

La loi HPST

REGARDS SUR LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

Sous la direction de

Édouard COUTY, Camille KOUCHNER

Anne LAUDE, Didier TABUTEAU

2009

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Liste des contributeurs

Rédacteurs

La première partie de l'ouvrage a été rédigée sous la direction d'**Édouard Couty**, en collaboration avec **Julia de Pingon**, membre de l'institut Droit et Santé.

La deuxième partie de l'ouvrage a été rédigée sous la direction d'**Anne Laude**, en collaboration avec **Manon Bonnet**, membre de l'institut Droit et Santé.

La troisième partie de l'ouvrage a été rédigée sous la direction de **Camille Kouchner**, en collaboration avec **Aurélia Delhaye**, membre de l'institut Droit et Santé.

La quatrième partie de l'ouvrage a été rédigée sous la direction de **Didier Tabuteau**, en collaboration avec **Camille Parpex**, membre de l'institut Droit et Santé.

Autres regards

Jean-Marie Bertrand, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, chef du projet ARS.

François Bourdillon, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, président de la Société française de santé publique.

Xavier Cabannes, maître de conférences, université Paris-Descartes, membre de l'institut Droit et Santé.

Maxence Cormier, avocat à la Cour, maître de conférences associé à l'Institut d'études politiques de Rennes.

Cécile Courrèges, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), membre de l'équipe projet Agence régionale de santé (ARS).

Danièle Cristol, maître de conférences à l'université de Poitiers.

Monelle Eckert-Malécot, allocataire moniteur, université Paris-Descartes.

Claude Evin, avocat à la Cour, professeur associé à l'université de Nantes, président de la Fédération hospitalière de France.

Anne-Sophie Ginon, maître de conférences à l'université Paris Ouest Nanterre-La Défense.

Luc Grynbaum, professeur à l'université Paris-Descartes, doyen honoraire de la faculté de droit de La Rochelle, membre de l'institut Droit et Santé.

Francisco Jornet, conseiller juridique du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Alain Lopez, membre de l'IGAS, membre de l'équipe projet ARS.

Rémi Pellet, professeur de droit à l'université Lille 2, directeur d'études à Sciences Po Paris.

Guillaume Rousset, maître de conférences à l'université Paul-Sabatier-Toulouse 3.

Pierre Villeneuve, docteur en droit, directeur des affaires juridiques du conseil régional de Bretagne.

Introduction

Longtemps considéré comme l'un des plus efficaces au monde, le système de santé français est actuellement « confronté à des difficultés grandissantes¹ ». Malgré l'importance des deniers publics et sociaux consacrés à la santé², de fortes disparités sociales et régionales dans l'accès aux soins se développent. Outre une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire, la coordination de tous ces acteurs apparaît aujourd'hui « insuffisante³ ». Selon la ministre de la santé, les « cloisonnements » du système de santé français « complexifient inutilement le parcours de soins des patients et ne permettent pas d'assurer convenablement la permanence des soins sur tout le territoire ».

Pour tenter de remédier aux fragilités croissantes de ce système, les pouvoirs publics sont intervenus à un rythme soutenu ces dernières années. Entre 2004 et 2009, pas moins de dix-neuf lois sont ainsi venues modifier, plus ou moins profondément, la législation sanitaire. Le pouvoir réglementaire a, lui aussi, fait preuve d'une grande activité puisque neuf ordonnances sont intervenues sur la même période. « La procédure discrète des ordonnances et l'impression des petits pas donnée par de nombreux textes⁴ » ne doivent pas dissimuler les bouleversements majeurs induits par ces multiples interventions, notamment quant au rôle des acteurs, aux modes de gestion et aux procédures de choix. Ainsi, ce sont tous les secteurs de la santé qui ont été concernés, de près ou de loin, par les évolutions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale :

1. Rapport n° 1441 de M. Jean-Marie Rolland fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales enregistré à l'Assemblée nationale le 5 février 2009.

