnels de santé. Trois semaines de discussions sont prévues dans l'hémicycle jusqu'au 6 mars. Les députés ont déposé quelque 2 500 amendements visant à enrichir le texte.

Durant les journées des 11 et 12 février 2009, les députés n'ont examiné que les trois premiers articles et adopté deux. L'article 1er vise, d'une part, à préciser les missions imparties aux

établissements de santé et, d'autre part, à mieux définir les missions spécifiques de service public qui pourront désormais être assurées par n'importe quel établissement de santé, quel que soit son statut.

L'article 2, probablement l'un des plus importants du texte, du moins pour l'hôpital, traite de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements, ainsi que du rôle et de l'organisation de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics et de la conférence médicale dans les établissements privés.

L'article 3, qui concerne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, est très important puisqu'il engage l'avenir des établissements. Ces contrats sont signés entre l'ARS et le président du directoire pour une durée de cinq ans et prévoient notamment le retour à l'équilibre financier. Quelque 35 d'amendements, dont certains purement rédactionnels, ont été adoptés.

> Le dossier : http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/reforme_hopital.asp
> Texte résultant des délibérations de l'Assemblée nationale à l'issue de la deuxième séance du jeudi 12 février 2009 : http://www.assemblee-nationale.fr/13/ta-pdf/hopital_120209.pdf

- **6 juin 2009**

**Le Sénat adopte la loi "Hôpital, patients, santé et territoires"**

Après quatre semaines de débat, le Sénat a adopté dans la nuit du 5 juin le projet de loi Bachelot, mettant fin à un long bras de fer entre une Haute assemblée désireuse de remanier le texte et la ministre de la Santé soucieuse de conserver l'esprit de sa réforme. Le projet de loi, foisonnant et très technique, vise à réformer la gouvernance à l'hôpital mais aussi toute l'organisation du système sanitaire (création des ARS), l'accès aux soins, les rapports hôpital-cliniques privées, sans compter un volet santé publique avec prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de l'obésité. Plusieurs dossiers étaient particulièrement controversés. Sur la gouvernance hospitalière, l'équilibre des pouvoirs a été modifié pour faire une plus grande place aux praticiens inquiets d'un renforcement excessif des directeurs d'établissements. Sur les dépassements d'honoraires, Mme Bachelot a refusé avec succès leur encadrement renvoyant aux négociations conventionnelles. Les sénateurs ont néanmoins voté la possibilité pour les cliniques auxquelles seront déléguées des missions de service public d'imposer à leurs médecins 30 % de temps de travail dans ce cadre. Sur les déserts médicaux et la liberté d'installation, la ministre a réintroduit le contrat santé solidarité, que la commission avait supprimé, destiné à faire participer, à partir de 2013, les médecins des zones sur-denses aux besoins des zones sous-médicalisées. Sur l'accès aux soins, la pratique du testing pour les refus de soins discriminatoires a été enterrée ainsi que le renversement de la charge de la preuve.

> Le texte du projet de loi adopté au sénat :
http://www.senat.fr/dossierleg/pjl08-290.html

- **16 juin 2009**

**La Commission mixte paritaire (CMP) valide le projet de loi HPST.**

La Commission mixte paritaire (CMP), composée de sept sénateurs et de sept députés, a achevé son travail, dans la soirée du 16 juin 2009, en adoptant un texte de compromis du projet de loi «Hôpital, patients, santé et territoires. Après avoir examiné près de 120 amendements, les membres de la CMP n'ont modifié qu'à la marge la version adoptée par le Sénat :

- Hôpital (titre I) : la CMP est restée fidèle à la version sénatoriale s'agissant de la gouvernance hospitalière, malgré les pressions des députés pour revenir à une ligne plus "pro-directeurs". Le président de la CME prépare le projet médical, qu'il exécute conjointement avec le directeur d'hôpital, lequel est nommé par le directeur de l'ARS (Agence régionale de santé) à partir d'une liste de trois noms. Pas d'avis conforme pour les nominations médicales : le président de la CME propose des noms au directeur, qui tranche en cas de désaccord. La clause de non concurrence, qui interdit à un praticien de s'installer en libéral à proximité de son hôpital, ne s'appliquera qu'à ceux ayant un minimum de cinq ans d'ancienneté. *« Nous sommes partis du principe qu'il faut au moins cinq ans pour se faire une clientèle »*, explique un membre de la CMP. Les PH ayant moins de cinq ans d'ancienneté sont libres de rester ou de partir en face dans le privé.

- Médecine de ville et accès aux soins (titre II) : la CMP a introduit une date butoir pour l'aboutissement des discussions sur le secteur optionnel. En cas d'échec des discussions le 15 octobre 2009, le gouvernement pourra limiter les dépassements d'honoraires, en pourcentage ou en montant, par arrêté (un arrêté qui pourrait donc s'intégrer dans le PLFSS 2010). Explications de Jean-Pierre Door, l'un des trois députés qui a déposé l'amendement : *« Les freins sur le secteur optionnel ont assez duré. Il s'agit d'inciter les parties conventionnelles à se mettre autour de la table. Cette mesure, c'est une solution de sagesse, et un appel aux médecins pour qu'ils prennent leurs responsabilités. Ils ne peuvent s'y opposer car ils savent bien que la situation ne peut pas durer »*. Du nouveau aussi pour le parcours de soins : alors que le Sénat avait entériné la possibilité d'un accès direct aux gynécologues, ophtalmologues, et psychiatres sans prescription par un médecin traitant, ou en l'absence du choix d'un médecin traitant, la CMP a supprimé cette disposition, pour revenir à la version initiale de la convention.

Les contrats santé solidarité sont maintenus.

*A contrario*, les testings sur les refus de soins ont été supprimés, ainsi que l'interdiction, sous la pression du gouvernement, des recours de l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) contre les médecins de secteur 1 pour des sinistres de plus de 3 millions d'euros. C'est donc le *statu quo* en matière de responsabilité civile professionnelle.

- Santé publique (titre III) : plusieurs actions ont été ajoutées pour mieux prévenir l'obésité. Les pharmaciens pourront renouveler les ordonnances médicales de pilule contraceptive pour trois mois.

- Agences régionales de santé-ARS- (titre IV) : peu d'évolution sur ce chapitre, pilier de la réforme. La CMP a maintenu le principe des trois collèges (spécialistes, généralistes, plateaux techniques) dans le cadre des prochaines élections professionnelles. La composition du conseil de surveillance des ARS a été relookée. Une ARS ne sera pas obligatoirement présidée par le préfet ; elle pourra l'être, de façon expérimentale, par une personnalité qualifiée.

> Projet de loi : http://www.senat.fr/dossierleg/pjl08-290.html

- **24 juin 2009**

**Adoption du projet HPST par le Sénat**

33 articles au départ, 148 à l'arrivée. Au terme d'un marathon parlementaire qui a commencé en février, la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" aura été définitivement adoptée par les sénateurs ce mercredi 24 juin. La loi, qui selon les termes de la ministre de la Santé vise à moderniser le système de santé français et à le rendre plus efficient par une réforme radicale de sa gouvernance, introduit une réelle déconcentration de son fonctionnement.

- Commission mixte paritaire sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (17 juin 2009)
- Rapport n°463 (2008-2009) de MM. Alain MILON, sénateur et Jean-Marie ROLLAND, député, fait au nom de la commission mixte paritaire, déposé le 16 juin 2009 (numéro de dépôt à l'Assemblée Nationale : 1739)
- Amendements déposés sur ce texte
- Compte rendu intégral des débats en séance publique au Sénat (24 juin 2009) - scrutins publics
- Texte n°305 adopté par l'Assemblée nationale le 23 juin 2009

➢ **17 juillet 2009**

**Le Conseil constitutionnel rejette tous les griefs des socialistes mais censure 7 articles.**

Le Conseil constitutionnel a rendu sa décision sur le projet de loi HPST, suite à sa saisie, le 2 juillet 2009, par 60 députés et 60 sénateurs de l'opposition. Des griefs étaient formulés à l'encontre de huit articles portant notamment sur la participation des cliniques à l'accomplissement de missions de service public, la gouvernance des établissements publics de santé, la nomination de personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire dans les emplois de directeur d'établissement public, la participation d'entreprises privées aux programmes d'éducation thérapeutique, la formation des psychothérapeutes, l'utilisation de la procédure des ordonnances et les affectations des personnels aux futures ARS. Tous ces griefs ont été rejetés. Aucun des articles mis en cause n'a été censuré, le Conseil ne formulant que deux réserves d'interprétation. Par ailleurs, les "sages" ont examiné d'office diverses dispositions de la loi déférée afin de les censurer :- D'une part, six articles mettant en place des expérimentations, sans en fixer le terme. Ces dispositions méconnaissaient l'article 37-1 de la Constitution. Ces expérimentations portaient sur l'annualisation du temps de travail des PH à temps partiel, l'autorisation des pharmaciens d'une région à délivrer pour trois mois une contraception aux femmes de 15 à 35 ans, l'enregistrement du dossier médical sur clé USB ou encore l'autorisation donnée aux sages-femmes de pratiquer des IVG par voie médicamenteuse.- L'article 17 porte sur la certification des comptes des établissements publics de santé. Il ressort des travaux parlementaires que le législateur a entendu confier aux commissaires aux comptes ou à la Cour des comptes la certification des comptes d'établissements publics de santé et renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de fixer le critère de leurs interventions respectives ainsi que les procédures communes à celles-ci. En renvoyant également au décret le soin pour la Cour des comptes de coordonner les modalités des certifications, le législateur a méconnu sa compétence. Ce seul renvoi au décret de la coordination des certifications a été censuré.- L'article 44 modifiant le nom de l'École nationale supérieure de sécurité sociale, a été censuré car il constitue un "cavalier législatif.
> Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009

➢ **22 juillet 2009**

**Publication au Journal officiel**

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22/07/09

Conseil constitutionnel. Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009

Saisine du Conseil constitutionnel en date du 2 juillet 2009 présentée par au moins soixante députés, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, et visée dans la décision n° 2009-584 DC

Observations du Gouvernement sur les recours dirigés contre la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## Contenu de la loi

La loi affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de ville, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Concernant l'hôpital, le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de "communautés hospitalières de territoire" pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre "de référence" dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués. Le Sénat a modifié le texte pour donner plus de poids aux médecins dans la gouvernance de l'hôpital : le président de la commission médicale d'établissement (CME), médecin élu par ses pairs, « coordonnera la politique médicale avec le directeur », et non plus « sous son autorité », comme le stipulait le texte initial. Les "communautés hospitalières de territoire" ne pourront être constituées que sur la base du volontariat.

La loi vise aussi à améliorer la répartition des médecins sur le territoire : elle prévoit notamment l'organisation d'une permanence des soins au niveau de chaque région pour faciliter l'accès à un médecin de garde. Le nombre de médecins formés devra dépendre davantage des besoins évalués localement. La coopération entre professionnels de santé sera encouragée et pourra permettre de renforcer le rôle des professions paramédicales.

Concernant la politique de santé publique et de prévention, la loi prévoit notamment l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs ainsi que celle des cigarettes aromatisées. De plus, elle prévoit la mise en place de dispositifs pour développer l'éducation thérapeutique des patients.

