

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

23/02/2010

Voir également :

Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Monsieur le Président de la République,

L'article 133 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 (dite loi HPST) a habilité le Gouvernement à prendre, par ordonnance, dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, les mesures visant, d'une part, à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de cette loi et, d'autre part, à abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.

En vertu de cette habilitation et dans un souci de cohérence, la présente ordonnance procède à plusieurs modifications, révisions et abrogations de textes législatifs. Si ce même article 133 a également habilité le Gouvernement à prendre, par ordonnance, les mesures visant à étendre et adapter les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 précitée aux collectivités d'outre-mer, ces dernières mesures, qui concernent en particulier les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Mayotte et Wallis-et-Futuna, feront l'objet d'un texte distinct.

L'ordonnance comprend quatre titres :

- titre Ier : modernisation des établissements publics de santé ;
- titre II : organisation territoriale du système de santé ;
- titre III : dispositions rédactionnelles et de simplification du droit ;
- titre IV : dispositions finales.

Le titre Ier est relatif à la modernisation des établissements publics de santé. Il comprend trois chapitres.

Le chapitre Ier, relatif aux missions des établissements de santé, vise essentiellement à supprimer, dans le code de la santé publique (article 1er), dans le code de la sécurité sociale (article 2), dans le code de l'éducation, dans le [code général des impôts](#) et dans le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et dans certains textes législatifs non codifiés, les mentions concernant les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (article 3). La loi du 21 juillet 2009 précitée a supprimé cette distinction et tous les établissements de santé (publics, privés et privés d'intérêt collectif) peuvent désormais être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public définies dans le [nouvel article L. 6112-1 du code de la santé publique](#) issu de l'article 1er de la loi HPST.

Le chapitre II porte sur les établissements publics de santé. L'article 4 actualise le [code de la santé publique](#) pour substituer le conseil de surveillance au conseil d'administration et le président du directoire au directeur de l'établissement. Il procède en outre à différentes adaptations en matière budgétaire et financière (L. 6122-9 et L. 6122-12 nouveaux). L'article 5 poursuit le même objectif pour le [code général des collectivités territoriales](#), le [code de justice administrative](#) et le [code des juridictions financières](#).

Le chapitre III est relatif à la coopération entre établissements de santé. A ce titre, l'article 6 tire les conséquences de la loi HPST (article 23) qui transforme les syndicats interhospitaliers en communauté hospitalière de territoire, groupement de coopération sanitaire ou groupement d'intérêt public.

Le titre II est consacré à l'organisation territoriale du système de santé. Il comprend neuf chapitres. Dans le chapitre Ier, relatif à la santé publique, l'article 7 substitue le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) au représentant de l'Etat dans la région ou le département, en particulier dans les dispositions relatives aux droits des malades et aux recherches biomédicales et dans celles relatives aux sanctions en cas de non-respect des nouvelles dispositions permettant l'encadrement ou l'interdiction de certains actes à visée esthétique.

Ce même article comporte, par ailleurs, plusieurs adaptations du [code de la santé publique](#) dans les domaines de la santé et de l'environnement. Il précise les attributions respectives du préfet de département et du directeur général de l'ARS. La loi a maintenu la compétence de l'Etat en matière de contrôle des règles d'hygiène (sauf en matière d'habitat et pour quelques autres dispositions dont le contrôle relève du maire). Si les décisions de police sanitaire restent, en conséquence, prises par le préfet, elles sont désormais fondées sur les compétences techniques apportées par l'ARS au sein de laquelle sont affectés les agents qui, aujourd'hui, préparent les décisions du préfet dans les services déconcentrés.

Le même article assoit la compétence de l'ARS pour mettre en œuvre des programmes nationaux de santé et lui permet d'habiliter certains organismes à cet effet (notamment, les structures de gestion des dépistages organisés de certains cancers). Il précise également que la prise en charge sanitaire des toxicomanes est organisée par l'ARS.

L'article 8 de l'ordonnance coordonne avec la loi HPST, notamment, le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, pour y faire mention de l'avis « du médecin de l'ARS désigné par le directeur général » qui est substitué à l'avis « du médecin inspecteur de santé publique », en conséquence de l'emploi, par l'agence, de médecins contractuels. Il modifie également le code de l'environnement, pour prévoir la participation de l'ARS à la commission locale d'information et de surveillance créée pour les opérations de contrôle d'élimination ou de stockage de déchets ; l'association de l'ARS à l'élaboration du plan régional pour la qualité de l'air et sa participation à la commission sur les déchets industriels spéciaux. Il modifie en outre le [code général des collectivités territoriales](#) pour prévoir l'accès de l'ARS à certaines informations.

