

Juridique

des
Affaires sociales
et des *Sports*

DOSSIER

LA CREATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

La mise en place d'un acteur régional unique chargé du pilotage du système de santé est un élément déterminant de la profonde réforme engagée par le législateur. Les agences régionales de santé (ARS), au cœur du nouveau dispositif, sont chargées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009⁽¹⁾ de « définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, et des principes fondamentaux de la sécurité sociale ». Créées au 1er avril 2010, elles regroupent, pour tout ou partie de leurs compétences, les services de l'Etat et de l'assurance maladie chargés jusqu'alors des politiques publiques de santé dans les régions et départements.

L'organisation des ARS (II), comme le champ élargi de leurs compétences (I), reflètent à la fois cette double origine administrative, et l'ambition de mener, dans un cadre régional, une politique transversale de santé.

I - LES MISSIONS ET OUTILS DES ARS

Les ARS assurent, au niveau régional, des missions de pilotage de la santé publique et de régulation de l'offre du système de santé, dans un triple objectif d'accessibilité, de qualité et de performance, qui s'appuie sur de nouveaux outils.

A - Les missions (articles L. 1431-1 et suivants du code de la santé publique)⁽²⁾

Les ARS mettent tout d'abord en œuvre la politique de santé publique définie au niveau national en prenant en compte les spécificités régionales dans les domaines de la veille sanitaire et l'observation de la santé dans la région, de la prévention et la promotion de la santé, de la gestion des situations de crise sanitaire et enfin du contrôle du respect des règles d'hygiène.

Les ARS sont également chargées de la régulation de l'offre de services de santé. A ce titre :

- elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé et médico-sociaux, leur allouent les ressources correspondantes et contrôlent leur fonctionnement ;
- elles veillent à la répartition territoriale de l'offre de soins ainsi qu'à l'accès des personnes en situation de précarité ou d'exclusion à la prévention et aux soins ;
- elles veillent à la qualité et à la sécurité des prises en charge médicales et médico-sociales, et des formations des professionnels de santé ;
- elles définissent les actions régionales complémentaires des programmes nationaux de gestion du risque.

L'ARS dispose des compétences exercées par les services auxquels elle s'est substituée totalement ou partiellement (DRASS, DDASS, ARH, GRSP, URCAM, MRS). La loi l'a également dotée de leviers d'action nouveaux, dans les domaines de la planification, de la sécurité sanitaire et des relations avec les structures et professionnels de santé.

B - De nouveaux leviers

1) La planification régionale

La loi innove sur deux points. Elle rassemble, dans un projet régional de santé global, des politiques de prévention, d'organisation des soins et de prise en charge médico-sociale jusque là séparées. Elle impose de coordonner les politiques régionales de santé publique et de gestion du risque.

a - Le projet régional de santé (articles L. 1434-1 et suivants - R. 1434-1 et suivants)

Le projet régional de santé (PRS) comprend un plan stratégique, trois schémas d'organisation et des programmes d'action (article L. 1434-2).

- Le plan stratégique régional fixe, pour quatre ans, les orientations et objectifs de santé que devront décliner, sur les territoires de santé de la région, les schémas d'organisation et les programmes d'action ;
- Le schéma régional de prévention organise les actions de prévention et de promotion de la santé, la veille et la gestion des crises sanitaires, le développement des métiers et des formations dans ces domaines.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) détermine, dans sa première partie, qui est indicative, les besoins en implantations pour les soins de premier recours notamment en ce qui concerne les professionnels de santé libéraux. La deuxième partie, opposable aux demandeurs d'autorisation, fixe les objectifs de

⁽¹⁾ Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)

⁽²⁾ Sauf référence expresse à un autre code, les articles visés dans ce dossier se rapportent au code de la santé publique

(suite de la page 1)

l'offre d'activités de soins et d'équipements matériels lourds et identifie les missions de service public assurées par les établissements de santé.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale suscite les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux pour la prise en charge des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

- Les programmes prévoient les actions et les priorités de financement mettant en œuvre les schémas, notamment le programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, le programme de développement de la télémédecine, et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS (DGARS) après avis du préfet de région, des collectivités territoriales et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le plan stratégique est soumis au conseil de surveillance de l'ARS. Enfin, le schéma d'organisation médico-sociale et le PRIAC sont soumis aux présidents des conseils généraux concernés, ainsi qu'aux commissions de coordination compétentes dans le domaine médico-social.

