PRÉPA concours

FONDAMENTAUX

# LE DROIT HOSPITALIER

**Catherine Keller**
**Marie-Laure Moquet-Anger**
**Danièle Cristol**
PRÉFACE DE FRÉDÉRIC PIGNY (DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CNG)

**3e édition**

- LES NOTIONS CLÉS POUR RÉUSSIR
- LES PROBLÉMATIQUES ACTUELLES
- LES DERNIÈRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES
- 50 QUESTIONS POUR S'ENTRAÎNER

PRESSES DE L'EHESP

# Le **DROIT HOSPITALIER**

**Catherine Keller (dir.)**
**Marie-Laure Moquet-Anger**
**Danièle Cristol**

PRÉFACE DE FRÉDÉRIC PIGNY

**3e édition**

2026
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Collection
FONDAMENTAUX

Dirigée par Gilles Huteau

La collection « Fondamentaux » rassemble des ouvrages pédagogiques de référence à destination des étudiants et des professionnels en formation pour assimiler facilement les notions du champ sanitaire et social.

*Mise à jour au 7 septembre 2026.*

Le photocopillage met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.
*Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'Éditeur (loi du 11 mars 1957, Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992).*
*Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.*

© 3e édition, 2026, Presses de l'EHESP, 2 av. Gaston Berger – CS 41119 – 35011 Rennes Cedex
ISBN : 978-2-8109-1225-4
ISSN : 2270-0692
*www.presses.ehesp.fr*

# Présentation des autrices

### Catherine Keller (dir.)

Directrice d'hôpital et docteure en droit public, spécialiste de la coopération hospitalière, elle a exercé dans le secteur public et privé à but non lucratif, en qualité de directrice adjointe et de cheffe d'établissement.

Elle a exercé durant trois années dans le cadre d'un détachement en qualité de magistrat auprès de la juridiction administrative puis a rejoint en qualité d'enseignante-chercheuse l'École des hautes études en santé publique (EHESP) où elle est chargée de la formation initiale et continue en droit hospitalier et a dirigé pendant trois ans l'Institut du management (IDM).

Elle est responsable du programme HOPITAL+ et est engagée dans des coopérations internationales de formation continue de médecins directeurs d'hôpital. Elle représente l'EHESP au sein du conseil d'administration de l'Association européenne de management en santé (EHMA).

Elle assure la co-direction du master 2 Droit de la santé, en partenariat avec la faculté de droit et de sciences politiques de l'Université de Rennes. Elle enseigne au sein du master 2 Management et formation en santé à l'Université de Bretagne Occidentale.

Elle contribue au jury du concours de directeur d'hôpital et est membre de la commission des affaires juridiques de la Conférence générale des directeurs généraux de CHU.

### Marie-Laure Moquet-Anger

Professeur des universités, agrégé de droit public, elle est professeur émérite de l'Université de Rennes depuis septembre 2024 après y avoir été responsable de la mention Droit de la santé et du master du même nom. Auteur de nombreux articles et ouvrages en droit de la santé, elle a été membre de la Commission de conciliation et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux de Bretagne pendant quinze ans et présidente de l'Association française de droit de la santé de 2015 à 2021. Elle est responsable de la chronique de droit de la santé – responsabilité médicale et hospitalière à la revue *La semaine juridique – Administrations et collectivités territoriales* (*JCP A*). Elle est aussi membre du comité d'éthique du CHU de Rennes et du conseil scientifique de la Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie.

### Danièle Cristol

Professeur de droit public à la faculté de droit et de science politique de l'Université de Rennes, elle est responsable de la mention Droit de la santé à l'Université de Rennes et co-directrice du master Droit de la santé. Auteur de nombreux articles en droit de la santé, elle est également un des trois auteurs chargés de l'annotation et des commentaires du Code de la santé publique (Dalloz).

# Préface

Les établissements de santé traversent aujourd'hui une période de transformations particulièrement profondes. Vieillissement de la population, progression des maladies chroniques, attentes croissantes des usagers, tensions sur les ressources humaines, développement des outils numériques, nouvelles coopérations territoriales, recherche de simplification et d'efficience : autant d'évolutions qui interrogent en permanence les organisations, les pratiques et les responsabilités.

Dans ce contexte, le droit hospitalier occupe une place singulière. Il ne se limite plus à définir un cadre juridique applicable aux établissements ; il constitue désormais l'un des leviers essentiels permettant d'accompagner les transformations du système de santé, d'en sécuriser les évolutions et d'en préserver les principes fondamentaux.

Au Centre national de gestion (CNG), nous observons quotidiennement combien l'exercice des responsabilités hospitalières s'inscrit dans un environnement devenu plus complexe et plus exigeant. Qu'ils soient directeurs, praticiens, cadres ou responsables administratifs, les professionnels (de santé) du secteur sanitaire doivent aujourd'hui prendre des décisions dans un cadre où s'entrecroisent exigences réglementaires, attentes sociétales, impératifs de qualité et contraintes de gestion. La compréhension des principes juridiques n'est plus seulement une compétence spécialisée ; elle est devenue une condition essentielle de l'action et de la décision.