Le chapitre II est relatif aux établissements et professionnels de santé. L'article 9 actualise notamment le [code de la santé publique](#) pour prendre en compte le transfert à l'ARS et à son directeur général des compétences des agences régionales d'hospitalisation et de son directeur (transfert qui emporte la suppression de la commission exécutive de l'agence régionale d'hospitalisation et son intervention dans la procédure d'autorisation en matière de projets d'activités de soins).

L'article 10 procède à la coordination du [code de la sécurité sociale](#), du [code général des collectivités territoriales](#) et de dispositions législatives non codifiées pour tenir compte du transfert, à l'ARS, des compétences des agences régionales d'hospitalisation et des missions régionales de santé.

L'article 11 modifie le code général des collectivités territoriales et le code de l'éducation pour y supprimer la référence au centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, ainsi que le [code de la sécurité sociale](#) pour prendre en compte le transfert à l'ARS des missions régionales de santé.

Le chapitre III est relatif à l'organisation des soins. La section 1 (articles 12 et 13) concerne le transfert à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des compétences du comité régional de l'organisation des soins. La section 2 qui porte sur les professions et services de santé (articles 14, 15 et 16) substitue le directeur général de l'ARS au représentant de l'Etat pour l'exercice de différentes compétences relatives à cette organisation :

s'agissant des professionnels de santé, la suspension temporaire du droit d'exercer, l'autorisation pour les médecins de détenir des médicaments s'ils sont établis dans une commune dépourvue d'officine, le contrôle du suivi des programmes et de la qualité de la formation des professions paramédicales ; s'agissant des pharmacies, la création, le transfert ou la suppression d'une pharmacie à usage ; s'agissant du transport sanitaire : l'agrément de toute personne effectuant un tel transport et l'autorisation de mise en service des véhicules qui sont affectés au transport sanitaire terrestre. La section 3 (article 17) porte sur le schéma régional de l'organisation des soins, qui se substitue au schéma d'organisation sanitaire, et sur le régime des autorisations au titre de cette organisation.

Le chapitre IV (article 18) met en cohérence le code de l'action sociale et des familles avec les principaux objectifs des articles 18 et 124 de la loi HPST en ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux. La volonté du législateur de décloisonner les approches sanitaires et médico-sociales et de renforcer les outils de planification et de programmation de l'offre de soins et de services médico-sociaux conduit au transfert des compétences, en matière d'activité médico-sociale, du préfet au directeur général de l'ARS.

L'autorisation de créer un établissement médico-social relève désormais de la compétence du directeur général de l'ARS qui détient aussi certaines compétences connexes, en matière de schémas médico-sociaux. Il devra notamment assurer leur coordination avec les schémas de santé.

Cette procédure d'autorisation est modernisée à la fois pour le secteur social et le secteur médico-social. Le rôle confié à la commission d'appel à projets, qui se substitue au comité régional d'organisation sanitaire médico-social, conduit à la suppression ou au remplacement des termes ou dispositions devenues obsolètes et incompatibles. Les articles relatifs à l'autorisation sont révisés de manière à être compatibles avec la création de cette commission. Les dispositions relatives aux périodes de dépôt des demandes d'autorisation, à l'inscription sur liste d'attente de projets non finançables et au délai tacite de refus de six mois sont supprimées.

L'ordonnance précise les pouvoirs respectifs du directeur général de l'ARS, du président du conseil général et du préfet en matière de contrôle et de fermeture des établissements.

La compétence du directeur général de l'ARS en matière de tarification (substituée à celle du préfet et de la caisse de sécurité sociale) est retranscrite dans les différentes dispositions concernées, ainsi que la faculté reconnue aux parties de contractualiser. De telles modifications entraînent un ajustement, par voie de conséquence, de la compétence financière du préfet de région pour les établissements financés par l'Etat.

L'ordonnance précise aussi les conditions du financement de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé médico-sociaux (ANAP) — créée par la loi — pour l'activité dédiée au secteur médico-social.