Des agences régionales de santé (ARS) sont créées pour mettre en œuvre au niveau régional l'ensemble des dispositifs prévus par la loi. Ces nouveaux organismes réuniront en une seule structure les moyens de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie et seront chargés de décliner au niveau régional la politique de santé définie au niveau national.

La loi se structure en quatre titres.

#### TITRE I : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Le titre 1 consacré aux établissements de santé modernise et rénove leurs missions et leur organisation interne.

Le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de communautés hospitalières de territoire pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre de référence dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués. Le Sénat a modifié le texte pour donner plus de poids aux médecins dans la gouvernance de l'hôpital : le président de la commission médicale d'établissement (CME), médecin élu par ses pairs, coordonnera la politique médicale avec le directeur, et non plus

sous son autorité, comme le stipulait le texte initial. Les communautés hospitalières de territoire ne pourront être constituées que sur la base du volontariat.

Statut des établissements de santé

Le statut des établissements de santé est profondément modifié.

►Deux nouveautés apparaissent :

- la **définition d'un statut unique** pour l'ensemble des établissements de santé afin de simplifier leur gestion et faciliter les coopérations hospitalières. Cette définition se fonde non plus sur le statut mais sur les missions des établissements de santé.
- **La création des établissements de santé privés d'intérêt collectif** qui remplaceront de manière générale les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

►La loi simplifie également les **catégories d'établissements** :

- S'agissant des établissements publics de santé, seuls les **centres hospitaliers (régional et/ou universitaire)** demeurent. Les hôpitaux locaux disparaissent. Ces centres ont un statut unique, qui peut être élargi à la région. Ils sont de ressort communal, intercommnunal, départemental, régional, interrégional ou national.
- S'agissant des établissements privés : jusqu'à aujourd'hui, l'exécution des missions de service public reposait sur deux catégories d'établissements privés à statut particulier : les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), et les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier (SPH). Les missions de service public peuvent être désormais assurées par un établissement de santé quel que soit son statut. De façon à prendre en compte la spécificité de l'ancien secteur PSPH, la loi créé une nouvelle catégorie d'établissements soumis à des obligations particulières : **les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)**; Sont qualifiés d'ESPIC ; les centres de lutte contre le cancer et les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès des agences régionales de santé (ARS).

Missions des établissements de santé

Concernant les missions de l'hôpital, l'élément essentiel est le changement de terminologie, qui substitue la notion de **service public** à celle du service public hospitalier. La disparition de cette référence hospitalière implique une vision plus vaste du service dû aux usagers, vise à offrir une meilleure couverture de soins et de prise en charge, quel que soit le lieu géographique de l'usager. De nouveaux acteurs de soins entrent dans le service public : les personnes morales et physiques à but lucratif. Le directeur de l'ARS organise l'offre de soins du service public au sein d'un territoire de santé.

►Quatorze missions de service public sont définies :

- La permanence de soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche :
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;

- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, et les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- Les actions de santé publique :
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieux pénitentiaires, et, si nécessaire, en milieu hospitalier selon des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Gouvernance des établissements de santé

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotée de la personnalité morale, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités, d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles des fondations d'utilité publique sur le développement du mécénat s'appliquent.

Les règles de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration.

►Le conseil de surveillance

Le **conseil de surveillance** remplace le conseil d'administration. Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive des CHU et les conventions de partenariat ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire (CHT) dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet de fusion avec un ou des établissements publics de santé ;
- le rapport annuel de l'établissement présenté par le directeur ;
- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers :
- les acquisitions, aliénation, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions des recettes et de dépenses et sur le programme d'investissement. Il communique au directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance est composé de collèges composés à nombre égal :

- au plus cinq représentants des collectivités territoriales, parmi lesquels figure le maire de la commune siège de l'établissement principal et du président du conseil général ;
- au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont le représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respective par la commission médicale d'établissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives ;
- au plus cinq personnes qualifiées, parmi lesquelles deux personnes désignées par le directeur général d'ARS et 3 par le préfet de département, dont 2 représentants des usagers.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1 et au 3.

►Le **directoire et le directeur de l'établissement** ont des nouvelles missions :

Le **directeur de l'établissement** :

- il conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice. Il est ordonnateur des dépenses et recettes de l'établissement…
- Il dispose de larges pouvoirs dont un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs de soins après avis des commissions administratives paritaires. Sur proposition du chef de pôle ou du responsable de la structure interne, et après avis du président de la CME, il propose au directeur du CNG, la nomination et la recherche d'affectation des personnels médicaux pharmaceutiques et odontologiques.
- Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles.
- Après concertation avec le directoire, il conclut le contrat pluriannuel d'objectifs er de moyens (CPOM), les délégations de service public avec l'Ars ;
- …

Les directeurs des CHU et CHR sont nommés par décret. Pour les autres établissements, ils sont nommés par arrêté du directeur général du CNG, sur une liste comportant au moins trois candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance. Après

avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Le directoire :**

Le président de la CME est vice-président du Directoire. Il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical d'établissement.

- le directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement :
- il est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité issue du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il comporte 7 membres et 9 dans les CHU : le directeur, président du directoire, le président de la CME, vice-président, le président de la commission des soins infirmiers, des membres nommés, et le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance. Pour les membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste établie par le président de la CME et dans les CHU, par le président de la CME conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, en cas de désaccord, le président nomme les membres de son choix.

►L'organisation interne des établissements publics de santé est définie en **pôles d'activité**.

- Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Le directeur définit l'organisation en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;
- Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste établie par le président de la CME, pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix .
- Pour les pôles hospitalo-universitaires, ces listes sont établies conjointement par le directeur de la CME et le directeur de l'unité de formation ou de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- Le directeur signe avec le chef de pôle un **contrat de pôle** précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;
- Le chef de pôle met en œuvre la politique du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement et organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives d'encadrement, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités , services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle ;
- Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par des collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement Si le pôle comporte une activité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.
- Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, leur rémunération peut faire l'objet de retenue.

►Contrat avec des professionnels de santé libéraux au sein des établissements publics de santé

- Le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer aux activités de soins de l'établissement dans la cadre d'un contrat ;
- Des auxiliaires médicaux libéraux peuvent participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile :
- Une clause de non concurrence de deux ans peut être opposée aux praticiens hospitaliers démissionnaires ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans un même établissement.

►Les coopérations entre les établissements de santé sont favorisées via deux modalités : CHT et GCSM.

- Les **CHT** : **communautés hospitalières territoriales** entre établissements public de santé, peuvent conclure une convention pour mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétence et à la télémédecine. Un établissement ne peut être partie qu'à une seule convention de CHT. Un ou plusieurs établissements peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une CHT. La convention est préparée par le directeur et les présidents des CME et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements, après avis de leurs conseils de surveillance. Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS.
- Les **GCSM** : **groupements de coopération sanitaire de moyens**, peuvent être constitués par des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des pôles de santé et des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ; pour réaliser des équipements d'intérêt commun et pour être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation des équipements lourds ; permettre les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement. Ce groupement poursuit un but non lucratif et est soumis à une convention approuvée par le directeur de l'ARS.

<u>Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)</u>

L'ANAP des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public (GIP) constitué de l'Etat, de l 'Union des caisses d'assurance maladie (Uncam) ; la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des -établissements de santé et médico-sociaux.

- Elle a pour missions d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils. Elle en assure le suivi de la mise en œuvre, pour permettre aux établissements de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier, de suivre et de maîtriser leur performance. Dans le cadre de son programme, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion ou de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements.
- Le président du Conseil d'administration et le Directeur de l'Anap sont nommés par arrêtés des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité.

- Ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, une dotation versée par la Cnsa, des subventions de l'Etat des collectivités publiques, des établissements publics, de l'Union européenne…

**TITRE II : ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE**

Ce titre comprend 80 articles. Parmi ces derniers, on peut développer les points suivants.

►Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population

- *La loi crée les Agences régionales de santé (ARS),* qui organisent l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades. L'accès aux soins de premier recours s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.
- *Les soins de premier recours sont définis*. Ils comprennent :
  - la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
  - la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
  - l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
  - l'éducation pour la santé.
- L'offre de premier recours est assurée par les professionnels de santé en collaboration ou en coopération avec les établissements et les services de santé, sociaux et médico-sociaux.
  - **Le médecin généraliste de premier recours a pour mission** :
    - de contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé ;
    - d'orienter le patient dans le système de soin et le secteur médico-social ;
    - de s'assurer de la coordination des soins de ses patients ;
    - de veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques ;
    - d'assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
    - de contribuer à des actions de prévention et de dépistage ;
    - de participer à la permanence de soins ;
    - de contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles universitaires.
- **La participation financière de l'assuré** peut être demandée s'il n'a pas choisi de médecin traitant ou s'il consulte un autre médecin sans prescription. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins ou lorsque l'assuré consulte des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie sans prescription de son médecin traitant ou sans avoir choisi un médecin traitant.

►Continuité de prise en charge

Le médecin en charge d'une personne hospitalisée doit lui demander l'identité des professionnels de santé auxquelles elle souhaitent que soient transmises les informations utiles à la continuité de sa prise en charge à l'issue de son hospitalisation.

►Les missions du pharmacien d'officine sont renforcées.

- il contribue aux soins de premier recours ;
- il participe à la coopération entre les professionnels de santé :
- il participe au service de la permanence de soins ;
- il participe aux actions de veille aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les actions de santé ;
- - il peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement du patient ;
- Il peut assurer la fonction de pharmacien référent pour les établissements ayant souscrit la convention pluriannuelle des établissements qui accueillent les personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance ;
- Il peut assurer auprès de certains patients qui le désignent le rôle de correspondants au sein de l'équipe de soins (par exemple, renouvellement des traitements chroniques…) ;
- Il peut proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Pour ces deux derniers points, les décrets sont en attente.

►Maisons de santé

L'exercice en maisons de santé doit être pluri-professionnel en associant professionnels de santé et auxiliaires médicaux. La prise en charge des patients doit y être coordonnée. Les professionnels médicaux et auxiliaires doivent élaborer un projet de santé conformes aux schémas régionaux d'organisation des soins (Sros). Ce projet est transmis pour information à l'ARS.

►Les pôles de santé

Ils assurent des activités de soins de premier recours et de second recours. Ils peuvent aussi participer à certaines actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Ils sont constitués entre des professionnels de santé, et le cas échéant, des maisons de santé, des réseaux de santé, des établissements sanitaires….

►Dotation de financement de services de santé

Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Son montant est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

►Formation médicale initiale : régulation territoriale, répartition des postes d'internes

Le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la santé fixent par voie réglementaire :

- tous les cinq ans, le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, en tenant compte de l'évolution de la démographie dans ces spécialités médicales ;
- les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année :
- le nombre de postes d'interne offerts chaque année par discipline ou spécialité et par Chu. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné aux épreuves classantes nationales ;
- le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales . Des arrêtés et décrets préciseront ces dispositions.

Une évaluation de la satisfaction des besoins et implantation pour les soins de premier recours sera menée par la Direction de l'ARS à l'issue des trois ans du schéma régional d'organisation sanitaire.

►Contrat d'engagement de service public

Les étudiants en médecine ayant signé un contrat d'engagement de service public leur donnant droit à une allocation spécifique s'engagent à exercer dans les zones de revitalisation rurale et urbaine sensible.