2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Comptes nationaux de la santé 2007 », *Études et résultats*, n° 655, septembre 2008.

3. Exposé des motifs de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

4. D. Tabuteau, « La politique de santé, des lois d'août 2004 à la loi HPST », *Revue de droit sanitaire et sociale*, n° 4/2009, juillet-août 2009, p. 595.

- santé publique et prévention⁵,
- sécurité sanitaire⁶,
- organisation sanitaire⁷,
- bioéthique⁸,
- ou encore assurance maladie⁹.

Dernière manifestation de l'intense activité législative et réglementaire en matière de santé, la loi HPST du 21 juillet 2009, est venue prolonger l'action entreprise ces cinq dernières années.

Elle a été précédée de diverses concertations avec les partenaires sociaux, les professionnels de santé et les représentants de patients¹⁰, en particulier lors des états généraux de l'organisation de la santé¹¹ tenus en 2007 et 2008. Ont également contribué à la préparation du projet de loi, plusieurs rapports portant notamment sur l'évolution des missions de l'hôpital, sur l'adaptation territoriale des politiques nationales ou encore sur les disparités territoriales en matière de prévention sanitaire¹².

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) a pour ambition de réformer en profondeur l'organisation sanitaire. L'objectif affiché par le gouvernement était de « garantir pour l'avenir l'accès à des soins de qualité pour tout le territoire » et de « mieux répondre aux besoins de santé de la population¹³ ».

Ainsi, les nouvelles dispositions doivent « faciliter la vie des patients dont les parcours de soins [...] manquent cruellement de cohérence, mais aussi celle des professionnels de santé souvent démunis¹⁴ ».

5. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

6. Voir notamment les lois n° 2006-686 du 13 juin 2006 créant l'Autorité de sûreté nucléaire et n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

7. Voir notamment l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

8. Voir notamment la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

9. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

10. Conférence de presse du ministère de la santé du 22 octobre 2008 : « Présentation du projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires : un projet de santé durable pour nos concitoyens » (<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Dossierdepresse.pdf>).

11. États généraux de l'organisation de la santé (EGOS), réunis de novembre 2007 à avril 2008.

12. Voir notamment le rapport Ritter sur la création des agences régionales de santé remis en janvier 2008 (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter-2.pdf), le rapport Larcher sur les missions de l'hôpital remis le 10 avril 2008 (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf) et le rapport Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire remis le 28 avril 2008 (www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf).

13. Conférence de presse du ministère de la santé précitée du 22 octobre 2008.

14. Discours de Madame la ministre R. Bachelot-Narquin, intervention devant les présidents et vice-présidents de caisse d'assurance maladie du régime général, ARS, jeudi 25 septembre 2008, Caisse nationale d'assurance maladie, (<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Dossierdepresse.pdf>), p. 45-53).

« Texte de tous les records¹⁵ » selon le rapport fait au nom de la commission mixte paritaire par J.-M. Rolland et A. Milon, la loi HPST a été adoptée après un très long processus législatif. La durée des débats et le nombre d'amendements déposés témoignent incontestablement de l'importance des enjeux. Le contenu du texte d'origine a été profondément enrichi par les parlementaires, à la suite de débats parfois houleux. Initialement composé de 33 articles, le texte finalement publié au *Journal officiel* n'en compte pas moins de 135 et certains commentateurs n'ont pas hésité à évoquer une véritable dénaturation du texte initial.

Parmi les principaux points de divergence entre l'Assemblée nationale et le Sénat, la gouvernance des hôpitaux, la lutte contre l'alcoolisme, la prévention de l'obésité ou encore la compétence des agences régionales de santé (ARS), ont donné lieu à de vives tensions entre les parlementaires des deux assemblées. Sur ces questions, la commission mixte paritaire a le plus souvent suivi les propositions des députés¹⁶. Outre ces divergences de fond, le recours par le gouvernement à la procédure d'urgence a été critiqué¹⁷, tout comme son influence supposée sur le déroulement des travaux parlementaires¹⁸.