L'exigence d'un droit accessible et intelligible, régulièrement rappelée par le Conseil constitutionnel, ne constitue pas seulement un principe juridique. Elle est une condition de l'efficacité de l'action publique. Dans le champ hospitalier plus encore qu'ailleurs, la qualité des décisions dépend de la capacité des acteurs à comprendre et à s'approprier le cadre juridique dans lequel ils exercent leurs responsabilités.

C'est précisément tout l'intérêt de cette troisième édition du *Droit hospitalier* dans la collection « Fondamentaux ». L'ouvrage propose une approche à la fois pédagogique, rigoureuse et concrète d'une matière dont les enjeux dépassent largement le seul champ juridique. Grâce à des développements structurés, des illustrations pratiques, des références jurisprudentielles et des outils de synthèse particulièrement utiles, il offre au lecteur – professionnel comme usager du système de santé – les clefs nécessaires pour comprendre les fondements et les évolutions du droit hospitalier contemporain.

Mes charges d'enseignement et de recherche en tant que professeur à l'EHESP et à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour (UPPA) m'invitent tout autant à recommander cet ouvrage aux étudiants qui préparent les concours et formations du secteur sanitaire, qu'à l'ensemble des professionnels qui

souhaitent mieux comprendre l'environnement juridique dans lequel ils exercent leurs responsabilités. Son intérêt réside précisément dans sa capacité à conjuguer l'exigence académique avec les réalités concrètes auxquelles sont confrontés les acteurs du système de santé.

À rebours d'une vision parfois réductrice, l'hôpital n'est pas une institution figée. Il sait évoluer, s'adapter et se transformer. Le droit participe pleinement de cette capacité d'adaptation. Lorsqu'il est compris dans son esprit autant que dans sa lettre, il ne constitue pas une contrainte supplémentaire : il devient un outil permettant de donner le sens, d'éclairer l'action et de sécuriser les choix.

Au fond, l'exercice des responsabilités hospitalières renvoie toujours à une même exigence : concilier, dans chaque décision, l'intérêt général et l'intérêt du patient. C'est à cette compréhension exigeante et pragmatique du droit hospitalier que cet ouvrage apporte une contribution particulièrement précieuse.

Frédéric PIGNY,
*Directeur général du CNG*
*Professeur associé UPPA/affilié EHESP*

# Introduction

Héritier de la charité chrétienne, l'hôpital du XXIe siècle a connu de si nombreuses réformes et tant de mutations que ce qu'il reste de l'établissement destiné à l'origine à accueillir les pauvres, les indigents, les pestiférés, paraît se limiter aux frontons des prestigieux établissements comme l'Hôtel-Dieu de la ville de Paris, quand les bâtiments implantés dans le centre des villes n'ont pas été, après procédure de désaffectation, cédés aux promoteurs immobiliers afin de bâtir de nouvelles constructions conformes aux nombreuses normes.

C'est au cours du XXe siècle que l'hôpital a perdu progressivement ses habits d'hospice pour revêtir celui de l'établissement sanitaire avant d'être qualifié par la loi « Évin » du 30 juillet 1991, tout comme ses concurrents du secteur privé, d'établissement de santé.

Tout d'abord, c'est une loi du 16 décembre 1941, suivi d'un règlement d'administration publique du 17 avril 1943, qui a permis aux hospices (futurs établissements publics d'hospitalisation) d'une part, de se doter d'une organisation administrative à la mesure d'un établissement public et d'un corps de médecins : les médecins à temps partiel, condition élémentaire pour permettre aux hospices d'accueillir et de soigner des malades et d'autre part, de mettre en place une véritable organisation médicale en créant le service et la chefferie de service, lesquels survivront jusqu'au début des années 2000.

Mais c'est surtout grâce à la réforme hospitalo-universitaire de 1958 que l'hôpital acquerra une nouvelle dimension, afin d'en faire, selon les vœux des promoteurs de l'époque, le pivot du système sanitaire français.

Pour bien comprendre ce tournant et la place qu'occupe désormais l'hôpital dans le système de santé français, il convient de revenir sur le changement d'appréhension de la politique de santé depuis la Seconde Guerre mondiale.

Longtemps, la santé est demeurée une préoccupation individuelle, relevant de l'intimité des personnes et des cabinets médicaux. C'est au début du XXe siècle que l'État s'est intéressé, encore timidement, à la santé et ce de manière collective, par le prisme de l'hygiène et de la salubrité publique. D'abord une des trois composantes traditionnelles de l'ordre public, aux côtés de la sécurité et de la tranquillité publique, depuis la loi municipale de 1884 (qui deviendra l'actuel article L.2212-2 du Code général des collectivités territoriales), la salubrité publique permet aux maires dans la commune, aux préfets dans le département, puis au président de la République et plus tard (à partir de 1958) au Premier ministre d'adopter des règlements sanitaires et de prendre toute mesure de police administrative en vue de prévenir les troubles à l'ordre public, dont la salubrité. C'est ainsi que la salubrité publique permit d'adopter des mesures aussi diverses que la protection contre les

animaux errants et sans maître, potentiellement transmetteurs de maladies à l'homme, le raccordement des eaux usées des propriétés au réseau sanitaire, le contrôle sanitaire de la vente de denrées alimentaires dans les halles et marchés, etc. Puis une loi du 15 février 1902 d'hygiène publique crée notamment le régime des maladies à déclaration obligatoire, actuellement codifié aux articles L.3113-1, R.3113-1 à R.3113-7 et D.3113-8 à D.3113-10 du Code de la santé publique.