►Création de postes de formation en médecine générale

A compter de la rentrée scolaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :

- 20 pour les professeurs des universités de médecine générale ;

- 30 pour les maîtres de conférences des universités de médecine générale ;

- 50 pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

►Organisation et gestion de la permanence de soins ambulatoires

Les dispositions relatives à la PDS sont modifiées :

- Certains médecins participent dans le cadre de leur activité libéral en collaboration avec les établissements de santé, à la mission de service public de permanence de soins. Des réquisitions peuvent être mises en œuvre pour faire appliquer ces dispositions ;
- Un numéro de téléphone unique et national est utilisé pour la permanence de soins et l'aide médicale urgente :
- L'activité des médecins libéraux assurant la régulation des appels entre dans le champ couvert par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public.

► Adaptation de dispositions sur le dossier médical personnel

L'accès au DMP est subordonné à l'autorisation que donne le patient d'accéder à son dossier.

► Principe général de coopération entre professionnels

La coopération entre les professionnels de santé est incitée par la loi. L'intervention d'un professionnel de santé s'effectue de sa propre initiative, dans le cadre d'un protocole de coopération qui répond à un besoin local. Le patient est informé de cette coopération. Les professionnels soumettent à l'ARS les protocoles de coopération. L'agence vérifie que ces protocoles répondent à des besoins de santé constaté au niveau régional, le soumet à la Haute Autorité de santé et autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la HAS. Ces protocoles définissent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et les champs d'intervention des professionnels de santé concernés. La HAS peut étendre un protocole à tout le territoire national.

► Limitation des refus de soins par les médecins et les dentistes

Un professionnel de santé ne peut refuser d'apporter des soins à une personne. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitimes peut saisir le directeur de l'organisme local

d'assurance maladie ou le président du conseil territorial de l'Ordre professionnel concerné. Le directeur de l'organisme local peut sanctionner les professionnels de santé qui pratiquent :

- la discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins ;
- des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;
- des dépassements non conformes à la convention dont dépend le professionnel de santé ;
- ou l'absence d'information écrite relative au dépassement de seuils d'honoraires.

► Développement professionnel continu (DPC)

La formation continue devient le Développement professionnel continu (DPC). Il a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé avec le concours des employeurs publics et privés concernés.

► Relèvement du montant du crédit d'impôt (Aide à la complémentaire santé ACS) pour l'adhésion à une complémentaire santé.

► Modification de l'organisation de la biologie médicale (par ordonnance).

**TITRE III : PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE**

► Fondation pour le développement des comportements favorables à la santé

► Transmission au Parlement d'un rapport relatif au nombre de malades de l'alcool, des tabacs et des drogues

► Extension du signalement des effets indésirables des médicaments par les associations agréées de patients

► Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges nationale dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après une autorisation des ARS. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ces programmes sont évalués par les ARS.

Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objectif d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges nationale dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

Ces programmes d'apprentissage sont soumis à une autorisation délivrée par l'Afssaps.

Un rapport sera présenté au Parlement, avant le 31 décembre 2010, sur les conditions de mise en œuvre de la création d'un fonds national pour le développement thérapeutique du patient.

► Extension des missions des sages-femmes

La sage-femme peut proposer un frottis cervical. L'exercice de la profession peut comporter la réalisation de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

► Renouvellement des prescriptions de médicaments contraceptifs par les infirmiers

► Possibilité par le pharmacien de dispenser des contraceptifs oraux

► Dépense de prévention du régime local d'Alsace-Moselle

► Formation des psychothérapeutes

► Interdiction de vente d'alcool aux mineurs

► Publicité pour un médicament ou un vaccin

► Extension de l'utilisation du titre-restaurant auprès des détaillants de fruits et légumes

► Habilitation du gouvernement à procéder, par ordonnance, à la fusion de l'AFSSA et de l'AFFSET

**TITRE IV : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SOINS**

Les agences régionales de santé viennent remplacer les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) créées en 1996 et qui avaient le statut de groupement d'intérêt public. Les ARS doivent aussi remplacer d'autres institutions dont elles reprennent tout ou partie des attributions notamment les services déconcentrés du ministère chargé de la santé, que sont les Directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS). Elles reprennent les missions des groupements régionaux de santé publique et les missions régionales de santé. Elles remplacent enfin certains organismes de sécurité sociale que sont les Unions régionales des caisses d'assurance maladie et les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Les attributions des CRAM en matière d'assurance vieillesse sont transférées à de nouveaux organismes, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Leur mise en place doit se faire au plus tard le 1er juillet 2010.

► Statut et fonctionnement

L'agence régionale de santé (ARS) est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle est administrée par un directeur général et dotée d'un conseil de surveillance.

Le directeur général dispose de pouvoirs très étendus puisqu'il accorde les autorisations des établissements et services de santé et des établissements et services médico-sociaux. Il est

ordonnateur des recettes et dépenses et représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile[3].

Le conseil de surveillance est présidé par le préfet de région. Il comprend en outre :

- des représentants de l'Etat ;
- des représentants de l'assurance maladie, choisis notamment parmi les représentants des organisations syndicales ;
- des représentants des collectivités territoriales ;
- des représentants des usagers du système de santé, social et médico-social ;
- au moins une personnalité qualifiée ;
- à titre consultatif, des représentants du personnel.

Le conseil de surveillance approuve le budget et le compte financier. Il émet un avis sur le plan stratégique régional et sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Auprès de chaque agence sont placés :

- une conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui contribue à l'élaboration de la politique de santé dans la région ;
- deux commissions de coordination des politiques publiques de santé ;
    - l'une pour la prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile ;
    - l'autre pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social.

► Personnel

Le personnel des ARS est mixte, comprenant à la fois des fonctionnaires, des praticiens hospitaliers, des agents contractuels de droit public ou privé et des employés de droit privé soumis à la convention collective des organismes de sécurité sociale. Les instances représentatives du personnel sont :

- le comité d'agence qui joue le rôle de comité technique paritaire et de comité d'entreprise ; il est doté de la personnalité morale ;
- le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

►Missions

Dans chaque région, l'ARS met en œuvre la politique de santé publique en liaison avec les services chargés de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Elle suit l'état sanitaire de la région, contrôle le respect des règles d'hygiène et participe à la prévention et à l'éducation des patients. Elle peut intervenir en cas d'urgence sanitaire. Elle évalue les formations des professionnels de santé et aide ces derniers au moment de leur installation. Elle participe au contrôle des actes médicaux et de la dispensation des produits de santé. Elle mène les programmes régionaux de l'assurance maladie, notamment en matière de gestion du risque. Elle autorise la création et l'activité des établissements de santé et des services de santé. Elle autorise également la création des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle en assure aussi le contrôle. Elle encourage la mise en œuvre d'un volet culturel dans ces établissements.

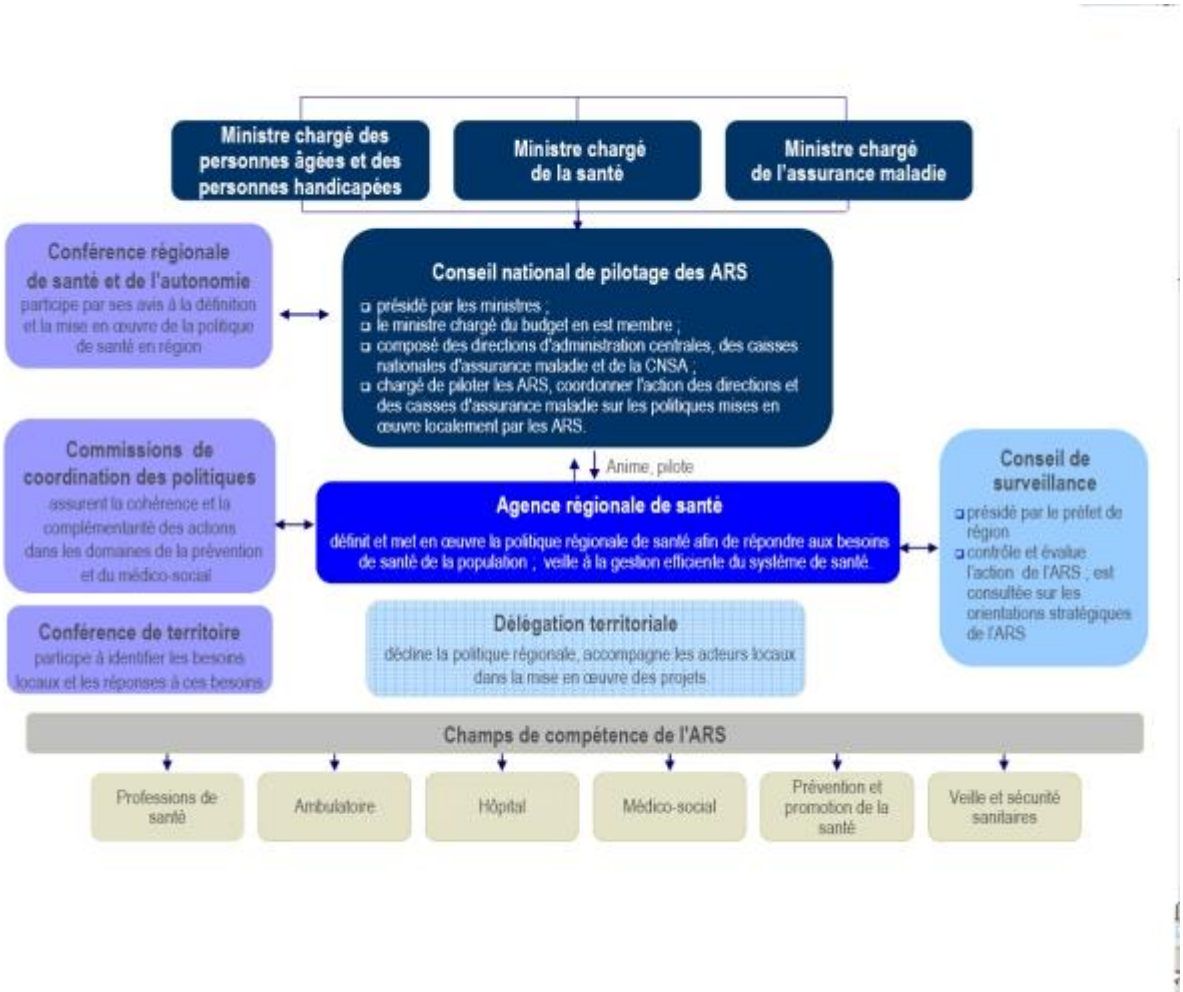
Dans le secteur santé environnement, sa compétence inclue :

- eaux & aliments : qualité de l'eau d'alimentation humaine, qualité des eaux de baignade, des piscines et des sites de pêche à pied de loisirs, protection de la ressource hydrique
- environnement intérieur : Dans l'habitat ; qualité de l'air intérieur, lutte contre l'habitat indigne
- environnement extérieur : nuisances sonores, qualité de l'air extérieur, déchets d'activités de soins, impact sur la santé des activités humaines.

► Financement

Les agences régionales de santé sont financées par une subvention de l'État, des contributions de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que, éventuellement, des ressources propres et des versements volontaires de collectivités locales ou d'établissements publics.