La loi HPST s'articule autour de quatre titres, qu'il paraît nécessaire d'expliquer :

– La gouvernance hospitalière constitue le premier axe de la réforme. Ce volet de la réforme a été introduit dans le projet dans un deuxième temps. Initialement, le projet de texte s'intitulait « Patients, santé, territoires » (PST). Cependant, à l'issue de la mission Larcher, le gouvernement a souhaité adapter le statut des établissements de santé, pour leur « insuffler une nouvelle dynamique¹⁹ ». Sur ce point, la loi reprend la logique visant à harmoniser les secteurs publics et privés d'hospitalisation, mise en œuvre bien avant la loi HPST²⁰ : en particulier, le plan hôpital 2007²¹ avait mis en place une nouvelle gouvernance hospitalière, instauré une tarification à l'activité ainsi que de nouvelles modalités

15. Rapport déposé le 17 juin 2009 par M. Jean-Marie Rolland, rapporteur, sous le n° 1739 à l'Assemblée nationale et par M. Alain Milon, rapporteur, sous le n° 463 au Sénat.

16. *Ibid.*

17. Voir notamment la position de Mme M. Touraine lors de l'adoption du texte en commission mixte paritaire, qui exprime la « colère [...] que lui inspire la procédure d'examen du projet de loi ».

18. Voir l'intervention de M. J.-M. Le Guen lors de l'adoption du texte en commission mixte paritaire, qui critique l'influence du gouvernement sur les travaux des assemblées, citant pour exemple l'introduction de dispositions relatives aux centres hospitaliers universitaires (CHU) devant le Sénat suite au dépôt d'un rapport parlementaire sur la question.

19. Rapport n° 380 (2008-2009) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé au Sénat le 6 mai 2009.

20. Voir notamment la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée qui définit la notion de médecin traitant, l'organisation d'un parcours de soins pour les patients et instaure la notion d'accords conventionnels interprofessionnels ; voir également la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 portant création d'un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

21. Plan hôpital 2007, « Un plan pour les établissements hospitaliers publics et privés au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française », dossier de presse, <www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital/2007/index.htm>.

de coopérations sanitaires. Le titre I de la loi HPST s'inscrit, sauf en ce qui concerne la gouvernance, dans la continuité de ces réformes. S'appuyant sur les propositions du rapport Larcher, ce titre définit des missions de service public, réforme le statut et l'organisation interne des établissements publics et pose le principe de communautés hospitalières de territoire. En supprimant la notion de service public hospitalier, la loi HPST témoigne d'une volonté d'harmonisation des régimes de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée, qui a pu être contestée en raison de la « confusion » des deux secteurs d'hospitalisation qu'elle induit²².

– Le deuxième axe de la loi tend à améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. À la suite des états généraux de l'organisation de la santé, il est apparu nécessaire de promouvoir une meilleure approche territoriale des soins et de renforcer la lutte contre la désertification médicale. Partant du constat que « la politique publique ne doit plus uniquement se fonder sur la création de structures hospitalières²³ », la loi entend associer plus activement les praticiens de santé ayant un exercice libéral. À cet égard, le titre II de la loi HPST contient des mesures novatrices, tels que l'instauration d'un statut pour la médecine de premier recours, une réorganisation de la permanence des soins à l'échelon régional et un renforcement des coopérations entre professionnels de santé. Là encore, la loi HPST se situe dans le prolongement des différentes réformes intervenues en matière de coordination des soins²⁴.