Progressivement, entre les deux guerres, la dimension collective de la santé va constituer une nouvelle priorité de l'État. Cela sera concrétisé par la création le 27 janvier 1920, d'un premier ministère de la Santé, prenant le nom de ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale. Puis au travers de la lutte contre les épidémies ainsi que les autres fléaux sociaux (alcoolisme, tabagisme) l'État intègre, outre la prévention, voire la répression (on pense à la répression de l'ivresse sur la voie publique ou lors de la conduite de véhicules à moteur) une politique de distribution des soins. Cela correspond aussi à de grandes découvertes, telle celle du radium par Marie Curie, prix Nobel de chimie en 1911 ou encore le premier antibiotique, la pénicilline en 1928. Ainsi seront créés, à partir de 1920, les premiers centres de lutte contre le cancer. À la même époque, les organismes d'assurance puis de protection sociale, qui permettent de prendre en charge des soins, se développent.

Le changement de paradigme est concrétisé par l'institution de la Sécurité sociale en 1945 et l'adoption du préambule de la Constitution de 1946. Selon l'alinéa 11 du préambule de 1946 : la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.

Selon la jurisprudence du Conseil constitutionnel, la protection de la santé constitue en France, un objectif de valeur constitutionnelle. Inclus dans la deuxième génération des droits de l'homme, le **droit à la protection de la santé**[1] fait partie de ces droits économiques et sociaux, considérés comme des droits-créances, à la différence de ceux établis dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, première génération des droits de l'homme, appelés droits-libertés. Lorsque les seconds pourraient justifier une protection juridictionnelle, les premiers seraient dénués d'une telle

1. M.-L. Moquet-Anger, « État d'urgence sanitaire et droit à la protection de la santé », *Revue Justice et Cassation*, 2021, n° 17, p. 5.

protection ainsi que le Conseil d'État l'a jugé en réfutant le caractère de liberté fondamentale au droit à la protection de la santé[2].

Ainsi considérée comme un droit-créance, la protection de la santé est appréhendée comme imposant des obligations positives à l'État et dont les usagers du système de santé seraient les créanciers. Il est vrai que depuis la Seconde Guerre mondiale et la création de la Sécurité sociale, le droit à la protection de la santé résulte d'abord de la mise à disposition de tous d'un vaste ensemble de prestations sanitaires largement prises en charge par l'assurance maladie à laquelle a été confiée la gestion du risque médical[3]. Depuis 1945, le législateur, notamment par les lois relatives au système de santé d'une part, celles relatives à l'assurance maladie ou au financement de la Sécurité sociale d'autre part, a largement contribué à mettre en œuvre cet objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé en permettant une prise en charge sociale des dépenses de santé afin de couvrir les soins les plus variés, aussi bien à visée préventive, diagnostique, curative, reconstructive, reproductive, contraceptive, abortive que palliative. Déployant constamment un effort tant pour assurer l'accès que l'accessibilité aux soins[4], l'État n'a cessé de rendre concret ce droit-créance que constitue le droit à la protection de la santé.

2. CE, Ord. 8 septembre 2005, Garde des sceaux, n° 284803, Rec. p. 388 : *AJDA* 2006, p. 376, note M. Laudijois ; *Dalloz*, 2006. 124, note X. Bioy. On observe cependant une évolution dans un sens favorable puisque lorsque le droit à la protection de la santé est associé au droit au respect de la vie, le Conseil d'État n'hésite pas à reconnaître qu'ils constituent des libertés fondamentales au titre de l'article L.521-2 du CJA. CE, Ord. 3 mars 2026, n° 512730, *Association Intox'Alim*.

3. En 2024, selon les chiffres de la DREES, la Sécurité sociale a financé à hauteur de 78,7 % l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux, les organismes complémentaires couvrant 12,8 % des dépenses, l'État 0,7 %, le reste à charge des ménages étant ainsi de 7,8 %. Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé », édition 2025, p. 106.

4. La loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux a imposé une convention nationale permettant d'encadrer les honoraires. La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, après celle du 2 janvier 1978 généralisant la Sécurité sociale, garantit une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie aux personnes qui résident en France de manière stable et régulière qui ne bénéficiaient pas jusqu'alors d'un régime de Sécurité sociale et à celles dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais. La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016 l'a transformée en protection universelle maladie (PUMA) qui permet une prise en charge des frais de santé sans rupture de droits ; ainsi cette prise en charge est assurée même en cas de changement de situation professionnelle (perte d'emploi), familiale (séparation), ou de résidence.

