

**TOULOUSE
CAPITOLE**
Publications



« Toulouse Capitole Publications » est l'archive institutionnelle de
l'Université Toulouse 1 Capitole.

LA LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES »

XAVIER BIOY

Référence de publication : Bioy, Xavier (2010). La loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Constitutions : revue de droit constitutionnel appliqué (1). p. 131-132

Pour toute question sur Toulouse Capitole Publications,
contacter portail-publi@ut-capitole.fr

LA LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES ».

La loi HPST (n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) et la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 (JO du 22 juillet 2009, p. 12244)

Cette loi se donne pour objectif de rationaliser toujours plus l'offre de soins afin d'en garantir l'accès et la qualité ; elle revient sur l'organisation des réseaux de soin et crée les Agences Régionales de Santé. Le cadre constitutionnel qui l'accueille doit ici plutôt se penser comme élément d'habilitation et d'incitation, notamment sur le plan de l'incompétence négative du législateur. Près d'une quarantaine de décisions du Conseil constitutionnel ont permis de poser des repères ici retrouvés.

- Le premier aspect est le droit à la santé sous la forme de l'accès aux soins : l'alinéa 11 du Préambule de 1946 pose le principe de la protection de la santé, lequel nécessite de se référer à un objectif de valeur constitutionnelle permettant au juge de limiter l'action législative qui tendrait à faire prévaloir des normes potentiellement contraires comme la liberté d'entreprendre (Cons. const., n° 2001-451 DC, 27 nov. 2001, cons. 18 à 21). Cet alinéa implique également la protection de l'accès aux soins, le principal aspect subjectif de la santé, lequel ne saurait s'incliner devant l'objectif de la maîtrise des dépenses de santé (Cons. const., n° 90-283 DC, 8 janv. 1991). La loi de 2009 définit l'accès aux soins de premiers recours, y associe les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, et entend développer la formation de généralistes et mettre en place des dispositifs d'information.

- Le second aspect convoque le principe constitutionnel de non-discrimination. Désormais, un

professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne au motif qu'elle serait bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits ; cela vaut dépôt de plainte (art. L. 1110-3).

- Le troisième point tient dans le principe de la continuité du service public, concrétisé par celle des soins. Elle justifie l'association croissante des partenaires privés aux missions de service public en choisissant dans une liste de quatorze missions celles qu'ils entendent assumer. Le Conseil constitutionnel a pu ainsi formuler une réserve d'interprétation faisant porter le poids de la réalisation de cet exercice continu des missions de service public par l'Agence Régionale de Santé qui doit se charger de la coordination de l'ensemble. L'article L. 6112-1, définit les missions de service public. L'Agence régionale de santé conclut avec chaque établissement pour cinq ans maximum un contrat d'objectifs et de moyens. La gouvernance des établissements publics évolue vers l'existence d'un directoire assistant le directeur et de la possibilité de créer des fondations. Les nouvelles Communautés Hospitalières de Territoire doivent assurer la coopération entre établissements en mettant en oeuvre une stratégie commune et en gérant en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et la télémédecine ; de même que la redéfinition du rôle des Groupements de Coopération Sanitaire ouvre le champ d'intervention. Enfin, le Conseil constitutionnel a été amené à censurer les dispositions tendant à expérimenter localement notamment des mesures de contraception et d'interruption médicamenteuse de grossesse faute pour le législateur d'avoir lui-même déterminé les limites dans le temps de ces expérimentations. Le même motif d'incompétence de la loi frappe le dispositif « conférant à la Cour des comptes le pouvoir de coordonner les modalités des certifications par les commissaires aux comptes, sans fixer l'étendue et les limites de ce pouvoir ».

Au-delà de ces aspects de santé publique, certains points de la loi nourrissent le principe de dignité de la personne humaine en protégeant davantage le patient. La loi inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient (art. L. 1161-1), cherchant à le rendre plus autonome. Ce

surplus d'information n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement des soins. Par ailleurs, est interdit tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro*.

Le principe de dignité de la personne, dans sa composante relative à la socialisation de la personne vulnérable semble susciter la génération de nouvelles prestations sociales. Le Sénat examine actuellement la création d'une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie versée aux personnes qui ont suspendu leur activité professionnelle pour accompagner à domicile une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (Proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale, texte n° 223 (2008-2009) déposé au Sénat le 17 février 2009).