– Outre ces dispositions, visant à améliorer la qualité des soins, la loi HPST comporte des mesures relatives aux politiques de prévention. Le titre III décline des dispositions concernant la santé des jeunes et des personnes atteintes de maladies chroniques. L'objectif affiché est de procéder à un rééquilibrage entre les actions de prévention et les actions de soins, les premières étant « trop souvent [...] considérées comme secondaires²⁵ ». La présence de dispositions visant à améliorer la santé publique dans la loi nouvelle a donné lieu à débats, certains soulignant le « risque de noyer, dans un débat légitimement dominé par la discussion d'autres dispositions, des mesures par ailleurs légitimes pour promouvoir la santé publique²⁶ ». Par ailleurs une disposition autorisant la publicité pour l'alcool sur Internet a été dénoncée par les professionnels de la santé publique et les associations comme constituant une atteinte à la politique de la lutte contre l'alcoolisme, notamment auprès des jeunes.

22. D. Tabuteau, « La politique de santé des lois d'août 2004 à la loi HPST », *op. cit.*

23. Rapport n° 380 (2008-2009) de M. Alain Milon, *op. cit.*

24. Voir notamment la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée qui définit la notion de médecin traitant, l'organisation d'un parcours de soins pour les patients et instaure la notion d'accords conventionnels interprofessionnels ; voir également la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 portant création d'un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

25. Exposé des motifs de la loi HPST précité.

26. Rapport n° 380 (2008-2009) de M. Alain Milon, *op. cit.*

– La loi vient en dernier lieu renouveler en profondeur l’organisation territoriale du système de santé. Elle entend simplifier l’organisation actuelle, « fragmentée entre une pluralité de partenaires²⁷ », « renforcer l’ancrage territorial des politiques de santé²⁸ », pour mieux l’adapter aux besoins de chaque région, et mettre en place de nouveaux outils améliorant l’efficacité du système sanitaire²⁹. La mise en place des agences régionales de santé en est l’illustration la plus patente. Jouant un rôle de « guichet unique », elles se substituent à différentes structures et ont pour objectif « d’adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire³⁰ ».

« Attendu[e] de longue date, applaudi[e] par certains et contesté[e] par d’autres³¹ », la loi HPST constitue un bouleversement majeur au sein du paysage sanitaire français. Malgré les mesures innovantes de la loi, le succès de cette importante réforme suppose l’adhésion des acteurs du système de santé aux nouvelles procédures et organisations promues par le texte. La multiplicité des secteurs affectés par la réforme, la technicité de certaines dispositions, l’ampleur des changements attendus, justifiaient une présentation de la loi HPST dès sa publication au *Journal officiel*. C’est l’ambition de cet ouvrage qui, à travers l’analyse des quatre axes dégagés, propose un examen pratique des nouvelles dispositions, auquel s’ajoutent différents regards venant éclairer certains points délicats soulevés par l’adoption de la nouvelle loi.

27. *Ibid.*

28. Exposé des motifs de la loi HPST précité.

29. *Ibid.*

30. *Ibid.*

31. Rapport n° 380 (2008-2009) de M. Alain Milon, *op. cit.*

Titre I

**Modernisation
des établissements de santé**

1. Principales dispositions

1.1. Les missions de service public : une nouvelle conception

1.1.1. ARTICLE 1 DE LA LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009

- I. – L'article L.6111-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- « Art. L.6111-1. – Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- « Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. « Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.
- « Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.
- « Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »
- II. – L'article L.6111-2 du même code est ainsi rédigé :
- « Art. L.6111-2. – Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.
- « Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »
- III. – L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Missions de service public des établissements de santé ».
- IV. – Les articles L.6112-1, L.6112-2 et L.6112-3 du même code sont ainsi rédigés :
- « Art. L.6112-1. Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :
- « 1° La permanence des soins ;
- « 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- « 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- « 4° La recherche ;
- « 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- « 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- « 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- « 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- « 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

« 10° Les actions de santé publique ;

« 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;

« 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

« 13° 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 ;

« 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

« Art. L.6112-2. Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L.6112-1 :

« – les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;

« – l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L.529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

« – le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en conseil des ministres ;

« – les groupements de coopération sanitaire ;

« – les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ;

« – Les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

« Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

« La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Elle fait l'objet au préalable d'une concertation avec les praticiens de l'établissement.