Néanmoins, pour être complet sur le sens de la protection de la santé, il convient d'ajouter l'autre volet, historique, celui de la protection contre les risques liés aux dangers de certaines activités, produits et biens, qui nécessite la mise en œuvre de prérogatives de puissance publique, à savoir les mesures de police administrative, comme l'a révélé la crise sanitaire en 2020 et pour la gestion de laquelle le Conseil d'État, saisi d'actions indemnitaires, a rejeté l'existence de fautes et la responsabilité de l'État[5].

On saisit dès lors que la protection de la santé comprend la mise en œuvre de prestations de service et l'usage de multiples réglementations de police sanitaire et que l'expression **« système de santé »** couvre l'ensemble des acteurs, autorités et des prestataires d'activités, publics et privés, concourant à la protection de la santé. En ce sens, l'article L.1110-1 modifié du Code de la santé publique, introduit par la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 est assez éclairant en énonçant que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

Ainsi, outre les administrations et les autorités sanitaires, le système de santé recouvre les prestataires d'activités de ville d'une part (appelée communément médecine de ville ou médecine ambulatoire), et les établissements de santé d'autre part (dit système hospitalier).

Par **administrations et autorités sanitaires**, il convient d'entendre celles qui exercent leurs attributions au niveau central et celles qui sont déconcentrées.

S'agissant des **administrations et autorités centrales**, outre le ministère chargé de la Santé non doté de la personnalité juridique, ont été créés sous des formes juridiques différentes, des organismes nationaux bénéficiant d'une autonomie ou d'une indépendance par rapport au ministère.

De façon classique, le **ministère chargé de la Santé** est organisé en deux grandes directions, la **Direction générale de la santé** (dont les missions sont fixées à l'article D.1421-1 du CSP) et la **Direction générale de l'offre de**

5. CE, 16 octobre 2025, n° 489593 ; *Dictionnaire permanent Santé, bioéthique, biotechnologie*, Éditions législatives, novembre-décembre 2025, p. 1-3, note M.-L. Moquet-Anger ; *JCPA*, 2026, n° 1, p. 24, note D. Cristol.

**soins** (CSP, art. D.1421-2). Placées sous l'autorité du ministre chargé de la Santé, elles agissent comme ce dernier, au nom de l'État.

À la suite du scandale du sang contaminé, un certain nombre d'attributions précédemment exercées par le ministère de la Santé ont été transférées dès 1993 à de nouvelles structures elles-mêmes dotées de la personnalité juridique ; il s'agit principalement des **agences nationales** d'une part, de la **Haute Autorité de santé** (HAS) d'autre part. Réorganisées plusieurs fois et dernièrement par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les principales agences nationales, créées sous la forme d'établissement public de l'État, sont : l'Agence nationale de santé publique (aussi connue sous le nom de Santé publique France), autorité chargée des populations (CSP, art. L.1413-1 et s.), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, autorité chargée des produits (CSP, art. L.5311-1 et s.), l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), autorité chargée des risques (CSP, art. L.1313-1 et s.), l'Agence de biomédecine compétente dans les domaines de la greffe, de la reproduction, de l'embryologie et de la génétique humaines (CSP, art. L.1418-1 et s.), auxquelles il convient d'ajouter l'Établissement français du sang chargé de l'organisation du service public de la transfusion sanguine (CSP, art. L.1222-1 et s.). Pour sa part, la Haute Autorité de santé, dont les dispositions sont codifiées aux articles L.161-37 et suivants du Code de la Sécurité sociale, a le statut d'autorité publique indépendante à caractère scientifique ; chargée des pratiques, la certification des établissements de santé constitue l'une de ses missions.

Sans être exhaustif, ajoutons à ces organismes décisionnaires quelques organismes consultatifs au niveau national comme le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CSP, art. L.1412-1 et s.), la Conférence nationale de santé (CSP, art. L.1411-3) et le Haut Conseil de la santé publique (CSP, art. L.1411-4).

De façon classique, l'administration sanitaire de l'État est aussi déconcentrée sur l'ensemble du territoire. Après la création des agences régionales de l'hospitalisation en 1996, ce sont depuis la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de 2009, les **agences régionales de santé** (ARS) qui succèdent notamment aux anciennes directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales. Créées sous la forme d'établissement public de l'État à caractère administratif, les ARS, parce qu'elles sont dotées de la personnalité juridique, relèvent juridiquement, au sens strict, d'une décentralisation fonctionnelle. Néanmoins, par leurs missions (mise en œuvre de la politique de santé nationale à l'échelle régionale) et par le statut et les attributions de leur directeur général, la création des ARS (CSP, art. L.1431-1) s'apparente à une déconcentration de l'administration sanitaire dans les régions, ce qui était le cas des anciennes directions régionales et

départementales qu'elles ont remplacées. Vivement critiquées pour leur gestion de la pandémie de la Covid-19 depuis le début de l'année 2020, la réforme de leurs missions, déjà inscrite dans la loi du 24 juillet 2019, a timidement commencé avec une ordonnance du 18 novembre 2020. Puis, à la suite du rapport Notat qui a conclu le Ségur de la santé en juillet 2020, et dans le prolongement du rapport de la Mission d'information relative à l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Covid-19, issu des travaux de la mission dirigée par les députés J. Borowczyk et E. Ciotti à l'Assemblée nationale, une loi du 21 février 2022 a modifié quelques dispositions au bénéfice des collectivités locales, notamment en transformant le conseil de surveillance en conseil d'administration et en améliorant l'association des élus de la région à cette instance[6]. Début 2026, une réforme des ARS était de nouveau à l'étude. Cependant, c'est par un ajustement réglementaire (décret n° 2026-722 du 1er août 2026 relatif aux délégations départementales des agences régionales de santé) que le Gouvernement met en œuvre l'article L.1432-1 du CSP issu de la loi du 21 février 2022 qui avait créé ces délégations départementales.