**Schéma d'organisation de l'Agence régionale de santé**




*(Source : ministère de la Santé)*

# Aspect réglementaire

### LA MISE EN OEUVRE DE LA LOI

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009, p.12184

Observations du Gouvernement sur les recours dirigés contre la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009, p. 12252

Saisine du 2 juillet 2009 du Conseil constitutionnel par au moins 60 députés et saisine du 2 juillet 2009 par au moins 60 sénateurs, JORF du 22 juillet, p. 12247 et 12250

Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 du Conseil constitutionnel, JORF du 22 juillet 2009, p. 12244

Travaux préparatoires de l'Assemblée Nationale, du Sénat et de la Commission mixte Paritaire : tous ces documents sont regroupés dans un dossier sur le site de l'Assemblée Nationale.

### LES TEXTES MODIFIANT LA LOI

Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13754

Observations du Gouvernement sur le recours dirigé contre la loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13790

Saisine du Conseil constitutionnel en date du 21 juillet 2011 présentée par au moins soixante députés, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, et visée dans la décision n° 2011-640 DC, JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13790

Décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011 du Conseil constitutionnel, JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13787

### LES TEXTES D'APPLICATION

- **Les ordonnances**

Projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Texte de Mme Roselyne Bachelot déposé au Sénat le 12 mai 2010

Ordonnance n° 2010-177 de coordination avec la loi HPST (JO du 25 février 2010)
Elle vise à assurer la cohérence entre cette HPST et les parties législatives de 18 codes en vigueur, en particulier ceux de la sécurité sociale et de la santé publique, 13 lois et six autres ordonnances, afin de modifier ou d'abroger le cas échéant des dispositions préexistantes à la loi, au fil de quatre titres qui ne sont pas calqués sur ceux d'HPST (modernisation des établissements publics de santé, organisation territoriale du système de santé, dispositions rédactionnelles et de simplification du

droit, dispositions finales). Pour le détail, on se rapportera aux explications du rapport joint qui synthétise les modifications en 3 pages.> Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux, JORF n°0060 du 12 mars 2010 page 4870 (art. 70 division III : transposition des dispositions de la directive 2007/47/CE relative à la mise sur le marché des dispositifs médicaux) et Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux, JORF n°0060 du 12 mars 2010 page 4870

Ordonnance n° 2010-331 du 25 mars 2010 portant extension et adaptation aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie, aux Terres australes et antarctiques françaises ainsi qu'à La Réunion et à la Guadeloupe de dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0072 du 26 mars 2010 page 6002 (art. 133 de la loi) et Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-331 du 25 mars 2010 portant extension et adaptation aux collectivités régies par l'article 74 de la constitution à la Nouvelle-Calédonie, aux Terres australes et antarctiques françaises ainsi qu'à La Réunion et à la Guadeloupe de dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0072 du 26 mars 2010 page 6000

Ordonnance n° 2010-379 du 14 avril 2010 relative à la santé des sportifs et à la mise en conformité du code du sport avec les principes du code mondial antidopage, JORF n°0089 du 16 avril 2010 page 7157 *(art. 85 de la loi)* et Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-379 du 14 avril 2010 relative à la santé des sportifs et à la mise en conformité du code du sport avec les principes du code mondial antidopage, JORF n°0089 du 16 avril 2010 page 7156

- **Décrets**

Décret n° 2010-114 du 3 février 2010 (JO du 4 février 2010) installe le comité en charge de l'évaluation de la mise en oeuvre de la loi HPST.

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi HPST, JO du 01/04/10
Ce texte de 372 articles complète l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST.

## Titre I : Modernisation des établissements de santé

Décrets

Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Décret n° 2010-259 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant diverses dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-260 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-922 du 2 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-261 du 11 mars 2010 relatif aux procédures de sélection et de nomination aux emplois de direction des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant diverses dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-262 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-263 du 11 mars 2010 relatif aux procédures de sélection et de nomination aux emplois de direction des établissements mentionnés aux 2° à 6° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et figurant sur la liste mentionnée à l'article 1er du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-264 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-265 du 11 mars 2010 relatif aux modalités de sélection et d'emploi des personnes nommées en application de l'article 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-266 du 11 mars 2010 relatif aux comités consultatifs nationaux paritaires et aux commissions administratives paritaires nationales de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-267 du 11 mars 2010 fixant les conditions de remboursement par le Centre national de gestion de la rémunération de certains fonctionnaires hospitaliers et praticiens hospitaliers affectés en surnombre

Décret n° 2010-268 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-931 du 2 août 2005 portant attribution de nouvelle bonification indiciaire à certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le décret n° 2005-932 du 2 août 2005 relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et le décret n° 2007-1938 du 26 décembre 2007 relatif au régime indemnitaire du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-269 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-927 du 2 août 2005 relatif au classement indiciaire applicable aux emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et fixant le classement indiciaire applicable aux emplois de directeur général de centre hospitalier régional et de centre hospitalier universitaire

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0077 du 1 avril 2010 page 6289 *(tous les articles de la loi)*

Décret n° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé, JORF n°0083 du 9 avril 2010 page 6765 *(Art. L. 6143-5 du code de la santé publique modifié par l'art. 9 division III de la loi)*

Décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé, JORF n°0101 du 30 avril 2010 *(Art. 1 division XII et division XXIII de la loi, art. 9 de la loi, Art. L 6143-4 du code de la santé publique modifié par l'art. 10 division V de la loi)*

Décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 relatif à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, JORF n°0101 du 30 avril 2010 page 7877 *(art. L. 4143-4 du code de la santé publique modifié par l'art. 10 division V de la loi)*

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé, JORF n°0102 du 2 mai 2010 *(Art. L.6144-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 5 de la loi)*

Décret 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

Décret n° 2010-438 du 30 avril 2010 portant diverses dispositions relatives aux communautés hospitalières de territoire, JORF n°0102 du 2 mai 2010 *(Art. L.6132-8 du code de la santé publique modifié par l'art. 22 de la loi)*

Décret n° 2010-437 du 30 avril 2010 relatif à la durée de validité des autorisations d'équipement sanitaire, JORF n°0102 du 2 mai 2010 *(Art. L. 6122-4 du code de la santé publique modifié par l'art. 5 division VII - 2° de la loi)*

Décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé, JORF n°0102 du 2 mai 2010 *(art. 9 division II de la loi)*

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé, JORF n°0104 du 5 mai 2010 page 8107 *(Art. L. 6146-11 du code de la santé publique modifié par l'art. 13 de la loi)*

Décret n° 2010-535 du 20 mai 2010 relatif aux établissements de santé privés d'intérêt collectif, JORF n°0117 du 22 mai 2010 page 9451 *(Art. L.6161-5 du code de la santé publique modifié par l'art. 1 division IX de la loi)*

Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé, JORF n°0136 du 15 juin 2010 page 10942 *(Art. L. 6146-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 13 de la loi)*

Décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire, JORF n°0170 du 25 juillet 2010 page 13771 *(Art. L. 6133-9 du code de la santé publique créé par l'art. 23 de la loi)*

Décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010 relatif au détachement sur un contrat de droit public des fonctionnaires dirigeant un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JORF n°0173 du 29 juillet 2010 *(Art. 9-2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 créé par l'art. 11 division 1 - 3° de la loi)*

Décret n° 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers, JORF n°0227 du 30 septembre 2010 page 17749 *(art. L. 6143-7 du code de la santé publique modifié par l'art. 10 division I de la loi)*

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF n°0227 du 30 septembre 2010 *(Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifié par l'art. 11 de la loi)*

Décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010 portant dispositions relatives aux praticiens contractuels, aux assistants, aux praticiens attachés et aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes recrutés dans les établissements publics de santé, JORF n°0227 du 30 septembre 2010 page 17742 *(art. L. 6152-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 5 division VI de la loi)*

Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé, JORF n°0231 du 5 octobre 2010 page 18028 (*Art. L. 1435-3 du code de la santé publique modifié par l'art. 118 de la loi)*

Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux**.**

Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique.

Décret n° 2011-206 du 23 février 2011 relatif aux comptes combinés des communautés hospitalières de territoire. JO n° 47 du 25.02.2011

Décret n° 2011-282 du 17 mars 2011 modifiant les dispositions réglementaires relatives aux comités de sélection à certains emplois de direction d'établissements mentionnés aux 1° à 6° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JORF n°0066 du 19 mars 2011

Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, JORF n°0026 du 31 janvier 2012 page 1812
Décret n° 2012-117 du 30 janvier 2012 relatif à la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique, JORF n°0026 du 31 janvier 2012 page 1739

Arrêtés

Arrêté du 16 octobre 2009 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux », JORF n°0246 du 23 octobre 2009 page 17737 *(art. 18 de la loi)*

Arrêté du 29 décembre 2009 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique, JORF n°0303 du 31 décembre 2009 page 23321 *(art. L. 1151-1 du code de la santé publique modifié part l'art. 5 division IX de la loi)*

Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, JO n°0303 du 31 décembre 2009 page 23323 *(art. L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 5 de la loi)*

Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Arrêté du 6 février 2010 (JO du 7 février 2010) relatif à la composition du comité d'évaluation de la mise en œuvre des dispositions relatives à la modernisation des établissements de santé de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Arrêté du 11 mars 2010 fixant la composition de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des personnels de direction de la fonction publique hospitalière régi par le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié

Arrêté du 11 mars 2010 fixant la composition de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 11 mars 2010 modifiant l'arrêté du 2 août 2005 fixant la liste des centres hospitaliers régionaux dont les emplois fonctionnels de directeur général sont des emplois fonctionnels bénéficiaires d'une nouvelle bonification indiciaire prise en application des dispositions de l'article 1er du décret n° 2005-929 du 2 août 2005

Arrêté du 11 mars 2010 modifiant l'arrêté du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et fixant l'échelonnement indiciaire applicable aux emplois de directeur général de centre hospitalier régional et de centre hospitalier universitaire

Arrêté du 30 avril 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, JORF n°0102 du 2 mai 2010 *(en application du décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009)*

Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique, JORF n°0136 du 15 juin 2010 page 10948 *(en application du décret n° 2010-656 du 11 juin 2010)*

Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles, JORF n°0136 du 15 juin 2010 page 10948 *(en application du décret n° 2010-656 du 11 juin 2010)*

Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en oeuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14182 *(Art. L. 4011-3 du code de la santé publique créé par l'art. 51 de la loi)*

Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire, JORF n°0170 du 25 juillet 2010 page 13775 *(en application du décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire)*

Arrêté du 27 juillet 2010 pris en application de l'article 2 du décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010 relatif au détachement sur un contrat de droit public des fonctionnaires dirigeant un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JORF n°0173 du 29 juillet 2010

Arrêté du 14 octobre 2010 fixant le montant et les modalités de versement de la rémunération des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 3° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, JORF n°0241 du 16 octobre 2010 page 18576

Arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, JORF n°0003 du 5 janvier 2011 page 340

Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, JORF n°0012 du 14 janvier 2012 page 721

## Titre II : Accès de tous à des soins de qualité

Ordonnances

Ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales

♦ Et le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2009-1586 du 17 décembre 2009 relative aux conditions d'enregistrement des professions de santé

Ordonnance n° 2009-1586 du 17 décembre 2009 relative aux conditions d'enregistrement des professions de santé.

**Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010** relative à la biologie médicale

**Ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010** relative aux dispositifs médicaux

Décrets

**Décret n° 2010-199 du 26 février 2010** relatif aux modalités d'élection et de renouvellement des conseils des professions médicales et paramédicales et de leurs chambres disciplinaires

Décret n° 2010-427 du 29 avril 2010 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien, JORF n°0101 du 30 avril 2010 page

7878 *(Art. L. 4111-2 du code de la santé et art. L. 4221-12 modifiés par l'art. 19 division X et XI de la loi)*

Décret n° 2010-451 du 3 mai 2010 relatif aux indemnités des membres élus des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, JORF n°0104 du 5 mai 2010 page 8109 *(Art. L. 4125-3-1 du code de la santé publique créé par l'art. 62 division XIX de la loi)*

Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, JORF n°0117 du 22 mai 2010 page 9448 *(Art. 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifié par l'art. 91 de la loi)*

Décret n° 2010-572 du 28 mai 2010 fixant les conditions de reconnaissance de la représentativité des organisations syndicales habilitées à participer aux négociations conventionnelles, JORF n°0123 du 30 mai 2010 page 9772 *(Art. L. 162-33 du code de la sécurité sociale modifié par l'art. 123 de la loi)*

Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé, JORF n°0126 du 3 juin 2010 page 10113 *(Art. L. 4031-1 et L. 4031-2 et L. 4031-4 du code de la santé publique créé par l'art. 123 de la loi)*

Décret n° 2010-701 du 25 juin 2010 relatif aux procédures d'enregistrement des étudiants, des internes et des autres personnes susceptibles de concourir au système de soins, JORF n°0147 du 27 juin 2010 page 11584 *(Art. L. 4113-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 66 de la loi)*

Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, JORF n°0147 du 27 juin 2010 page 11580 *(Art. L. 632-2 du code de l'éducation modifié par l'art. 43 de la loi)*

Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales, JORF n°0150 du 1 juillet 2010 page 11932 *(Art. L. 632-6 du code de l'éducation modifié par l'art. 46 de la loi)*

Décret n° 2010-785 du 8 juillet 2010 relatif aux consultants et aux commissions d'activité libérale, JORF n°0159 du 11 juillet 2010 page 12881 *(Art. L. 6154-5 du code de la santé publique modifié par l'art. 12 de la loi)*

Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13242 *(Art. L. 6314-3 du code de la santé publique créé par l'art. 49 de la loi et art. L. 1435-5 du code de la santé publique créé par l'art. 118 de la loi)*

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13240 *(Art. L. 6314-3 du code de la santé publique créé par l'art. 49 de la loi et art. L. 1435-5 du code de la santé publique créé par l'art. 118 de la loi)*

Décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14182 *(Art. L. 6323-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 1er division XVI de la loi)*

Décret n° 2010-1028 du 30 août 2010 relatif au contrôle et à la répression des infractions en matière de médicaments vétérinaires, JORF n°0203 du 2 septembre 2010 page 16009 *(Art.L. 5146-5 du code de la santé publique créé par l'art. 101 de la loi)*

Décret n° 2010-1027 du 30 août 2010 relatif au fonctionnement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et au financement des réseaux, JORF n°0203 du 2 septembre 2010 page 16007 *(Art. L. 6323-5 du code de la santé publique créé par l'art. 41 de la loi et art. 118 chapitre V section 2 de la loi)*

Décret n° 2010-1008 du 30 août 2010 relatif à la transmission de données individuelles par les professionnels de santé à l'Institut de veille sanitaire, JORF n°0201 du 31 août 2010 page 15828 *(Art. L. 1413-16 du code de la santé publique modifié par l'art. 106 de la loi)*

Décret n° 2010-1125 du 23 septembre 2010 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des titulaires de titres de formation obtenus dans la province de Québec pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, JORF n°0224 du 26 septembre 2010 page 17469 *(Art. L. 4111-3-1 du code de la santé publique créé par l'art. 76 division I de la loi)*

Décret n° 2010-1124 du 23 septembre 2010 relatif à la procédure d'autorisation d'exercice des titulaires de titres de formation obtenus dans la province de Québec pour la profession de pharmacien, JORF n°0224 du 26 septembre 2010 page 17469 *(Art. L. 4221-7 du code de la santé publique modifié par l'art. 76 division II de la loi)*

Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés, JORF n°0236 du 10 octobre 2010 page 18323 *(Art. L. 6153-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 72 de la loi)*

Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé, JORF n°0238 du 13 octobre 2010 page 18409 *(Art. L. 4011-2 du code de la santé publique créé par l'art. 51 Division I de la loi)*

Décret n° 2010-1208 du 12 octobre 2010 relatif aux conditions de délivrance d'une qualification en biologie médicale par l'ordre des pharmaciens, JORF n°0239 du 14 octobre 2010 page 18463 *(Art. L. 6213-1 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 prise en application de l'art. 69 de la loi)*

Décret n° 2010-1212 du 13 octobre 2010 relatif aux fonctions à accomplir par les candidats à l'autorisation d'exercice des professions médicales et pharmaceutique, JORF n°0240 du 15 octobre 2010 page 18523 *(Art. L. 4111-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 19 division X de la loi)*

Décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus, JORF n°0241 du 16 octobre 2010 page 18573 *(Art. L. 6152-1 et L 6152-3 du code de la santé publique mod. par l'art. 19 de la loi)*

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

Décret n° 2010-1243 du 20 octobre 2010 relatif aux modalités selon lesquelles une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut confier à un établissement pharmaceutique la réalisation de certaines préparations, JORF n°0246 du 22 octobre 2010 page 18910 *(Art. L. 5126-14 du code de la santé publique mod. par l'art. 3 de la loi)*

Décret n° 2010-1363 du 10 novembre 2010 relatif aux modalités d'élections et de renouvellement des conseils de l'ordre national des pharmaciens, JORF n°0263 du 13 novembre 2010 page 20211 *(Ar. L. 4232-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 62 de la loi)*

Décret n° 2011-22 du 5 janvier 2011 relatif à l'organisation du troisième cycle long des études odontologiques, JORF n°0005 du 7 janvier 2011 page 447 *(Art. L. 634-1 du code de l'éducation modifié par l'art. 43 division V de la loi)*

Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie, JORF n°0007 du 9 janvier 2011 page 544 *(Art. 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé modifié par l'art. 64)*

Décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé, JORF n°0075 du 30 mars 2011 page 5535 *(Art. L. 6146-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 13 Division II de la loi)*

Décret n° 2011-344 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions de service public et aux activités de soins de certains établissements de santé privés, JORF n°0075 du 30 mars 2011 page 5534 *(Art. L. 6161-9 du code de la santé publique modifié par l'art. 1 division XI de la loi)*

Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants, JORF n°0082 du 7 avril 2011 page 6199 *(Art. L. 5125-1-1 A du code de la santé publique créé par l'art. 38 de la loi, Art. L. 4011-1 du code de la santé publique créé par l'art. 51 de la loi)*

Décret n° 2011-407 du 15 avril 2011 modifiant diverses dispositions relatives au congé spécial institué par l'article 89 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, JORF n°0091 du 17 avril 2011 page 6775 *(Art. 89 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifié par l'art. 11 division 1 - 7° de la loi)*

Décret n° 2011-552 du 19 mai 2011 relatif aux taux annuels de la contribution obligatoire versée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel aux unions régionales de professionnels de santé, JORF n°0118 du 21 mai 2011 page 8876 *(Art. L. 4031-4 du code de la santé publique créé par l'art. 123 division I de la loi)*

Décret n° 2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage maximum d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale. Le texte précise les modalités de déclaration annuelle par les laboratoires de biologie médicale aux ARS de leur activité , JO du 12/10/11

Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens, JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 36, *(Art. L. 4236-2 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 de la loi)*

Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes, JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 34, *(Art. L. 4153-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 59 division XII.de la loi)*

Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins, JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 33 *(Art. L. 4133-2 du code de la santé publique mod par l'art. 59 division II de la loi)*

Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes, JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 31, *(Art. L. 4143-2 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 division VII de la loi)*

Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux, JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 29, *(Art. L. 4242-1 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 division XVIII de la loi)*

Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 24

Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales, JORF n°0009 du 11 janvier 2012 page 521, *(Art. L. 4382-1 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 division XX de la loi et art. L. 4242-1 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 division XVIII de la loi)*

Décret n° 2012-29 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des pharmaciens, JORF n°0009 du 11 janvier 2012 page 519, *(Art. L. 4236-2 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 division IX de la loi)*

Décret n° 2012-28 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes, JORF n°0009 du 11 janvier 2012 page 518, *(Art. L. 4143-2 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 division VII de la loi)*

Décret n° 2012-27 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des sages-femmes, JORF n°0009 du 11 janvier 2012 page 517, *(Art. L. 4153-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 59 division XII.de la loi)*

Décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins, JORF n°0009 du 11 janvier 2012 page 516 *(Art. L. 4133-2 du code de la santé publique mod. par l'art. 59 division II de la loi)*

Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), JO du 25/03/12 - La SISA, créée par la loi Fourcade d'août 2011, devrait pouvoir répondre aux besoins de soins surtout de premier recours, et tout particulièrement dans les zones souffrant d'une démographie médicale insuffisante. Ce statut juridique, sur mesure pour les maisons et pôles de santé, permet aux professionnels de santé d'exercer en commun les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération interprofessionnelle.

Arrêtés

Arrêté du 31 décembre 2009 (JO du 15 janvier 2010) définit le protocole pour les coopérations entre professionnels de santé publique et crée de nouvelles opportunités pour les pharmaciens d'officine, les biologistes et les hospitaliers.

Arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute, JORF n°0134 du 12 juin 2010 page 10836 *(en application du décret n° 2010-534 du 20 mai 2010)*

Arrêté du 9 juin 2010 relatif aux demandes d'inscription au registre national des psychothérapeutes, JORF n°0134 du 12 juin 2010 page 10837 *(en application du décret n° 2010-534 du 20 mai 2010)*

Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en oeuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14182 *(Art. L. 4011-3 du code de la santé publique créé par l'art. 51 de la loi)*

Arrêté du 27 juillet 2010 fixant le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public au titre de l'année universitaire 2010-2011, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14185 *(Art. L. 632-6 du code de l'éducation modifié par l'art. 46 de la loi)*

Arrêté du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du code de l'éducation, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14183 *(en application du décret n° 2010-735 du 29 juin 2010)*

Arrêté du 27 juillet 2010 relatif au montant et aux modalités de versement de l'allocation prévue en application du décret n° 2010-735 du 29 juin 2010, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14186 *(en application de l'article 10 du décret n° 2010-735 du 29 juin 2010)*

Arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14186 *(en application du décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé)*

Arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale, JORF n°0202 du 1 septembre 2010 page 15961 *(Art. L.6221-2 du code de la santé publique modifié. par l'art. 1 de l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010)*

Arrêté du 10 août 2017 fixant la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'agence des systèmes d'information partagés de santé, JO du 17/08/17

Arrêté du 25 août 2010 portant diverses dispositions modificatives relatives aux études paramédicales et tirant les conséquences de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire, JORF n°0201 du 31 août 2010 page 15859

Arrêté du 23 septembre 2010 fixant la composition du dossier à fournir pour l'examen des demandes présentées par les titulaires de titres de formation obtenus dans la province de Québec en vue de l'exercice en France de la profession de pharmacien, JORF n°0224 du 26 septembre 2010 page 17470 *(Art .D. 4221-14-1 du code la santé publique créé par le décret n° 2010-1124 du 23 septembre 2010)*

Arrêté du 23 septembre 2010 fixant la composition du dossier à fournir pour l'examen des demandes présentées par les titulaires de titres de formation obtenus dans la province de Québec en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, JORF n°0224 du 26 septembre 2010 page 17479 *(Art. D. 4111-22 du code de la santé publique créé par le décret n° 2010-1125 du 23 septembre 2010)*

Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, JORF n°0088 du 13 avril 2012 page 6806

## Titre III : Prévention et santé publique

Ordonnances

Ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 (JO du 8 février 2010) organisant la création de la nouvelle agence chargée de la sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail, fusion de l'Afssa et de l'Afsset.