« Les missions de service public qui, à la date de publication 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, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« Art. L.6112-3. – L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L.6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

« 1° L'égal accès à des soins de qualité ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

« 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

« Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L.6112-2 s'imposent également

à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public.»

- V. – Après l'article L.6112-3 du même code, il est inséré un article L.6112-3-1 ainsi rédigé :
- « Art. L.6112-3-1. – Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L.6112-3.
- « Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L.162-20 et L.162-26 du code de la sécurité sociale.
- « Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L.6146-2 du présent code et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L.6154-1 du même code sont ceux prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale. »
- VI. – 1. L'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :
- « V. – Le Gouvernement présente avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :
- « – pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;
- « – pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;
- « – pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne. »
2. Jusqu'en 2018, le rapport prévu au V de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- VII. – Les deuxième et dernier alinéas de l'article L.6122-7 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :
- « Elle peut également être subordonnée à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L.6112-1 ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.
- « L'autorisation peut être suspendue ou retirée selon les procédures prévues à l'article L.6122-13 si les conditions mises à son octroi ne sont pas respectées. »
- VIII. – Après le premier alinéa de l'article L.6122-10 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- « Il peut également être subordonné aux conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L.6122-7. »
- IX. – L'article L.6161-5 du même code est ainsi rédigé :
- « Art. L.6161-5. – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :
- « 1° Les centres de lutte contre le cancer ;
- « 2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé.
- « Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1° et 2° de l'article L.6112-3 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions.
- « Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L.162-20 et L.162-26 du code de la sécurité sociale.
- « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

X. – L'article L.6161-8 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L.6161-8. – Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une communauté hospitalière de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public. Ces accords sont conclus sur la base du projet régional de santé défini à l'article L.1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L.1434-7 et L.1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L.1434-10. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

XI. – L'article L.6161-9 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L.6161-9. – Un établissement de santé mentionné aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale peut être admis par le directeur général de l'agence régionale de santé à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du même code, minorés d'une redevance. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux missions de service public et aux activités de soins de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L.6112-3. »

XII. – Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L.6162-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Le 3° de l'article L.6162-9 est ainsi rédigé :

« 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L.6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L.174-3 du code de la sécurité sociale ; »

3° À l'article L.6162-11 qui devient l'article L.6162-13, les mots : « particulières de » sont remplacés par les mots : « afférentes au » ;

4° Après l'article L.6162-10, il est rétabli un article L.6162-11 et inséré un article L.6162-12 ainsi rédigés :

« Art. L.6162-11. – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° de l'article L.6162-9 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

« Les septième et huitième alinéas de l'article L.6143-4 sont applicables au 3° du même article.

« Les délibérations mentionnées aux 5° à 9° du même article sont soumises au dernier alinéa de l'article L.6143-4.

« Art. L.6162-12. – Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un centre de lutte contre le cancer de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

« 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

« Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur général de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable

une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L.811-2 du code de commerce.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par le centre concerné. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L.814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L.612-3 du même code. »

XIII. – L'article L.162-20 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L.162-20. – Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente. »

XIV. – L'article L.6311-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L.6311-2. – Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément au chapitre II du titre II du livre I^{er} de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.

« Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente.

« Le fonctionnement de ces unités et centres peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral.

« Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours.

« Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix. »

XV. – L'article L.6112-5 du même code est abrogé.

XVI. – L'article L.6323-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L.6323-1. Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L.322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L.2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L.2212-1 à L.2212-10 du présent code.

« Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

« Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L.4011-2 dans les conditions prévues à l'article L.4011-3.

« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif.

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

« Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

« Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

« Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire. »

XVII. – L'article L.6323-2 du même code est abrogé.

XVIII. – L'article L.6111-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé peuvent créer et gérer les centres de santé mentionnés à l'article L.6323-1 du présent code. »

XIX. – Les articles L.6161-3-1 et L.6161-10 du même code sont abrogés.

XX. – Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L.6112-3-1, L.6112-6, L.6112-7, L.6143-2 et L.6143-2-1, les septième et huitième alinéas de l'article L.6143-4 et les articles L.6145-1 et L.6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XX, les dispositions du dernier alinéa de l'article L.6161-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur sont applicables.