Le chapitre V tire les conséquences de la loi HPST pour réviser les dispositions concernant le champ de l'« inspection et du contrôle ». L'article 19 modifie notamment le [premier alinéa de l'article L. 1421-1 du code de la santé publique](#), qui énumère les domaines d'intervention des fonctionnaires chargés des missions d'inspection, afin qu'il couvre, en tenant compte des nouvelles sanctions prévues par la loi HPST, la totalité du champ des dispositions relatives à la santé publique, sans préjudice des domaines où la loi confierait la compétence exclusive à d'autres corps d'inspection. Cet article modifie aussi les dispositions du [code de la santé publique](#) pour inclure, au nombre des personnes habilitées à effectuer des missions d'inspection, les agents non fonctionnaires, lorsqu'ils remplissent certaines conditions d'aptitude technique et juridique.

L'article 20 actualise en conséquence les dispositions du [code de la consommation](#), du code de l'environnement, du code rural et du [code du tourisme](#), qui attribuent compétence aux agents des corps d'inspection « du ministère de la santé » pour le contrôle de certaines dispositions ou la recherche des infractions.

Le chapitre VI adapte les dispositions du [code de la sécurité sociale](#) pour tenir compte des nouvelles compétences dévolues aux ARS et antérieurement définies dans les conventions avec les professionnels de santé (permanence des soins, contrats locaux avec les professionnels de santé) et de la création des unions régionales des professionnels de santé (article 21).

Dans le chapitre VII, l'article 22 supprime, du fait de la disparition des unions régionales des caisses d'assurance maladie, le niveau régional de la conclusion des accords de bon usage des soins et abroge les anciens contrats (contrats de bonnes pratiques et contrats de santé publique) ; il y substitue les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. L'article 23 intègre dans le [code de la santé publique](#) le dispositif de contractualisation entre les ARS (en conséquence de la suppression des unions régionales d'assurance maladie) et les enseignants des universités de médecine générale et assure la coordination rendue nécessaire par la suppression des anciens contrats.

Dans le chapitre VIII, relatif aux « organismes de sécurité sociale », l'article 24 adapte les dispositions du [code de la sécurité sociale](#) pour tenir compte du transfert, au profit de l'ARS, des compétences, en matière d'assurance maladie, des caisses régionales de l'assurance maladie. Ces caisses, qui gardent leurs compétences en matière de retraite et d'accident du travail, prennent le nom de caisses d'assurance retraite et de la santé au travail. Par ailleurs, les missions de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont révisées pour les mettre en cohérence avec les dispositions de l'article 128 de la loi HPST. Les adaptations nécessaires sont introduites pour les caisses de l'Ile-de-France et de l'Alsace-Moselle. Cet article tire également les conséquences de la suppression des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

Dans le chapitre IX, l'article 25 regroupe quelques dispositions diverses de coordination dans des textes législatifs non codifiés.

Le titre III est relatif aux dispositions rédactionnelles et de simplification du droit. A cet égard, l'article 26 comporte un certain nombre de dispositions d'ajustements rédactionnels, tant en termes sémantiques qu'en termes de renvois d'articles, dans le [code de la santé publique](#). Il procède à la substitution dans certains articles du dispositif de certification à celui d'accréditation de l'activité des établissements de santé. L'article 27 tire les conséquences, principalement, de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-au-president-de-la-republique-relatif-a-lordonnance-n-2010-177-du-23-fevrier-2010-de-coordination-avec-la-loi-n-2009-879-du-21-juillet-2009-portant-reforme-de-lhopital-et-relat/>

l'article 10 de la loi HPST qui renvoie au centre national de gestion compétent dans la procédure de la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. L'article 28 adapte le [code de la santé publique](#) et de la sécurité sociale notamment pour tenir compte de l'article 59 de la loi HPST instituant le développement professionnel continu des professionnels santé.

Le titre IV est relatif aux dispositions finales. L'article 29 précise que, sauf mention contraire, les articles modifiés par la loi du 21 juillet 2009 qui sont mentionnés ou modifiés par la présente ordonnance le sont dans leur rédaction issue de cette loi. Il ajoute, sous la même réserve, que les dispositions de l'ordonnance entrent en vigueur en même temps que les dispositions de la loi auxquelles elles se réfèrent, qu'elles modifient ou au regard desquelles elles assurent la mise en cohérence des codes et lois.

Tel est l'objet de la présente ordonnance que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre profond respect.

Source : JORF n°0047 du 25 février 2010, page 3583, texte n° 44.