

## Loi Bachelot Hôpital , Patients, Santé et Territoires

Mise à jour : 12 juillet 2010

Chronologie de la loi : .....	1
Contenu de la loi .....	5
Décrets d'application .....	19
Bibliographie .....	24

► [Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (Journal officiel, 22 juillet 2009)

### Chronologie de la loi :

[Projet de loi "Hôpital, patients, santé, territoires"](#) - Troisième version du 23 septembre 2008 sur le site d'Espace social européen (31 articles).

### 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 une 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.

Le projet de loi pour mieux adapter l'offre de soins 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 du projet de loi 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.

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.

.> [Texte du projet de loi HPST \(33 articles\)](#)

.> [Ensemble du dossier de presse sur le site du Ministère](#)

## 14 février 2009

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

Le débat sur ce texte de 33 articles s'annonce long sur un 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 la semaine dernière quelque 2 500 amendements visant à enrichir le texte.

Durant les journées des 11 et 12 février, les députés n'ont examiné que les trois premiers articles et adopté deux. La prochaine séance est programmée le 16 février.

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](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](http://www.assemblee-nationale.fr/13/ta-pdf/hopital_120209.pdf)

## 6 juin 2010

## **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. La Commission mixte paritaire (CMP, 7 députés et 7 sénateurs), programmée le 16 juin, devra rapprocher les versions votées par chaque assemblée. Le texte adopté par le Sénat étant très différent de celui présenté en mars à l'Assemblée.

> Le texte du projet de loi adopté au sénat :

<http://www.senat.fr/dossierleg/pil08-290.html>

### **16 juin 2010**

#### **Le 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, en adoptant un texte de compromis du projet de loi «Hôpital, patients, santé et territoires» qui devrait être solennellement adopté les 23 et 24 juin par l'Assemblée nationale et le Sénat. 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 2010

### 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
- [Petite loi](#)

## 17 juillet 2010

### 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, 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 déferée afin de les censurer :

- D'une part, six articles mettant en place des expérimentations, sans en fixer le terme. Ces dispositions méconnaissent 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 2010-07 : 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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020880449>

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020880485>

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020880492>

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020880500>

## **Contenu de la loi**

[Site de Vie publique](#)

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 villes, 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 1 : Modernisation des établissements de santé

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, intercommunal, 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 crée 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 et 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 télé-médecine. 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.

### Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

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 2 : Accès de tous à des soins de qualité

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 souhaite 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 constatés 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 : Prévention et santé 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 système 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 1<sup>er</sup> 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<sup>3</sup>.

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.

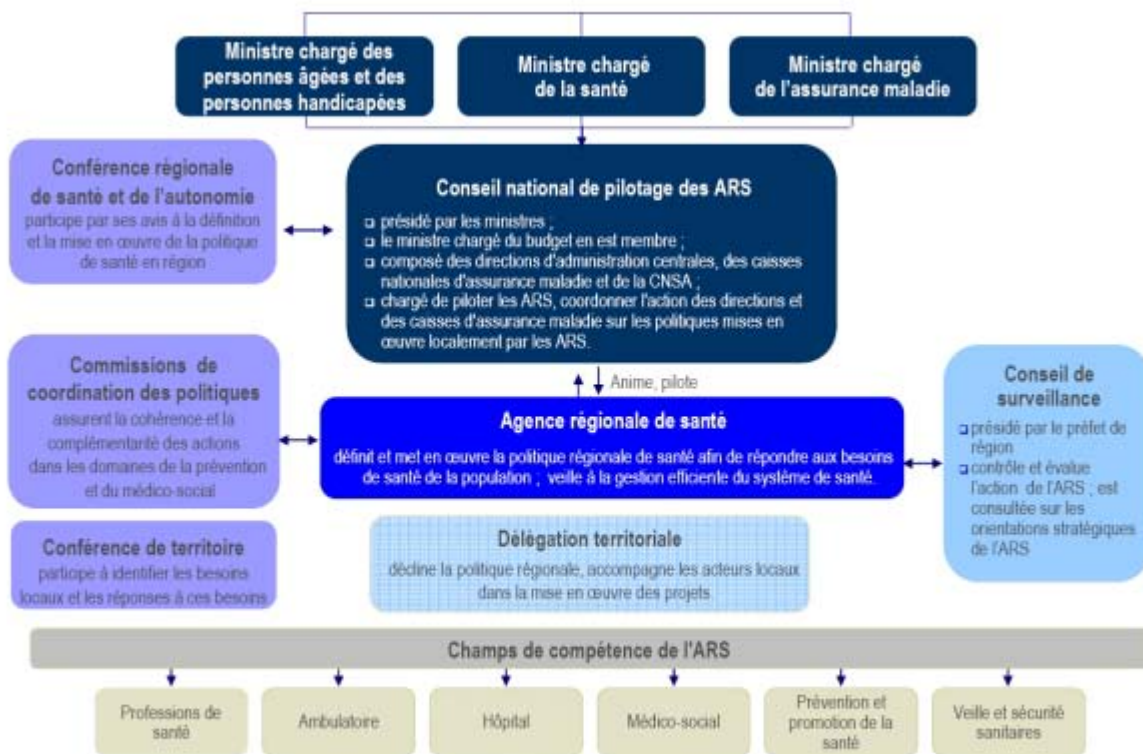
Dans le secteur santé environnement, sa compétence inclue :