Le PRS peut être révisé à tout moment et fait l'objet d'une évaluation au moins tous les cinq ans.

b- Le programme pluriannuel régional de gestion du risque (articles L. 1434-14, R. 1434-9 et suivants)

Dans une première partie, le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR) reprend les programmes nationaux de gestion du risque définis par les caisses nationales d'assurance maladie, et élaborés conformément aux objectifs pluriannuels de gestion du risque figurant dans le contrat passé entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale. Une deuxième partie comprend les objectifs et actions régionales complémentaires, fixés par le DGARS. Le PRGDR est intégré au PRS. Il est arrêté par le DGARS pour quatre ans et révisé annuellement.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues entre l'Etat et les trois caisses nationales d'assurance maladie, et les contrats pluriannuels de gestion conclus entre les caisses nationales et les organismes locaux d'assurance maladie pour la mise en œuvre des COG, doivent prendre en compte les PRGDR.

Le PRGDR est préparé, suivi et évalué au sein d'une commission régionale de gestion du risque, présidée par le DGARS et composée des directeurs des organismes régionaux des trois régimes obligatoires d'assurance maladie et des organismes locaux, ainsi que d'un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie.

2) Veille, sécurité et police sanitaires (articles L.1435-1, L.1435-2 et R.1435-1 et suivants)

La loi pose trois principes fondant les relations entre le préfet de département ou le préfet de zone de défense et de sécurité et le DGARS :

- l'information réciproque de tout évènement sanitaire comportant un risque pour la santé de la population ou pour l'ordre public ;

- pour l'exercice de ses compétences en matière de salubrité et d'hygiène publiques, le préfet dispose à tout moment des moyens de l'ARS ;

- lorsqu'un évènement sanitaire porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public, les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du préfet.

Un protocole, conclu pour trois ans, entre chaque préfet de département et le DGARS définit comment l'ARS prépare et/ou met en œuvre les décisions préfectorales, précise le dispositif d'astreinte assuré par l'ARS et ses modalités de participation aux centres opérationnels départementaux (article R. 1435-2).

Un comité régional de sécurité sanitaire, composé du préfet de région, qui le préside, des préfets de département et du DGARS, offre un cadre de coordination et d'échange sur les évènements et risques sanitaires dans la région. Il est consulté sur les projets de protocoles entre les préfets et l'ARS (article R. 1435-6).

Selon la même logique, dans chaque zone de défense, un protocole est établi entre le DGARS de zone et le préfet de zone de défense et de sécurité (article R. 1435-8).

3) La contractualisation avec les acteurs de santé

La contractualisation avec les établissements, les professionnels et les organismes d'assurance maladie devient un outil privilégié de mise en œuvre des projets régionaux de santé. Par ailleurs, l'appel à projet renouvelle le régime d'autorisation dans le secteur médico-social.

a- La contractualisation

La loi confie à l'ARS, en le complétant, la conclusion, avec les établissements de santé, d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Ce dispositif est étendu par le nouvel article L.1435-3 aux réseaux, centres, pôles et maisons de santé (article L.1435-3).

S'agissant des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence du DGARS, la loi HPST impose la conclusion d'un contrat lorsque des critères de taille ou financiers sont remplis (article L.313-12-2 du CASF)⁽³⁾.

Enfin, le nouvel article L.1434-14 prévoit que l'ARS conclut avec les organismes d'assurance maladie de son ressort, un contrat qui précise leurs engagements réciproques pour la mise en œuvre du PRS et du PRGDR.

b- L'appel à projet

Le nouvel article L.313-1-1 du CASF soumet désormais les projets, à financement public, d'établissements ou services médico-sociaux

et lieux de vie et d'accueil, à l'avis d'une commission de sélection d'appel à projet qui associe des représentants d'usagers. Une partie des appels à projet doit être réservée aux projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les extensions inférieures à un seuil fixé par décret sont dispensées de cette procédure.