Décrets

Décret n° 2009-1764 du 30 décembre 2009 relatif à la composition des cigarettes aromatisées dont la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit est interdite, JO n°0303 du 31 décembre 2009 page 23309 *(Art. L.3511-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 98 de la loi)*

Décret n° 2010-220 du 3 mars 2010 relatif à l'utilisation des titres-restaurant auprès des détaillants de fruits et légumes, JORF n°0053 du 4 mars 2010 page 4469 *(Art. L. 3262-1 du code du travail modifié par l'art. 113 de la loi)*

Décret n° 2010-457 du 4 mai 2010 relatif au signalement des incidents ou des accidents liés à l'exposition aux rayonnements ionisants, JORF n°0105 du 6 mai 2010 page 8209 *(Art. L. 1333-3 du code de la santé publique modifié par l'art. 106 de la loi)*

Décret n° 2010-465 du 6 mai 2010 relatif aux sanctions prévues pour l'offre et la vente de boissons alcooliques, JORF n°0107 du 8 mai 2010 page 8395 *(l'article L. 3342-4 du code de la santé publique modifié par l'art. 93 de la loi et Art. L. 3323-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 96 de la loi)*

Décret n° 2010-545 du 25 mai 2010 relatif aux sanctions prévues pour la vente et l'offre de produits du tabac, JORF n°0120 du 27 mai 2010 page 9601 *(Art. L.3511-2-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 98 de la loi)*

Décret n° 2010-688 du 23 juin 2010 relatif à la vigilance sur certaines denrées alimentaires, JORF n°0145 du 25 juin 2010 page 11463 *(Art. L. 1323-11 du code de la santé publique modifié par l'art. 109 de la loi)*

Décret n° 2010-719 du 28 juin 2010 relatif à l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, JORF n°0149 du 30 juin 2010 page 11771 *(art. 115 de la loi et ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010)*

Décret n° 2010-736 du 30 juin 2010 relatif aux micro-organismes et toxines, JORF n°0150 du 1 juillet 2010 page 11934 *(Art. L. 5139-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 111 de la loi)*

Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, JORF n°0178 du 4 août 2010 page 14392 *(Art. L. 1161-1 du code de la santé publique créé par l'art. 84 de la loi)*

Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, JORF n°0178 du 4 août 2010 page 14391 *(Art. L. 1161-6 du code de la santé publique créé par l'art. 84 de la loi)*

Décret n° 2010-1008 du 30 août 2010 relatif à la transmission de données individuelles par les professionnels de santé à l'Institut de veille sanitaire, JORF n°0201 du 31 août 2010 page 15828 *(Art. L. 1413-6 du code de la santé publique modifié par l'art. 106 de la loi)*

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, JORF n°0265 du 16 novembre 2010 page 20428 *(Art. L. 6111-2 du code de la santé publique modifié par l'art. 1 division II de la loi)*

Décret n° 2011-210 du 24 février 2011 tirant les conséquences de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans le code de l'environnement. JO n° 48 du 26.02.2011

Décret n° 2011-246 du 4 mars 2011 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support papier et modifiant le code de la santé publique, JORF n°0055 du 6 mars 2011 page 4265 *(Art. L. 1111-8 du code de la santé publique modifié par l'art. 127 de la loi)*

Décret n° 2011-614 du 30 mai 2011 relatif aux campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids, JORF n°0127 du 1 juin 2011 page 9481 *(Art .L. 3231-1 à L. 3231-4 du code de la santé publique créés par l'art. 112 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et transférés en articles L. 3232-1 à L. 3232-4 par l'art 1 division V de la loi n°2010-874 du 27 juillet 2010)*

Décret n° 2011-613 du 30 mai 2011 relatif aux fêtes et foires mentionnées par l'article L. 3322-9 du code de la santé publique, JORF n°0127 du 1 juin 2011 page 9480 *(Art. L. 3322-9 du code de la santé publique créé par l'art. 94, division I – 1° de la loi)*

Décret n° 2011-629 du 3 juin 2011 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis, JORF n°0130 du 5 juin 2011 page 9662 *(Art. L. 1334-12-1 à L. 1334-16 modifié par l'art. 105 de la loi)*.

Décret n° 2011-655 du 10 juin 2011 relatif aux modalités de signalement par les patients ou les associations agréées de patients d'effets indésirables susceptibles d'être liés aux médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, JORF n°0136 du 12 juin 2011 page 10069 *(Art. L. 5121-20 du code de la santé publique modifié par l'art. 83 de la loi)*

Décret n° 2011-657 du 10 juin 2011 relatif à la motivation des avis des conseils et conseils d'administration des caisses nationales et de l'Agence centrale du régime général sur les projets de loi, JORF n°0136 du 12 juin 2011 page 10070 *(Art. L. 200-3 du code de la sécurité sociale modifié par l'art. 116 de la loi)*

Décret n° 2011-671 du 14 juin 2011 relatif aux modalités de consultation sur les schémas relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°0138 du 16 juin 2011 page 10253 *(Art. L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles modifié par l'art. 124 division I – 4° de la loi)*

Décret n° 2011-861 du 20 juillet 2011 modifiant le décret n° 2007-1300 du 31 août 2007 relatif aux conventions conclues entre les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et l'Etat et aux relations avec les usagers, JORF n°0168 du 22 juillet 2011 page 12550

Décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012 relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2012 page 12242

Arrêtés

Arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches prévues par l'article L. 3342-4 du code de la santé publique, JORF n°0026 du 31 janvier 2010 page 1905, *(art. L. 3342-4 du code de la santé publique créé par l'art. 93 de la loi)*
Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux visée aux articles L. 4311-1 et L. 5125-23-1 du code de la santé publique, JORF n°0124 du 1 juin 2010 *(Art. L.5125-23-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 89 de la loi, art. L.4311-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 88 de la loi)*

Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, JORF n°0166 du 21 juillet 2010 page 13459 *(Art. L. 3121-2 et L. 3121-2-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 108 de la loi)*

Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation, JORF n°0178 du 4 août 2010 page 14399 et rectificatif au JORF n°0193 du 21 août 2010 page 15218 (Art. L. 1161-2 du code de la santé publique créé par l'art. 84 de la loi et Art. R. 1161-4 créé par le décret n° 2010-904 du 2 août 2010)

## Titre IV : Organisation territoriale du système de soins

Ordonnances

Ordonnance n° 2010-331 du 25 mars 2010, JO du 26/03/10

Elle adapte les dispositions de la loi HPST aux collectivités d'outre-mer, à la Nouvelle-Calédonie, la Réunion et la Guadeloupe.

> Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-331 du 25 mars 2010 http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022018567

Décisions

Deux décisions du Conseil d'État du 15 mai 2012 touchent à l'organisation interne des ARS. L'une annule le décret du 31 mars 2010 relatif au conseil de surveillance des agences à compter du 30 novembre 2012, et l'autre annule partiellement le décret du 30 décembre 2010 qui instituait pour les membres du collège des agents publics élus du comité d'agence un droit à des congés formation distincts des congés de formation syndicale. Ces décisions sont annoncées au Journal officiel du 19 mai 2012. Les motivations se retrouvent dans les deux arrêts que le Conseil d'État a prononcés en réponse aux requêtes de la Fédération Interco-CFDT. Annoncées brièvement dans le JO du 19 mai 2012, les décisions sont disponibles intégralement dans la base de jurisprudence ArianeWeb du Conseil (recherche à partir des n° de décisions)
Décision n° 339834 du 15 mai 2012 du Conseil d'Etat statuant au contentieux

Décision n° 347101 du 15 mai 2012 du Conseil d'Etat statuant au contentieux

Décrets

Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional (FIR) des ARS, JO du 28/02/12

**Décret n° 2010-146 du 16 février 2010** modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements

Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé

Décret n° 2010-337 du 31 mars 2010 relatif aux conseils de surveillance de l'ARS qui devront être constitués avant le jeudi 1er juillet 2011

Décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'ARS pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L. 1435-7 du code de la santé publique

Décret n° 2010-339 du 31 mars 2010 relatif au régime financier des ARS - Les ARS sont soumises au régime financier et comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif.

Décret n° 2010-340 du 31 mars 2010 instituant une commission nationale de concertation pendant la mise en place des ARS

Décret n° 2010-341 du 31 mars 2010 relatif aux comités d'agence, à la représentation syndicale et aux délégués du personnel dans les agences régionales de santé

Décret n° 2010-342 du 31 mars 2010 relatif aux CHSCT (Comités d'hygiène et de sécurité) des ARS

Décret n° 2010-343 du 31 mars 2010 portant application de l'article L. 1432-10 du code de la santé publique (traite des emplois de direction des agences régionales de santé)

Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux deux commissions de coordination des politiques publiques de santé qui seront constituées auprès de chaque agence régionale de santé

Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire qui ont pour mission de contribuer à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé (PRS) et les programmes nationaux de santé publique

Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Décret du 1er avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé ; Voir dossier de presse

Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque, JORF n°0115 du 20 mai 2010 page 9287 *(Art. L.1434-15 du code de la santé publique créés par l'art. 118 de la loi)*

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, JORF n°0115 du 20 mai 2010 page 9285 *(Art. L.1434-4 du code de la santé publique créée par l'art. 118 de la loi)*

Décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé, JORF n°0159 du 11 juillet 2010 page 12882 *(Art. L. 1433-3 du code de la santé publique créé par l'art. 118 de la loi)*

Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque, JO du 20/05/10

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, JO du 20/05/10

Décret n° 2010-929 du 3 août 2010 modifiant la composition de la section sanitaire du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, JORF n°0181 du 7 août 2010 page 14590 (*art. 28 de la loi)*

Décret n° 2010-938 du 24 août 2010 modifiant des dispositions relatives aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, aux conférences de territoire et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, JORF n°0196 du 25 août 2010 page 15339 *(art. 118 chapitre II section 1 de la loi)*

Décret n° 2010-1154 du 30 septembre 2010 modifiant le décret n° 2010-341 du 31 mars 2010 relatif aux comités d'agence, à la représentation syndicale et aux délégués du personnel dans les agences régionales de santé, JORF n°0228 du 1 octobre 2010 page 17860 *(voir le décret n° 2010-341)*

Décret n° 2011-70 du 19 janvier 2011 fixant les conditions de désignation des inspecteurs et contrôleurs des ARS et relatif au contrôle des établissements et services médico-sociaux et de certains lieux de vie et d'accueil, JO du 20/01/11

Décret n° 2011-70 du 19 janvier 2011 fixant les conditions de désignation des inspecteurs et contrôleurs des agences régionales de santé et relatif au contrôle des établissements et services médico-sociaux et de certains lieux de vie et d'accueil. JO n° 16 du 20.01.2011

Décret n° 2011-351 du 29 mars 2011 modifiant les conditions dans lesquelles les présidents des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie participent aux travaux des Conseils de Surveillance des ARS ainsi que celles dans lesquelles sont désignés les représentants du personnel membres de ces Conseils dans l'attente de la mise en place des instances représentatives du personnel des ARS, JO du 31/03/11.