- 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 ARS 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)

Pour un panorama détaillé de la loi, consulter le dossier du Ministère chargé de la santé : [Hôpital patients santé territoires : une loi à la croisée de nombreuses attentes](http://www.santepubliquefrance.fr/la-loi/la-loi-2010-875)

### Décrets d'application

La liste n'est pas exhaustive.

Voir aussi sur le site du Ministère : : <http://www.sante-sports.gouv.fr/les-textes-d-application-de-la-loi.html>

[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.

[Arrêté du 30 décembre 2009](#) : il porte sur les conditions dans lesquelles les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats, publiés chaque année des indicateurs de qualité des soins et de sécurité des soins.

[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](#)

[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](#)

Un autre décret précise les rôles du président de la Commission médicale d'établissement (CME), qui est également vice-président du directoire des établissements publics de santé.

[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..

[Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010](#) relative à la biologie médicale

[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.

[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.

[Arrêté du 6 février 2010](#) (JO du 7 février 2010) relatif à la composition du comité d'évaluation de la mise en oeuvre 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.

[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° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST, JO du 25/02/10

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021868310&dateTexte=&categorieLien=id>

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

**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° 2010-146 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

***16 mars 2010 : Parution de 15 textes d'application de la loi hôpital, patients, santé et territoires***

Le Journal Officiel du 16 mars publie quinze textes d'application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Ces textes concernent la mise en œuvre des dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009 relatives au statut et à la gestion des personnels de direction des établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux (maisons de retraite, établissements pour personnes en difficulté ou handicapées). Elles réforment le mode de sélection des candidats au fonction de directeur d'établissement et proposent une diversification des profils de recrutement en permettant de nommer, au-delà du corps des directeurs d'hôpital, des personnes non issues de la fonction publique mais qui ont une bonne connaissance du milieu de la santé telles que des médecins. De même, la formation des directeurs, à l'occasion de leur prise de poste, sera désormais renforcée.

## Décrets

- [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 la 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](#)

## Arrêtés

- [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](#)

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022018594>

**Une ordonnance 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>

- Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, JO du 01/04/10  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040773>  
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  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040795>  
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  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040809>  
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.  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040827>  
Décret n° 2010-340 du 31 mars 2010 instituant une commission nationale de concertation pendant la mise en place des ARS  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040853>  
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  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040868>  
Décret n° 2010-342 du 31 mars 2010 relatif aux CHSCT des ARS  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040965>  
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)  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022041014>
- 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  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022041034>
- 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  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022042483>
- 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  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022042498>
- Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022042510>
- 26 arrêtés du 31 mars 2010 portant fixation du budget primitif du premier exercice des agences régionale de santé et au plafond d'emplois autorisés, JO du 01/04/10

> Décret du 1er avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé, JO du 2/04/10

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022050749>

> Dossier de presse et discours de Roselyne Bachelot :

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/ameliorer-la-sante-de-la-population-et-accroitre-l-efficacite-de-notre-systeme-de-sante.html>

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022235403>

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022235390>

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

<http://www.senat.fr/dossierleg/pil09-443.html>

## Bibliographie

Cneh, Dossier spécial : la loi Hôpital, patients, santé, territoires à la loupe. Actualités Jurisanté, 2009/07-08, n° 66

Chabot J.M., Mariotte O., Loi HPST : analyse & arguments. Paris : GM Santé, 2009

Ministère chargé de la santé., [Hôpital patients santé territoires : une loi à la croisée de nombreuses attentes](#). Paris : Ministère chargé de la santé.

Clément J.M., La nouvelle loi hôpital patients santé territoires : analyse, critique et perspectives. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2009

Williate-Pellitteri L., Gardeil V., Tessier B., Le guide HPST. Paris : Lexanté ; Paris : Santexel, 2009

Couty E., Kouchner C., Laude A. Tabuteau D., La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé. Rennes : EHESP, 2009

Burnel P., Kerguenec Y. de, Bulter S. et al. Loi Hôpital, patients, santé et territoires. Regards de la FHF, n° 2, 2009

La loi HPST dans son contexte. Revue Droit & Santé, n° 33, 2010/01

⇒ Voir aussi le dossier bibliographique : la réforme de la santé en France 2003-2007, sur le site de l'Irdes : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/RefSystSante.pdf>

⇒ Pour une présentation en anglais de loi, voir sur le site d'Health Policy monitor : [Update on new regional governance in France](#).