XXI. – Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L.6143-2 et L.6143-2-1, les septième et huitième alinéas de l'article L.6143-4 et l'article L.6145-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé. Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XXI, les deuxième à dernier alinéas du XXIII leur sont applicables.

XXII. – Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L.6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L.6112-3, L.6112-6, L.6112-7, L.6143-2 et L.6143-2-1, les septième et huitième alinéas de l'article L.6143-4 et les articles L.6145-1 et L.6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables.

XXIII. – Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX, les dispositions suivantes sont applicables aux établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L.6145-1 du code de la santé publique ou le compte financier font apparaître un déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché. Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.6114-1 du même code. S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements ou services qui relèvent de la compétence tarifaire du représentant de l'État dans le département ou du président du conseil général, l'administrateur provisoire est désigné conjointement par le représentant de l'État dans le département et le directeur général de l'agence régionale de santé. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L.811-2 du code de commerce. L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L.814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération. En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L.612-3 du même code.

XXIV. – Les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier conclus en application de l'article L.6161-9 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, ne sont pas renouvelés. Ils prennent fin au plus tard à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

1.1.2. COMMENTAIRES

■ LA SUPPRESSION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La suppression de la notion de service public hospitalier est au cœur du titre I de la loi HPST. Le service public hospitalier a été créé par la loi du 31 décembre 1970¹ portant réforme hospitalière. Cette notion renvoie aux missions d'intérêt général, poursuivies à titre principal par des établissements publics, régis par

1. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

un régime exorbitant du droit commun. Le service public hospitalier pouvait être perçu sous trois aspects. Le premier aspect est l'aspect matériel, constitué par l'exercice d'activités d'intérêt général. Le deuxième aspect est organique : ces activités sont exercées par des personnes publiques. Enfin, l'aspect fonctionnel suppose que ces activités soient soumises au droit public. Il convient donc d'analyser les modifications apportées par la loi HPST, au regard de chaque volet qui composait jusque-là le service public hospitalier.

La loi HPST, en s'attachant à donner une définition claire des missions de service public, a opéré un passage vers une vision principalement **matérielle** de la notion de service public de la santé².

À titre liminaire, il convient de relever que la loi HPST marque une évolution du cadre juridique global des missions des établissements de santé. En effet, l'article L.6111-1 du code de la santé publique est modifié afin de clarifier **les missions générales des établissements de santé**.

Ainsi, aux termes de cet article, les établissements de santé ont pour mission « d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ».

De surcroît, il a été précisé que les établissements de santé délivrent « les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ». Cette disposition nouvelle permet de reconnaître la diversité des modalités de prise en charge des patients. Désormais, l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour font partie intégrante des modalités de prise en charge hospitalière et ne sont donc plus seulement des alternatives à l'hospitalisation.

L'objectif poursuivi par la loi HPST est ensuite d'étendre les missions générales des établissements de santé afin de permettre une meilleure prise en compte de la complexité des parcours de soins. À cette fin, il est énoncé que les établissements de santé « participent à la coordination des soins en lien avec les professions de santé exerçant en médecine de ville et les établissements et services médico-sociaux dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui relèvent de ces collectivités territoriales ». Par cette disposition novatrice, la complexité des parcours de soins est prise en compte. Enfin, les établissements participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique ainsi que des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire et mènent une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale.

Au titre des **missions de service public**, la loi HPST a apporté plusieurs modifications à l'article L.6112-1 du code de la santé publique (CSP). Les missions de service public sont ainsi redéfinies et complétées.

2. Rapport n° 380 (2008-2009) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé au Sénat le 6 mai 2009, désormais rapport Milon.