II - L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES ARS

A - Organisation interne

L'ARS est un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle est administrée par un conseil de surveillance et dirigée par un directeur général. Dans chaque département, elle met en place une délégation territoriale (article L. 1432-1).

1) Conseil de surveillance (articles L. 1432-3 et D. 1432-15 et suivants)

Outre le préfet de région qui le préside, le conseil de surveillance est composé de 24 membres représentant l'Etat (3 membres), les partenaires sociaux des conseils des organismes d'assurance maladie (10), les collectivités territoriales (4), les patients, personnes âgées et personnes handicapées (3), et de 4 personnalités qualifiées. Cette composition resserrée est destinée à favoriser un fonctionnement efficace du conseil. Les membres sont nommés par les ministres de tutelle des ARS. Le vice-président est élu parmi les représentants des conseils des organismes d'assurance maladie.

Le conseil de surveillance :

- approuve le budget et le compte financier. La majorité qualifiée des deux tiers est requise pour repousser le projet de budget ;

- émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et des moyens (CPOM) et sur les résultats de l'action de l'ARS ;

- est destinataire d'un état financier retraçant l'ensemble des financements alloués au titre de la politique menée par l'ARS. Le DGARS rend compte au conseil de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents, les représentants de l'Etat disposant de trois voix. Les ministres de tutelle peuvent s'opposer à une délibération du conseil de surveillance dans un délai de quinze jours et fixer le budget de l'agence en l'absence d'approbation par le conseil.

2) Organisation financière (articles L.1432-5 à L.1432-8 et R.1432-54 à R.1432-66)

L'ARS est soumise au régime financier des établissements publics administratifs. Le budget est préparé et exécuté par le DGARS qui en est l'ordonnateur. Les ressources sont constituées d'une subvention de l'Etat, de contributions des régimes d'assurance mala-

⁽³⁾ Code de l'action sociale et des familles

die et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et de ressources propres, dons, legs et contributions volontaires de collectivités publiques. Les dépenses sont réparties en enveloppes limitatives correspondant aux charges de personnel (assorties d'un plafond d'emplois), de fonctionnement, d'investissement et d'intervention.

De nombreux contrôles sont prévus, outre ceux opérés par l'agent comptable de l'agence. Le DGARS met en place un contrôle interne destiné à prévenir les risques financiers et comptables, ainsi qu'un audit interne des procédures. Le contrôle financier est exercé par le trésorier-payeur général de région et coordonné à l'échelon national par le contrôleur budgétaire et comptable du ministère chargé de la santé. Enfin, le service du contrôle général économique et financier assure l'audit des ARS sur les thèmes fixés par le ministre du budget après avis du conseil national de pilotage des ARS.

3) Le personnel et le dialogue social (articles L. 1432-9 à L. 1432-11)

L'ARS réunit, sous l'autorité du DGARS, des fonctionnaires, praticiens hospitaliers, agents contractuels de droit public et agents de droit privé régis par les conventions collectives des organismes de sécurité sociale. L'organisation du dialogue social repose sur plusieurs instances qui tiennent compte de cette diversité. La loi relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique (article 27), prochainement promulguée, modifiera en ce sens l'article L.1432-11.

Dans les ARS

Un comité d'agence (article L. 1432-11 et décret n° 2010-341 du 31 mars 2010), présidé par le DGARS, exerce les compétences des comités techniques paritaires et pour partie celles des comités d'entreprise. Doté de la personnalité civile et d'un budget propre, il gère des activités sociales et culturelles et dispose d'une contribution versée par l'agence, de cotisations facultatives des agents et de ressources propres. Sa composition tient compte de l'effectif de l'ARS et prévoit deux collèges distincts pour les agents de droit public d'une part, et ceux de droit privé d'autre part. Les représentants du personnel sont élus, par collège, sur les listes établies par les organisations syndicales remplissant les conditions de représentativité.