L'organisation du système de soins de ville relève principalement, d'une part, des officines pharmaceutiques dont l'implantation fait l'objet d'une planification relevant depuis 2009 de la compétence des ARS et, d'autre part, des cabinets des professions médicales et auxiliaires médicaux. S'agissant de ces derniers, on observe à côté de l'implantation des cabinets individuels ou de groupes, sous différentes formes, des professions libérales, la création de centres de santé relevant soit des organismes d'assurance maladie et complémentaires santé, soit d'établissements de santé, soit de collectivités territoriales. En effet, pour répondre aux besoins de santé de leurs populations, face à la carence de l'initiative privée (autrement dit les déserts médicaux[7]) les élus municipaux se lancent dans la création de cabinets municipaux où les professionnels de santé sont salariés, renouant avec une ancienne pratique connue sous le nom de socialisme municipal et que le Conseil d'État avait validée à propos de la création d'un cabinet dentaire municipal[8].

Le **système hospitalier** s'est construit depuis deux siècles autour de la distinction entre l'hospitalisation privée et l'hospitalisation publique.

L'**hospitalisation privée** se distingue entre les établissements privés à but lucratif, communément appelés cliniques privées et les établissements privés à but non lucratif que recouvre aujourd'hui la qualification d'ESPIC :

6. Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action locale.

7. Sur la question lire *Santé et territoires* sous la direction de S. Brimo et O. Renaudie, LexisNexis, 2022.

8. CE Section, 20 novembre 1964, *Ville de Nanterre*, Rec., p. 563.

établissements de santé privés d'intérêt collectif. Lorsque les premiers sont la propriété de grands groupes privés et principalement régis par le droit commercial, les seconds sont gérés par des associations de type loi 1901, des congrégations ou des fondations ou relèvent des organismes de l'assurance maladie ou mutualistes et comprennent également les centres de lutte contre le cancer. Par leur création, fondée sur le principe de la liberté d'entreprendre, les établissements de santé privés, constituent une offre alternative aux établissements publics, parfois concurrente, mais aussi complémentaire comme l'a révélé la crise sanitaire en 2020.

Si aujourd'hui la part de l'**hospitalisation publique** dans le système de santé est prépondérante, c'est que les réformes successives depuis 1941 ont privilégié le rôle de l'hôpital public comme pivot du système sanitaire et lui ont confié des missions pouvant déborder le cadre d'un établissement de soins *stricto sensu*. Ainsi, depuis 1958 les activités de l'hôpital seront encadrées, diversifiées et organisées selon un triptyque : soins, enseignement, recherche ; de grands établissements sortent de terre dans les villes universitaires : les centres hospitaliers universitaires (CHU) ou plus exactement les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui ont passé une convention avec l'université implantée dans la ville où ils sont installés, vont constituer le fleuron de l'hospitalisation française en accueillant les malades dans toutes les disciplines médicales et chirurgicales notamment les plus pointues, en formant les nouvelles générations de praticiens et en participant à la recherche dont les résultats spectaculaires contribueront quelques décennies plus tard… à limiter le recours à l'hospitalisation.

Afin d'exercer toutes ces activités, les hôpitaux, et spécialement les hôpitaux universitaires, seront dotés de nouveaux corps de médecins hospitaliers ; ainsi à côté du corps des médecins à temps partiel créé en 1943, seront organisés le corps des médecins à temps plein et celui des personnels dits bi-appartenant, enseignants à la faculté et praticiens à l'hôpital.

Cependant si les nouveaux centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) bénéficient, par leur implantation, leurs moyens et leurs activités d'un attrait considérable, l'hôpital de ville moyenne peine à recruter des praticiens, plus attirés par la prestigieuse carrière hospitalo-universitaire ou par les revenus de l'activité libérale exercée dans les cliniques privées. On voit donc naître une concurrence entre ces petits hôpitaux où l'on continue d'accueillir des malades non payants, et les cliniques privées où l'on prend en charge les malades dits payants, c'est-à-dire ceux qui bénéficient d'une bonne couverture maladie, leur permettant de financer notamment des honoraires parfois élevés.

Il faudra attendre la réforme hospitalière du 31 décembre 1970, dite loi « Boulin » du nom du ministre de la Santé, pour que, par la création du service public hospitalier, un rapprochement entre l'hospitalisation publique et

l'hospitalisation privée puisse se faire. En effet, en recourant à la notion de **service public hospitalier**, le législateur nourrissait l'ambition de soumettre les activités pratiquées par l'ensemble des établissements d'hospitalisation à un régime juridique de prise en charge des soins commun, celui des principes de fonctionnement du service public qui recouvre l'égalité, la continuité et la mutabilité du service.