L'article L.6112-1 du CSP visait sept missions de service public, exercées par le « service public hospitalier ». Ces sept missions recouvrent :

- l'enseignement universitaire et postuniversitaire,
- la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- la recherche,
- la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical,
- les actions de médecine préventive et d'éducation,
- l'aide médicale urgence,
- la lutte contre l'exclusion sociale.

En outre, sont visés les soins dispensés :

- aux détenus,
- aux personnes retenues en application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers,
- aux personnes retenus dans les centres socio-médico-judiciaires.

L'article L.6112-1 du CSP tel que modifié par la loi HPST renvoi dorénavant à **quatorze missions de service public**. Toutes les missions de service public précitées ont été reprises. À celles-ci s'ajoutent :

- la « permanence des soins »,
- la « prise en charge des soins palliatifs »,
- les « actions de santé publique »,
- « la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ».

Il est important de noter que **l'exercice de ces missions de service public, n'est plus du seul ressort du service public hospitalier**, celui-ci ayant été supprimé. L'article L.6112-1 se borne à indiquer que « les établissements de santé peuvent » assurer les missions, en « tout ou partie ». L'on constate donc qu'à la conception classique, principalement organique du service public hospitalier, la loi HPST a substitué une vision strictement matérielle.

Ce constat se confirme lorsqu'il s'agit d'évoquer la **composante organique** du service public hospitalier.

Dans le précédent système de santé, les établissements de santé publics coexistent avec les établissements privés et, en vertu de l'article L.6112-2 du CSP, ce sont eux qui exercent à titre principal le service public hospitalier. Sous certaines conditions, des établissements privés peuvent aussi y concourir : il s'agit des établissements de santé privés à but non lucratif admis en tant que participants au service public hospitalier (PSPH), et des autres établissements de santé privés ayant conclu avec l'État un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

D'autres établissements encore, tels que l'Institution nationale des invalides et les centres de lutte contre le cancer peuvent assurer l'exécution du service public hospitalier.

Table des matières

Liste des contributeurs.....	5
Introduction.....	7

Titre I

Modernisation des établissements de santé

1. Principales dispositions	15
1.1. Les missions de service public : une nouvelle conception.....	15
1.1.1. Article 1 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.....	15
1.1.2. Commentaires.....	21
1.2. La nouvelle gouvernance : vers l'hôpital des managers.....	28
1.2.1. Articles 5, 8, 9, 10, 11, 13.....	28
1.2.2. Commentaires.....	41
1.3. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens : du partenariat à la prestation de service.....	51
1.3.1. Article 6.....	51
1.3.2. Commentaires.....	52
1.4. Les coopérations : une logique de forte restructuration.....	59
1.4.1. Articles 22, 23.....	59
1.4.2. Commentaires.....	66
2. Autres regards	73
A. Service public et hôpital, quarante ans après la loi Boulin, <i>Danièle Cristol</i>	73
B. La nouvelle gouvernance de l'hôpital, <i>Claude Evin</i>	85
C. La réforme de la coopération interhospitalière : rupture ou continuité ?, <i>Maxence Cormier</i>	105

Titre II

Accès de tous à des soins de qualité

1. Principales dispositions	123
1.1. Organisation des soins.....	123
1.1.1. Articles 36, 38, 39, 40, 47.....	123
1.1.2. Commentaires.....	125
1.2. Les internes.....	134
1.2.1. Articles 43, 45, 46.....	134
1.2.2. Commentaires.....	136
1.3. La permanence des soins.....	143
1.3.1. Articles 37, 49.....	143
1.3.2. Commentaires.....	144
1.4. Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique.....	149
1.4.1. Article 50.....	149
1.4.2. Commentaires.....	149