Un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (article L. 1432-11 et décret n° 2010-342 du 31 mars 2010), présidé par le DGARS, réunit les représentants du personnel désignés par les organisations syndicales

représentées au comité d'agence et les représentants de l'ARS nommés par le directeur. Interviennent au sein de l'ARS un médecin du travail, un agent chargé d'assurer les fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité et un agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.

Les syndicats représentatifs ayant constitué une section syndicale au sein de l'ARS désignent des délégués syndicaux. Des délégués du personnel sont élus par les seuls agents de droit privé.

Au niveau national

Le décret n° 2010-340 du 31 mars 2010 institue, à titre transitoire, une commission nationale de concertation. Le comité national de concertation prévu par la loi de rénovation du dialogue social prendra sa suite. Présidé par les ministres de tutelle et composé de représentants des personnels, des DGARS, des ministères et de l'assurance maladie, il connaîtra des questions communes aux ARS, relatives à leur organisation, leurs activités et aux conditions de travail, d'hygiène, de sécurité et d'emploi.

B - Les instances de coordination et de concertation

1) La coordination des politiques publiques de santé (articles L. 1432-1, D. 1432-1 et suivants)

Deux commissions réunissent, sous la présidence du DGARS, les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale qui mènent des politiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile d'une part, et des prises en charge et accompagnements médico-sociaux d'autre part. L'objectif est d'assurer la cohérence et la complémentarité de ces politiques avec celle de l'ARS au niveau régional.

2) La participation des acteurs de santé

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (articles L.1432-4, D.1432-28 et suivants)

Acteur majeur de la démocratie sanitaire dans la région, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) se substitue à plusieurs commissions (CRS, CROS, CROSM). Elle se prononce sur le PRS, fait toute proposition concernant la politique régionale de santé, assure l'expression des usagers du système de santé et organise les débats publics sur les questions de santé qu'elle détermine.

Sa composition, de 100 membres, représen-

tant les collectivités territoriales, les usagers, les conférences de territoire, les partenaires sociaux, les acteurs de la cohésion et de la protections sociales, ceux de la prévention, les offreurs de services de santé, concilie la nécessité d'une large représentation et celle d'un fonctionnement opérationnel. Quatre commissions sont spécialisées dans la prévention, l'organisation des soins, l'organisation médico-sociale et le respect des droits des usagers. Une commission permanente assure la continuité des travaux entre les assemblées plénières et prépare l'avis rendu sur le plan stratégique régional.

Les conférences de territoire (articles L. 1434-17, D. 1434-21 et suivants)

Ces conférences, instituées sur chaque territoire de santé défini par le DGARS, assurent la concertation locale et la cohérence des actions territoriales de santé avec le PRS. Elles sont composées de 50 membres maximum, représentants de l'offre de prévention, de soins et de prise en charge médico-sociale, des usagers et des collectivités territoriales.

III - LE PILOTAGE DES ARS

Le conseil national de pilotage des ARS (article L. 1433-1)

Le cadrage des orientations générales et la coordination des ARS sont assurés par un conseil national de pilotage (CNP) qui leur adresse des directives, veille à la cohérence des politiques qu'elles mettent en œuvre, valide toutes les instructions qui leur sont données, évalue leur action et veille à la répartition des financements qui leur sont accordés.

Présidé par les ministres de tutelle des ARS, le CNP est composé en outre des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, des directeurs d'administration centrale concernés et des directeurs des caisses nationales d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS (article L. 1433-2)

Le DGARS conclut avec les ministres de tutelle un contrat d'objectifs et de moyens d'une durée de quatre ans, après examen par le CNP qui en valide les objectifs et en suit l'exécution.

Ce dossier a été préparé par l'équipe « ARS » auprès du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

À LIRE

CONTENTIEUX

- » « Les avis contentieux du Conseil d'Etat : remarques sur vingt années de pratique » (H. Belrhali-Bernard, AJDA, 1^{er} mars 2010).
- » « L'entrée en vigueur de la question prioritaire de constitutionnalité » (J. Massot, Petites affiches, 29 avril 2010 n° 85).