Décrets du 1er octobre 2009 portant nomination des responsables préfigurateurs des Agences régionales de santé, JORF n°0228 du 2 octobre 2009

Arrêtés

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte, JORF n°0148 du 29 juin 2010 page 11655 *(Art. L. 1434-10 du code de la santé publique créé par l'art. 118 de la loi)*

Arrêté du 8 juillet 2010 relatif aux modalités d'exercice du contrôle financier sur les agences régionales de santé (ARS), JORF n°0162 du 16 juillet 2010 page 13204 *(pris en application du décret n° 2010-339 du 31 mars 2010 relatif au régime financier des agences régionales de santé)*

Arrêté du 23 juillet 2009 pris en application de l'article L. 6121-4 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation sanitaire en Ile-de-France et à La Réunion, JO n°0188 du 15 août 2009 page 13568 *(Art. L.6121-4 du code de la santé publique modifié par l'art. 131 de la loi)*

Arrêté du 26 novembre 2010 portant répartition du montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des ARS pour l'année 2010, JO du 9/12/10

Arrêté du 19 janvier 2011 relatif à la formation des inspecteurs et contrôleurs des agences régionales de santé

Arrêté du 26 avril 2011 établissant la liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants au Comité national de concertation des agences régionales de santé et le nombre de sièges auquel elles ont droit, JO du 3/05/11.

Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, JO du 30 décembre 2012..
Arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional en application du 3° de l'article R. 1435-19 du code de la santé publique

Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique

## Les modifications apportées à la loi

**LES PERIPETIES DE LA LOI FOURCADE REVISANT LA LOI HPST**

17/02/11 - La proposition de loi Fourcade (Texte de la commission des Affaires sociales déposé le 9 février), qui tend à modifier de façon importante la loi HPST, a été examinée par les sénateurs à partir du 17 février. Le texte prévoit, dans son premier article, la création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa), ainsi qu'une nouvelle définition des maisons de santé (art. 2). Il abroge les fameuses mesures de la loi HPST qui ont fâché le corps médical comme les pénalités financières pour les généralistes des zones surdotées refusant les contrats santé solidarité (art. 3), et les déclarations obligatoires d'absence programmées au conseil de l'Ordre, censées permettre une meilleure organisation de la permanence des soins (art.4). Autre point important, le rétablissement de tous les contrats de bonnes pratiques et de santé publique (art. 5) qui n'avaient plus de base légale. Ce rétropédalage s'inscrit dans le sillage des gestes adressés ces derniers mois par le Président de la République pour se réconcilier avec les médecins.

10/03/11 - Les sénateurs ont adopté contre l'avis du gouvernement, un amendement centriste visant à maintenir l'obligation pour les généralistes de déclarer leurs congés à l'avance. L'obligation de déclarer ses congés "ne constitue en aucun cas une entrave à l'exercice libéral de la médecine puisqu'il ne s'agit que d'une information nécessaire à l'organisation du principe de continuité des soins", explique l'exposé des motifs de l'amendement.

Deux ans après avoir voté la transparence des tarifs, les sénateurs ont défait l'article 57 de la loi HPST qui obligeait les dentistes à indiquer sur les devis le prix d'achat des prothèses. L'article 6 de la loi Fourcade vise à substituer le terme de « coût » à celui de « prix d'achat » « et ainsi à inclure, dans le tarif communiqué aux patients, à la fois le prix d'achat de la prothèse mais également le coût et les charges liés à la réalisation de cet acte ». Un recul pour les patients perdus dans la jungle des tarifs.

Le Sénat a rétabli les contrats de bonne pratique et de santé publique. Ces contrats, qui permettaient aux négociateurs conventionnels de fixer des engagements spécifiques à certains professionnels dans le cadre de leur pratique, ainsi que les contreparties financières correspondantes, avaient été supprimés par l'ordonnance du 23 février 2010 de coordination de la loi HPST. L'une des dispositions importantes de la proposition de loi Fourcade tendait à supprimer les GCS établissements de santé au profit de "coopérations dans le cadre des GCS de moyens". Cet article 14 A a été supprimé par le Sénat. Le ministre de la Santé a en effet souligné que "la suppression de la catégorie du GCS érigé en établissement de santé compromettrait l'avenir d'un certain nombre de projets de recomposition de l'offre de soins sur le territoire". Censurée par le Conseil constitutionnel qui l'avait considérée comme un cavalier législatif, la disposition de la LFSS 2011 relative au regroupement d'officines pharmaceutiques a été intégrée dans la proposition de loi Fourcade, contre l'avis du gouvernement. Au final, le Sénat a adopté par 173 voix contre 156 la proposition de loi qui comprend seize mesures d'aménagement ou d'amélioration de la loi, dont six se rapportent à l'organisation des soins de premier recours, trois aux structures relevant du secteur médico-social, les dernières concernant diverses mesures ponctuelles.

21/05/11 : Fin de l'examen du projet de loi par les députés.

**Parmi les mesures retirées :**

- L'obligation pour les généralistes de déclarer leurs congés et le volet coercitif du contrat santé solidarité qui prévoit une amende pour les médecins qui refusent d'aller régulièrement en renfort de leurs confrères dans les déserts médicaux.

**Parmi les dispositions adoptées :**

- La réforme de la responsabilité civile médicale pour assurer les spécialités à risque. Les députés ont adopté un amendement de dernière minute déposé par le gouvernement réformant la couverture des sinistres. Pour éviter les trous de garantie, les assureurs devraient couvrir les sinistres jusqu'à 8 millions d'euros. Au-delà, un dispositif de couverture public mutualisé s'appliquera. Il sera financé par tous les professionnels de santé avec une surprime oscillant entre 10 et 25 euros selon les spécialités. La prise en charge par ce régime public exclut la possibilité d'action récursoire de l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux), une décision attendue depuis longtemps par les professionnels de santé. Enfin, l'Assurance maladie relèvera son aide à la couverture des professionnels. Le dispositif devrait être opérant début 2012.

- Le principe d'une sanction en cas de télétransmissions insuffisantes, dans le but de faire disparaître progressivement les feuilles de soins papier.

- Elle instaure également des maisons de santé pluridisciplinaires, avec la création d'un statut spécifique de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa). Cette mesure est destinée à lutter contre la désertification médicale, les jeunes praticiens refusant de plus en plus d'exercer de façon isolée. Les pharmaciens pourront y participer.

- La non-opposabilité des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ambulatoires ; le rétablissement de la taxe sur les feuilles de soins papier ; l'obligation de déclaration des conflits d'intérêts pour les médecins libéraux ; la reconduction des dispositifs de formation professionnelle conventionnelle (FPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

- L'Assemblée a ajouté un peu de transparence sur le coût d'un appareillage et des prestations associées. Les prothèses dentaires sont les premières concernées. D'ici à janvier, un devis type défini par l'Unocam et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés sera établi par le dentiste, qui devra mentionner l'origine de la prothèse. En revanche, le devis n'indiquera pas le prix auquel le dentiste a acheté sa prothèse mais celui auquel il la vend au patient.

- Un dépistage néonatal de la surdité a été ajouté. Les bébés de moins de 3 mois bénéficieront tous, d'ici à deux ans, d'un dépistage gratuit des troubles de l'audition.

- Un article additionnel autorise les mutuelles santé à mieux rembourser les assurés qui consultent un professionnel, un établissement ou un service dans le cadre d'un réseau avec lequel celles-ci ont passé une convention (incluant par exemple des garanties de qualité, un plafonnement des dépassements d'honoraires…). La Mutualité française (FNMF) pourra ainsi développer ses réseaux de soins. Ces conventions seront encadrées par une charte nationale développée par l'Unocam pour le fonctionnement des réseaux mis en place par les assureurs, Instituts de prévoyance et mutuelles. L'Autorité de la concurrence surveillera l'activité de ces réseaux.

05/08/11 - Dans sa décision du 4 août 2011, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur la loi en modifiant certaines dispositions de la loi Hôpital patients santé territoires (HPST), datant du 21 juillet 2009, dont il avait été saisi par plus de soixante députés de l'opposition. Ceux-ci dirigeaient leur grief contre des articles de la loi qui constituaient des « cavaliers législatifs ». Le Conseil constitutionnel a fait application de sa jurisprudence constante sur les « cavaliers législatifs ». Il a censuré les articles ou parties d'articles qui, introduits par amendement en première lecture, n'avaient pas de lien, même indirect, avec la proposition de loi initiale dont est issue la loi. Il a également censuré les

dispositions qui avaient été introduites après la première lecture alors qu'elles n'avaient aucun lien avec les articles qui restaient en discussion à l'issue de celle-ci. À ce double titre, le Conseil a censuré les articles 14, 54, 56, 57 et 58 contestés par les requérants et les articles 4 (paragraphes III à V), 16, 18, 19, 23, 24, 27, 39, 41 à 45, 47 (1° à 4°, 11°, 17° et 18° du paragraphe I, 1°, 3° et 4° du paragraphe II et paragraphes III, V et VI), 48 à 53, 55, 59, 60 (2°, 3° et 4°), 63 et 64 (3°) qu'il a relevés d'office. L'ensemble de ces dispositions avaient été adoptées selon une procédure contraire à la Constitution.

Parmi les trente articles retoqués figurent des dispositions comme la mutualisation des risques encourus au titre de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux (article 56), la possibilité donnée aux mutuelles, à titre expérimental, de différencier le niveau des prestations fournies à leurs adhérents lorsque ceux-ci font appel à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre d'un réseau de soins (art. 54), ou encore la fusion de la CRAM et de la CRAV d'Alsace-Moselle (art. 58).

11/08/11 – Promulgation et publication de la loi Fourcade.

> Le dossier au Sénat :http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl10-065.html

> Le texte à l'Assemblée nationale : http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/modification_loi_hpst.asp

> Décision n° 2011-640 DC du 04 août 2011 : http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/actualites/2011/seance-du-4-aout-2011-2011-635-dc-et-2011-640-dc.99337.html

> Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009, JO du 11/08/11

**LA REFORME DE LA BIOLOGIE MEDICALE**

18/02/11 - Un amendement adopté par les députés dans le cadre de la révision des lois de bioéthique, jeudi 10 février, annule l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la réorganisation des laboratoires d'analyse, car l'ordonnance restreint l'exercice de la biologie médicale aux seuls diplômés d'un DES en biologie, excluant de fait chercheurs et infirmières libérales. Ce qui embarrasse, voire handicape le fonctionnement des CHU, mais aussi des cabinets d'infirmières libérales.