1.5. Coopération entre professionnels de santé.....	154
1.5.1. Article 51.....	154
1.5.2. Commentaires.....	155
1.6. Refus de soins.....	158
1.6.1. Article 54.....	158
1.6.2. Commentaires.....	159
1.7. Développement professionnel continu.....	164
1.7.1. Article 59.....	164
1.7.2. Commentaires.....	168
1.8. Dispositions communautaires.....	174
1.8.1. Article 70.....	174
1.8.2. Commentaires.....	174
1.9. Les actes à visée esthétique.....	178
1.9.1. Article 61.....	178
1.9.2. Commentaires.....	178
2. Autres regards.....	183
A. La réorganisation de l'offre de soins en niveaux de recours : dits et non-dits d'une réforme d'ampleur, <i>Anne-Sophie Ginon</i>	183
B. Entre incitation et coercition, vers la mise en place de nouveaux dispositifs de régulation de la démographie médicale, <i>Guillaume Rousset</i>	197
C. De la formation médicale continue au développement professionnel continu : nouveau départ ou énième réforme ?, <i>Francisco Jornet</i>	210
D. Principales modifications techniques apportées au code de la santé publique en vue de l'amélioration et de la modernisation du fonctionnement des instances ordinales, <i>Michel Legmann</i>	218
E. La télémédecine, <i>Luc Grynbaum</i>	226

Titre III

Prévention et santé publique

1. Principales dispositions.....	231
1.1. Éducation thérapeutique du patient.....	231
1.1.1. Article 84.....	231
1.1.2. Commentaires.....	232
1.2. Santé des femmes.....	236
1.2.1. Articles 86, 87, 88, 89.....	236
1.2.2. Commentaires.....	237
1.3. Lutte contre l'alcoolisme.....	242
1.3.1. Articles 93, 94, 95, 96, 97.....	242
1.3.2. Commentaires.....	244
1.4. Lutte contre le tabagisme.....	253
1.4.1. Articles 98, 99, 100.....	253
1.4.2. Commentaires.....	253
1.5. Médicaments vétérinaires.....	257
1.5.1. Articles 101, 102.....	257
1.5.2. Commentaires.....	259
1.6. Santé et environnement.....	261
1.6.1. Articles 103, 104, 105.....	261
1.6.2. Commentaires.....	262

1.7. Vigilance et toxicovigilance.....	266
1.7.1. Articles 106, 109, 115.....	266
1.7.2. Commentaires.....	268
1.8. Lutte contre la propagation internationale des maladies.....	273
1.8.1. Article 107.....	273
1.8.2. Commentaires.....	274
1.9. Médicaments.....	276
1.9.1. Articles 83, 110, 111.....	276
1.9.2. Commentaires.....	276
1.10. Lutte contre les troubles du comportement alimentaire.....	280
1.10.1. Articles 112, 113, 114, 115.....	280
1.10.2. Commentaires.....	281
2. Autres regards.....	285
A. Loi HPST et prévention, <i>François Bourdillon</i>	285

Titre IV

Organisation territoriale du système de santé

I. Principales dispositions.....	297
1.1. Les agences régionales de santé.....	297
1.1.1. Articles 118, 128, 129, 130, 131.....	297
1.1.2. Commentaires.....	309
1.2. Planification régionale.....	323
1.2.1. Articles 117, 118, 120.....	323
1.2.2. Commentaires.....	327
1.3. Acteurs de santé.....	334
1.3.1. Articles 118, 123.....	334
1.3.2. Commentaires.....	337
2. Autres regards.....	341
A. Nouvelle gouvernance régionale pour une meilleure régulation en faveur de la santé, <i>Jean-Marie Bertrand, Cécile Courrèges et Alain Lopez</i>	341
B. Équilibre des pouvoirs entre agences régionales de santé et établissements publics de santé, <i>Pierre Villeneuve</i>	351
C. Agence régionale de santé et préfet, <i>Monelle Eckert Malécot</i>	363
D. Les relations entre l'assurance maladie et l'État, <i>Rémi Pellet</i>	372

Commentaire de la décision du Conseil constitutionnel

Les établissements de santé, les agences régionales de santé et le Conseil constitutionnel (à propos de la décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009), <i>Xavier Cabannes</i>.....	385
--	------------