» « La justice administrative menée vers de nouvelles règles de compétence et de fonctionnement juste après avoir été soumise à la question prioritaire de constitutionnalité » (L. Erstein, La semaine juridique, éd. administrations et collectivités territoriales, n° 11-12, 15 mars 2010).

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

- » « Pouvoirs des préfets et cadres dirigeants de l'Etat. Une mise en perspective de la réforme de l'Etat (G. Koubi, La semaine juridique, éd. administrations et collectivités territoriales, n° 9, 1^{er} mars 2010).
- » « Dossier. La réforme de l'administration territoriale » (AJDA 26 avril 2010).

PROCÉDURE ADMINISTRATIVE NON CONTENTIEUSE

- » « Dossier. Les formes et procédure en droit public » (AJDA 22 mars 2010).

RESPONSABILITÉ

- » « Réflexions sur le concept de « garde », nouveau fondement de la responsabilité sans faute de l'Etat ? » (N. Droin, La semaine juridique, éd. générale, n° 16, 19 avril 2010).

**FONCTION PUBLIQUE
(ÉLARGISSEMENT DE LA NOTION
D'ACCIDENT DE SERVICE)**

Faisant évoluer la jurisprudence relative aux dommages subis par le fonctionnaire entre son lieu de travail et son lieu de résidence, la section du contentieux du Conseil d'Etat qualifie d'accident de service l'accident mortel survenu à un agent de la fonction publique hospitalière dans une gare située juste après celle où il devait prendre une correspondance pour rejoindre son domicile. Elle relève que cet écart par rapport au trajet habituel de l'intéressé était dû à un assouplissement de ce dernier et ne traduisait aucune intention de sa part de ne pas rejoindre directement son domicile dans un délai habituel (CE sect. 29 janvier 2010, n° 314148).

**FONCTION PUBLIQUE
(PROTECTION FONCTIONNELLE)**

Un fonctionnaire municipal, mis en cause par un article de presse portant atteinte à son honneur et à sa considération, a porté plainte avec constitution de partie civile sur le fondement de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881 relative à la liberté de la presse qui sanctionne la diffamation commise envers un fonctionnaire à raison de ses fonctions. L'intéressé a obtenu, à cette occasion, la protection fonctionnelle prévue à l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983. Ayant été débouté devant le tribunal de grande instance et la cour d'appel, il a décidé de se pourvoir en cassation. Devant le refus du maire de lui accorder une nouvelle fois la

protection fonctionnelle au motif qu'il n'avait aucune chance de succès, l'intéressé a saisi le juge administratif qui a annulé cette décision de refus. Confirmant la position de la cour administrative d'appel, le Conseil d'Etat juge en l'espèce que, même en admettant que le pourvoi n'ait pas eu de chance de succès compte tenu de la jurisprudence bien établie de la Cour de cassation, il répondait au souhait de l'intéressé non de voir trancher une question de principe, mais de voir porter une appréciation sur l'applicabilité des dispositions de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881 à sa situation personnelle. Le maire ne pouvait donc refuser une protection déjà accordée en première instance et en appel (CE, 31 mars 2010 n° 318710)