En effet au regard des principes républicains, il devenait inacceptable tant sur le plan juridique que social, que l'accès aux soins, notamment hospitaliers, ainsi que les modalités de la prise en charge des malades varient suivant les moyens de ces derniers et le type d'établissements d'hospitalisation.

Rappelons que selon l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946, la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé. C'est donc une obligation constitutionnelle faite à l'État de mettre en œuvre les moyens permettant l'accessibilité et l'égal accès aux soins pour tous, ce qui suppose à la fois sur le plan financier et sur le plan territorial. Il n'est pas inutile de rappeler que la réforme hospitalière issue de la loi « Boulin » et le conventionnement des honoraires médicaux sont concomitants, la première datant du 31 décembre 1970, le second résultant de la loi du 3 juillet 1971.

Cependant pour ne pas mettre en cause la liberté d'entreprendre, il a été proposé aux établissements d'hospitalisation privés soit de participer à l'exécution du service public hospitalier par voie de concession de service public (pour les établissements privés à but lucratif) ou par autorisation unilatérale (pour les établissements privés à but non lucratif), soit d'y être seulement associés par voie de convention, tandis que les hôpitaux publics en qualité d'établissements publics administratifs étaient eux investis de l'exécution des missions du service public hospitalier.

Ces missions, initialement au nombre de quatre : soins, enseignement, recherche et prévention, seront progressivement élargies jusqu'à ce que le législateur choisisse, presque quarante ans plus tard, d'abandonner la notion de service public hospitalier, lui substituant une liste de quatorze missions de service public, à charge pour les agences régionales de santé d'en permettre l'exécution sur l'ensemble du territoire au moyen de la contractualisation (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, CPOM). Il est vrai qu'entre la loi « Boulin » de 1970 et la loi « HPST » de 2009, l'addition de circonstances, notamment le désintérêt du secteur privé lucratif, avait fini par avoir eu raison du maintien de la notion.

Le déficit chronique de l'assurance maladie dont le budget est très largement amputé par les dépenses d'hospitalisation a conduit les gouvernements successifs à resserrer le contrôle sur les établissements de santé, d'une part par la soumission à un régime d'autorisations des activités, d'autre part par un contrôle de l'agence régionale de l'hospitalisation, devenue ARS en

2009, *via* la contractualisation et les financements, désormais assurés principalement par la tarification à l'activité. Parallèlement le nombre d'assurés sociaux augmentait considérablement (pour rappel la France est passée de 50 millions d'habitants dans les années 1970 à près de 69 millions au 1er janvier 2026) provoquant une augmentation des besoins de santé de la population à laquelle s'ajoutaient dans le même temps de nouvelles demandes de soins et d'actes générées par les prouesses de la médecine et de la chirurgie, améliorant sensiblement l'espérance de vie.

Cependant grâce aux progrès scientifiques et technologiques, la durée de l'hospitalisation se faisait plus courte et justifiait de revoir l'offre de soins hospitaliers, au moins dans deux directions : celle de la meilleure sécurité sanitaire possible d'une part, celle de la réduction du parc hospitalier d'autre part. Cette dernière ne pouvait se concevoir sans prendre en considération les inégalités territoriales de santé, liées pour partie aux déterminants habituels de la santé, pour autre partie à la mauvaise répartition de l'offre en médecine ambulatoire.

Les enjeux économiques, juridiques et démographiques ainsi que les aspirations de la société, ont conduit le législateur dans plusieurs directions :

– rationaliser l'offre de soins hospitaliers (par la notion commune d'établissement de santé pour les cliniques et hôpitaux[9], la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire [SROS] et le régime unique d'autorisations hospitalières par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, puis la suppression de la carte sanitaire en 2003) ;

– améliorer la qualité et la sécurité des soins et des activités par des procédures d'évaluation, d'accréditation et de certification, par la définition d'objectifs à travers la contractualisation (ordonnance « Juppé » du 24 avril 1996) ;

– favoriser l'émergence des politiques régionales et territoriales de santé publique, dans un esprit de déconcentration et non de décentralisation et faciliter le parcours de soins pour les usagers (loi du 9 août 2004, puis loi « HPST » du 21 juillet 2009) ;

– réorganiser l'offre hospitalière en impulsant, puis prescrivant la coopération entre établissements et moderniser la gouvernance hospitalière (des ordonnances « Juppé » de 1996 jusqu'à la loi dite « Bachelot » du 21 juillet 2009) ;

– adapter notre système de soins, et donc d'hospitalisation, aux défis, exigences et mutations du XXIe siècle par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, laquelle réintroduira le service public hospitalier ;

9. Sur les conséquences de cette notion sur l'hôpital, lire D. Cristol, « De l'hôpital à l'établissement public de santé : à la recherche du sens perdu », *in Mélanges en l'honneur de M.-L. Moquet-Anger*, LGDJ, 2024, p. 115 ; C. Keller, « La consistance finaliste de l'établissement de santé : talon d'Achille et cheval de Troie », *in Mélanges, op. cit.*, p. 220.