En effet, ce texte avait des conséquences importantes pour les infirmières libérales : obligation pour chacune d'elle de signer des conventions avec les laboratoires d'analyses avant de pouvoir effectuer des prélèvements sanguins ; mais aussi, et surtout, suite au décret en Conseil d'Etat qui était en cours de rédaction, risque très important d'interdiction de pouvoir réaliser des prélèvements sanguins au sein de leur propre cabinet.

Mais l'annulation de cette ordonnance mécontente les biologistes, car elle ouvre grand la voie du passage du médical au commercial et à toutes les délocalisations.

Dans le cadre de la loi Fourcade, le Conseil constitutionnel a censuré, le 4 août 2011, 30 articles dont 4 partiellement et 26 en totalité de la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009, adoptée le 13 juillet dernier par l'Assemblée nationale et le Sénat.

Il s'agit d'une annulation qui porte sur la seule procédure législative et non sur le fond des articles.

A la suite de la censure du Conseil constitutionnel les dispositions législatives qui sont en vigueur pour la biologie médicale sont donc celles de l'ordonnance n°10-49 du 13 janvier 2010 dans son état initial.

## L'avenir de la loi HPST

La nouvelle loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 contribue à faire évoluer la loi HPST, notamment dans son volet hospitalier : remaniement du projet régional de santé avec la mise en place d'un schéma régional de santé unique, réintroduction de la notion de service public hospitalier, remplacement des communautés hospitalières de territoire par des groupements hospitaliers de territoire, redéfinition des pôles d'activité…

- Pour en savoir plus : la loi de modernisation de notre système de santé sur le site de l'Irdes.

## Bibliographie

(2011). "HPST deux ans après." Perspectives Sanitaires & Sociales: 66p.

(2011). "La loi HPST trente mois après : dossier." Cahiers Hospitaliers(283): 45p.

(2011). "Les dispositions de la loi Fourcade du 10 août 2011." Medecins : Bulletin D'Information de L'Ordre National des Medecins(20): 16-18.

2009). "Spécial loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires." Bloc notes santé : lettre de l'Unaf(94-96): 38p.

Aissou, M., Danos, J. P. et Jolivet, A. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi Santé, Bordeaux : LEH Editions

Anquetil, B. (2011). Coopérations entre professionnels de santé et mise en oeuvre des protocoles : rôle des agences régionales de santé. Revue Hospitaliere de France (541)

Ballereau, M. (2011). Réforme de la biologie médicale et stratégie de groupe. Revue Hospitaliere de France (541) : 10-13.

Bauduret, J. F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques, Paris : Dunod

Baville, E., Clément, J. M., Corvez, A., et al. (2010). "La loi HPST : contexte et thématiques." Revue Droit et Santé(33): 98p.

Bergoignan-Esper, C., Bailly, E. et Bertrand, A. (2009). "La loi HPST passée à la loupe : dossier spécial." Actualités Jurisanté(66): 3-81.

Bonnici, B. (2012). L'hôpital après la loi du 21 juillet 2009. In : La santé, quel bilan ?**:** Cahiers Français (369) **:** 23-30.

Cabanis, J. M., Bertrand, J. M. et Fouque, J. M. (2009). "Loi Hôpital, patients, santé et territoires." Cahiers Hospitaliers(260): 5-22.

Cabanis, J. N., Léonetti, J., Tanguy, H., et al. (2010). "2010 : enjeux et dangers pour la loi HPST." Cahiers Hospitaliers(267): 5-24.

Chabot, J. M. et Mariotte, O. (2009). Loi HPST : Analyse et arguments. Saint-Cloud : Global Média Santé

CISS (2013). La loi HPST et l'organisation régionale du système de santé, Paris : CISS

Clément, J. M. (2009). "Dictionnaire de la loi HPST (3 parties)." Bulletin juridique du praticien hospitalier(123-124-125).

Clément, J. M. (2009). La nouvelle loi Hôpital, patients, santé et territoires. Analyse critique et perspectives. Bordeaux : Les Etudes hospitalières

Cohen, F. (2011). "De la loi HPST aux Assises Régionales de la Santé." Cahiers de Sante Publique et de Protection Sociale (Les): 43-53.

Coldefy, M. et Lucas-Gabrielli, V. (2012). "Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011." Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(175): 1-8.

Copin, J. (2012). "Médecin à l'hôpital. Quoi de neuf, docteur ?" Gestions Hospitalieres (516).

Cour des Comptes (2014). Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Paris : Cour des Comptes.

Cour des Comptes (2014). Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Paris : Cour des Comptes.

Cour des Comptes (2015). Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant. Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes**:** 185-216 , tabl.

Couty, E., Kouchner, C. et Laude, A. (2009). La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé. Rennes : Presses de l'Ehesp

De Lard, B., Galy, M. et Tanguy, H. (2010). "Loi HPST : un an après." Actualités Jurisanté(71): 3-30.

De Lard, B. (2012). "Missions de service public : le décret que l'on n'attendait plus !" Revue Hospitaliere de France //(546).

Drouais, P. L. (2015). La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Paris Collège de la Médecine Générale**:** 91.

Dubout, A., Bancel, J. L. et Caniard, E. (2011). "Loi HPST, deux ans après : bilan et perspectives." Perspectives sanitaires et sociales(n° spécial août).

Dupont, M., Bergoignan-Esper, C., Christol, D., et al. (2009). "La loi Hôpital, patients, santé et territoires." Revue de droit sanitaire et social(5): 789-873.

Evin, C., Denoue, O. et Tabuteau, O. (2010). "Loi HPST : premiers effets sur la santé." Gazette santé social (La)(66): 24-33.

Faverau, E. (2014). "Roselyne Bachelot et la loi HPST." Tribunes de la santé (Les)(42): 41-48.

Eliot, E., Lucas-Gabrielli, V. et Mangeney, C. (2017). "Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français." Revue Francophone Sur La Sante Et Les Territoires: 1-11.

Esper, C. (2011). "LOI HPST. Quelles pratiques pour la coopération ?" Gestions Hospitalieres (504).

Ferreol, D. et Bargnoux, P. (2011). Certification des établissements de santé et impact de l'accréditation du laboratoire de biologie médicale. Revue Hospitaliere de France (541)

FHF (2011). Note d'analyse de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Paris : FHF

Gibelin, J. L. (2015). "Une politique de santé pour les régions." Cahiers de Sante Publique et de Protection Sociale (Les)(17): 35-37.

Glardon, P. (2012). Performance des pôles : enseignements de l'enquête Gouvernance 2011. Revue Hospitaliere de France (544)

Guillaume, M. (2012). Projet de soins et loi HPST. Une opportunité pour le redéfinir ? Gestions Hospitalieres (520)

Hamon, J. P. et Rosenweg, C. (2015). La fin de notre système de santé ?, Paris : Albin Michel

HAS (2015). Les protocoles de coopération. Art. 51 de la loi HPST : évaluation 2014. Saint-Denis : HAS**:** 147.

HCSP (2015). Avis relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Paris : HCSP**:** 20.

Hollue, C. (2013). "Restructurations hospitalières : quel bilan ?" Medecins : Bulletin D'Information de L'Ordre National des Medecins(31).

Jaeger, M. (2013). L'articulation du sanitaire et du social : travail social et psychiatrie, Paris : Dunod

Jaffiol, C. (2013). "L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **197**(9).

Jourdain, A. (2012). La nouvelle planification sanitaire et sociale, Rennes : Presses de l'EHESP

Jourdain, A., Munoz, J. et Hudebine, H. (2017). "Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial." Sante Publique **30**(3): 345-360.

Kouchner, B., Veber, F. et Bernard, O. e. A. (2011). "Un quinquennat de santé (2007-2012)." Seve : les Tribunes de la Sante(32): 23-99.

Laga, L. (2009). "La loi "Hôptal, patients, santé et territoires" : dossier en 3 parties." Actualités sociales hebdomadaires (ASH)(2629): 47-55.

Le Guen, J. M. (2011). ""La loi HPST, une étatisation du système de santé"." Reseaux Sante & Territoire(40): 9-11.

Lopez, A. (2012). Les politiques de santé menées depuis 20 ans : 2009-2012 : la loi HPST et les agences régionales de santé. Actualite et Dossier en Sante Publique (80)

Louazel, M. (2013). Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir. Gestions Hospitalieres (523)

Marin, P. et De Lar, D. (2012). "Politique régionale de santé : D'où venons-nous ? Où en sommes-nous ? Où allons-nous ?" Revue Hospitaliere de France (546).

Marty, J. (2014). "Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé." Droit Social (10).

Michaud, S. (2011). Coopération entre professionnels de santé : un exercice partagé avant la redéfinition des métiers ? Revue Hospitaliere de France (541)

Pages, J. et Vialla, F. (2009). "Premières vues sur la loi Hôpital, patients, santé et territoires." Revue Droit et Santé(31): 386-397.

Paul, C. et Rolland, J. M. (2011). La mise en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Paris : Assemblée nationale.

Pontier, J. M., Castaing, C. et Levoyer, L. (2009). "La réforme du système de santé : dossier." ADA(40): 2205-2223.

Renou, P. (2011). "Politique de santé 1945-2011. Solidarité maintenue et gestion étatisée : réflexions d'un praticien hospitalier." Revue Hospitaliere de France 541).

Rosenblatt, M. (2010). "HPST, la loi des contresens." Cahiers Hospitaliers(263): 29-31.

Sabountchi, T. (2010). "Après la loi HPST : Quelle place des médecins dans la gouvernance hospitalière ?" Revue Hospitaliere de France 537).

Sanfourche, C. (2014). "Un ministre, une loi. " Seve : les Tribunes de la Sante(42).

Saout, C., Denormandie, P., Maillard, C., et al. (2015). "Les conflits en santé." Seve : les Tribunes de la Sante(46): 25-76.

Simonet, D. (2014). "Assessment of new public management in health care: the French case." Health Research Policy and Systems **12**(57).

Tanguy, H. (2013). "La coopération hospitalière de territoire en 2013. Les mariés de l'an II ?" Gestions Hospitalieres(522).

Traynard, P. Y. (2013). Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire, Paris : Maloine

Vautard, A. (2017). L'aménagement sanitaire du territoire : stratégies et coordinations, Bordeaux : LEH Edition

Vayssette, P. (2014). "Protocoles de coopération : le temps des adhésions." Reseaux Sante & Territoire (55).

Vayssette, P. (2015). "Réorientation des réseaux : entretien avec Gérard Mick, président de l'UNR Santé." Reseaux Sante & Territoire(65): 20-23.

Vigneron, E. (2014). Les centres de santé. Une géographie rétrospective. Paris : Fehap.

Williatte-Pellitteri, L., Gardeil, V. et Tessier, B. (2009). Le guide HPST. Loos : Lexante Editions

## Ressources électroniques

- CISS Pratique

La loi HPST et l'organisation régionale du système de santé –schéma détaillé. CISS Pratiques, n° 39, 2013/11/19, 3p

- Ministère chargé de la santé

Ministère de la Santé, ANAP. La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre. Paris : ANAP, 2010

Ministère chargé de la santé, Hôpital patients santé territoires : une loi à la croisée de nombreuses attentes.

- EHESP - Service documentation

Loi HPST – Hôpital Patients Santé : dossier documentaire. 2018/09

- FEHAP

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST).: ce que vous devez savoir de la loi pour vos activités sanitaires, sociales et médico-sociales? Les points de repère, 2009

- Irdes –Service documentation

Historique des réformes hospitalières en France. 2017