– décloisonner les différents acteurs du système de santé et poursuivre la structuration de l'offre de soins dans les territoires pour « créer un collectif de soins au service des patients » selon l'intitulé de l'un des chapitres de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé.

Ce dernier texte est la traduction du plan « Ma santé 2022 » présenté par le président de la République en 2018. Prévoyant le recours à des ordonnances pour compléter nombreuses de ses dispositions, en particulier la réforme des autorisations sanitaires, la gouvernance des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la modification des statuts de praticiens hospitaliers, la réforme législative fut stoppée par la crise provoquée par la pandémie de Covid-19. Néanmoins plusieurs textes, adoptés depuis, de valeur juridique différente et de façon éparse, viendront compléter ou modifier la réforme des autorisations (ordonnance du 12 mai 2021), les statuts de praticiens hospitaliers (ordonnance du 17 mars 2021 et décrets du 5 février 2022) ainsi que les GHT (décret du 27 mai 2021 et loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite loi « Valletoux »).

Si les institutions de santé ont été la cible des réformes successives depuis une quarantaine d'années, les malades ou usagers du système de santé ont bénéficié aussi de l'adoption de textes majeurs, notamment la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, confirmant ou reconnaissant de nouveaux droits, puis la loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et plus récemment la loi dite « Leonetti-Claeys » du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Attendu, un projet de loi adopté en conseil des ministres le 10 avril 2024, relatif à l'accompagnement des malades et à la fin de vie, était en discussion à l'Assemblée nationale lorsque la dissolution de cette dernière a été prononcée le 9 juin 2024. Caduc, le texte est néanmoins revenu, par voie de deux propositions de lois, distinguant d'une part, l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, et d'autre part l'aide à mourir. Ces deux textes ont été adoptés par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025 et leur examen par le Sénat, retardé par la démission du Premier ministre et la constitution d'un nouveau gouvernement à l'automne 2025, a eu lieu en janvier 2026. Toutefois le Sénat a modifié la première proposition de loi et a refusé de voter la seconde. En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a, malgré quelques modifications, confirmé à l'unanimité le texte relatif à l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs et, avec une majorité plus faible, celui relatif à l'aide à mourir. La deuxième lecture au Sénat a eu lieu en mai 2026, dans un contexte tendu en raison de l'opposition de nombreux sénateurs à voter un droit permettant le suicide assisté et l'exception d'euthanasie. Le Sénat a cependant adopté, sans modification, le texte

relatif à l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, lequel en l'absence de saisine du Conseil constitutionnel, a été promulgué et publié au *Journal officiel* le 27 mai 2026[10]. En revanche les sénateurs ayant refusé, une seconde fois, de voter la proposition de loi sur l'aide à mourir, une commission mixte paritaire a été convoquée le 2 juin 2026. L'échec de celle-ci a conduit à l'examen du texte en troisième lecture. Adopté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026, le texte a de nouveau été rejeté par le Sénat le 7 juillet 2026. Le désaccord entre les deux chambres a conduit à un vote définitif par la seule Assemblée nationale, le 15 juillet 2026. Saisi aux fins de contrôle de constitutionnalité de la loi par le président du Sénat, le Premier ministre, un groupe de sénateurs et deux groupes de députés, le Conseil constitutionnel a, malgré trois réserves d'interprétation, validé la loi le 14 août 2026[11]. La loi reconnaissant un droit à l'aide à mourir a pu être promulguée et publiée au *Journal officiel* le 19 août 2026[12].

Dès lors cet ouvrage sera articulé en quatre chapitres afin que le lecteur préparant les concours d'entrée à l'EHESP ou les professionnels en formation puissent comprendre les points les plus importants de la législation hospitalière.

Le premier chapitre qui porte sur l'organisation du système hospitalier, a pour objet de comprendre les enjeux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé : l'accès aux soins, la rationalisation des dépenses hospitalières, la qualité et la sécurité des soins.

Le deuxième chapitre présente l'offre hospitalière dans ses différentes configurations, d'une part sur le plan organique en distinguant les différentes catégories d'établissements de santé, d'autre part sur le plan matériel par la distinction des missions, enfin par l'analyse des différentes modalités de coopération engendrées par les contraintes financières et l'exigence de protection de la santé.

Le fonctionnement des établissements publics de santé (gouvernance, ressources humaines et ressources financières) sera examiné dans un troisième chapitre.

Le dernier chapitre est consacré aux droits des malades et à la responsabilité des établissements ; les malades y sont abordés en qualité de personnes, citoyens et usagers du système de santé, mais aussi de potentielles victimes, à travers leur droit à indemnisation en cas de préjudice résultant de leur hospitalisation.

10. Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, *JO* du 27 mai 2026.

11. Conseil constitutionnel, décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, *JO* du 19 août 2026.

12. Loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir, *JO* du 19 août 2026.

# Table des matières


**Présentation des autrices** ... 3

**Préface** ... 5

**Introduction** ... 7

**Chapitre 1. L'organisation du système hospitalier** ... 19

1 - Les acteurs ... 23

2 - Les objectifs ... 57

3 - Les moyens ... 79

Pour aller plus loin ... 99

**Chapitre 2. Panorama de l'offre hospitalière** ... 101

1 - La territorialisation de l'offre hospitalière ... 101

2 - Les établissements de santé : la notion d'établissement de santé ... 108

3 - Les coopérations hospitalières ... 117

Pour aller plus loin ... 141

**Chapitre 3. Le fonctionnement des établissements publics de santé** ... 143

1 - La gouvernance et l'organisation interne ... 143

2 - La gestion stratégique et opérationnelle des établissements publics de santé ... 163

3 - La gestion financière et budgétaire des établissements publics de santé ... 179

4 - Le système d'information hospitalier (SIH) ... 191

5 - Le droit hospitalier à l'épreuve de la crise sanitaire ... 193

Pour aller plus loin ... 196

**Chapitre 4. Les droits des malades et la responsabilité dans les établissements publics de santé** ... 197

1 - Les droits de la personne hospitalisée ... 198

2 - La responsabilité des établissements de santé ... 233

Pour aller plus loin ... 247

**50 questions pour s'entraîner** ... 249

**Législation** ... 251

**Bibliographie** ... 255

**Liste des sigles** ... 259

**Index** ... 263

## Dans la même collection

*Le droit des établissements et services sociaux et médico-sociaux* (2026)
G. Rousset – 3e édition

*Le droit des pratiques du travail social* (2026)
S. Hennion

*Santé environnementale et transition écologique du système de santé* (2026)
R. Chouvel, C. Harpet (dir.)
E. Baurès, S. Brimo, L. Marrauld

*La santé publique* (2025)
J. Raimondeau (coord.) – 5e édition

*Les droits des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social* (2025)
M. Girer, G. Rousset – 2e édition

*Le droit de la sécurité sociale. Système et finalités* (2024)
G. Huteau (coord.) – 3e édition

*La médiation au service de la santé et du médico-social* (2022)
C. Évin

*Les métiers d'attaché d'administration hospitalière* (2020)
L. Lacour (dir.), J.-P. Hurtaud, C. Allemand, H. Heinry

*Les ados et l'alcool. Comprendre et agir* (2019)
G. Benech

*Les coopérations en santé* (2017)
B. Gallet

Conception, réalisation : Presses de l'EHESP
Réalisation : STDI, Lassay-les-Châteaux
Achevé d'imprimer en octobre 2026
sur les Presses de Sepec numérique à Péronnas
N° d'impression : 10715260704
IMPRIMÉ EN FRANCE

FONDAMENTAUX

PRÉPA concours

3e édition

# LE DROIT HOSPITALIER

Catherine Keller
Marie-Laure Moquet-Anger
Danièle Cristol

En ces temps de crise financière structurelle des hôpitaux publics, le système hospitalier est plus que jamais au cœur de toutes les préoccupations. Cette troisième édition, entièrement à jour des dernières nouveautés législatives et réglementaires, fait le point sur les mutations qui agitent actuellement le secteur hospitalier : rôle des ARS, place des CME, pertinence du modèle de tarification à l'activité face aux déficits structurels, bilan et devenir des groupements hospitaliers de territoire, accès aux soins palliatifs et droit à l'aide à mourir…

Réussir l'épreuve de droit hospitalier des concours administratifs implique d'avoir une bonne compréhension du système hospitalier dans le contexte économique et démographique actuel. Cet objectif est aisément atteignable grâce à ce manuel qui rassemble :

– les connaissances de base nécessaires pour appréhender le cadre juridique des activités hospitalières (offre hospitalière, coopérations, droits des malades) ;

– les points les plus importants de la législation hospitalière ;

– des encadrés favorisant des réponses précises ;

– 50 questions pour s'entraîner.

Issu de l'expérience d'une équipe d'enseignantes reconnues et impliquées dans les cycles de préparation aux concours administratifs, dans l'enseignement universitaire du droit hospitalier et plus généralement du droit de la santé, ce manuel permettra aux préparationnaires de réussir l'épreuve de droit hospitalier des concours administratifs de la fonction publique hospitalière, aux étudiants d'actualiser leurs connaissances et aux professionnels de comprendre les enjeux actuels et les évolutions du secteur hospitalier.

**Catherine Keller**, directeur d'hôpital et docteur en droit public, enseigne le droit hospitalier à l'EHESP et co-dirige le Master 2 en droit de la santé de l'Université de Rennes. Elle est également membre du jury du concours de directeur d'hôpital.

**Marie-Laure Moquet-Anger**, professeur des universités, agrégé de droit public, est professeur émérite de l'Université de Rennes.

**Danièle Cristol**, professeur de droit public de l'Université de Rennes, co-dirige le Master 2 en droit de la santé de l'Université de Rennes.

ISBN : 978-2-8109-1225-4

www.presses.ehesp.fr

22 €

IMPRIMÉ EN FRANCE