**AU FIL
DES
TEXTES**

TEXTES PARUS DU 24 MARS 2010 AU 20 MAI 2010

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

- Treize décrets du 31 mars 2010 organisent la mise en place des ARS (JO 1^{er} avril 2010) ;
- Le décret n° 2010-336 crée les ARS à compter du 1^{er} avril 2010 ; le décret n° 2010-337 fixe la composition et le fonctionnement du conseil de surveillance de l'ARS ; le décret n° 2010-338 organise les relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'ARS dans les domaines de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires, de la salubrité et de l'hygiène publiques ; le décret n° 2010-339 définit le régime financier des ARS ; le décret n° 2010-340 institue une commission nationale de concertation pendant la mise en place des ARS ; le décret n° 2010-341 réglemente les comités d'agence, la représentation syndicale et les délégués du personnel dans les ARS ; le décret n° 2010-342 en fait de même pour les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; le décret n° 2010-343 définit les emplois de direction des ARS ouvrant, pour le fonctionnaires qui les occupent, droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires ; le décret n° 2010-344 tire les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi HPST du 21 juillet 2009 ; le décret n° 2010-345 adapte les dispositions réglementaires régissant les ARS à la Guadeloupe, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre et Miquelon ; le décret n° 2010-346 réglemente les commissions de coordination des politiques publiques de santé ; le décret n° 2010-347 fixe la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire ; le décret n° 2010-348 fixe la composition et organise les travaux de la conférence régionale de la santé.
- Un décret du 1^{er} avril 2010 nomme les directeurs généraux des ARS (JO 2^e avril 2010).

AGENCE DU SERVICE CIVIQUE

Le décret n° 2010-485 du 12 mai 2010 crée le groupement d'intérêt public dénommé « Agence du service civique ». Un arrêté du même jour approuve sa convention constitutive (JO 13 mai 2010). Un décret du 14 mai 2010 nomme M. Martin Hirsch président de cette agence. Trois arrêtés du même jour nomment respectivement les vice-présidents, trois membres du conseil d'administration de l'Agence en qualités de personnalités qualifiées et le directeur de cette agence (JO 16 mai 2010).

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES

La loi n° 2010-372 du 12 avril 2010 proroge le mandat du Médiateur de la République (JO 15 avril 2010).

CONTENTIEUX TECHNIQUE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Un décret n° 2010-424 du 28 avril 2010 complète les dispositions relatives à la procédure suivie devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale (JO 30 avril 2010).

ENFANCE

Le décret n° 2010-497 du 17 mai 2010 est relatif au fonds national de financement de la protection de l'enfance et à son comité de gestion (JO 18 mai 2010)

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- Le décret n° 2010-361 du 8 avril 2010 détermine la composition et le fonctionnement du conseil de surveillance des établissements publics de santé (JO 9 avril 2010).
- Le décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 modifie les dispositions relatives à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé (JO 30 avril 2010).
- Le décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 modifie certaines dispositions applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (JO 30 avril 2010).
- Le décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 complète les dispositions relatives au comité technique d'établissement des établissements publics de santé (JO 2 mai 2010).

- Le décret n° 2010-437 du 30 avril 2010 a trait à la durée de validité des autorisations d'équipement sanitaire (JO 2 mai 2010).
- Le décret n° 2010-438 du 30 avril 2010 réglemente les communautés hospitalières de territoire (JO 2 mai 2010).
- Le décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 définit les attributions, la composition et le fonctionnement de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé (JO 2 mai 2010).
- Le décret n° 2010-440 du 30 avril 2010 explicite les dispositions relatives à la visite de conformité prévue à l'article L. 6122-4 du code de la santé publique (JO 2 mai 2010).
- Le décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 définit la composition, le rôle et le fonctionnement de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé (JO 5 mai 2010).
- Le décret n° 2010-450 du 3 mai 2010 modifie les dispositions régissant le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (JO 5 mai 2010).

FONCTION PUBLIQUE

- Le décret n° 2010-302 du 19 mars 2010 fixe les dispositions statutaires communes applicables aux corps des secrétaires administratifs des administrations de l'Etat et à certains corps analogues relevant du décret n° 2009-1388 du 11 novembre 2009 (JO 23 mars 2010).
- Le décret n° 2010-311 du 22 mars 2010 précise les modalités de recrutement et d'accueil des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans un corps, un cadre d'emplois ou un emploi de la fonction publique française (JO 24 mars 2010).
- Une convention de partenariat du 26 mars 2010 met en œuvre, à titre expérimental, le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles (JO 2 mai 2010).

MINISTÈRES

- Trois décrets du 1^{er} avril 2010 (JO 2 avril 2010) définissent les attributions du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique (décret n° 2010-352), du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat (décret n° 2010-353) et du ministre de la jeunesse et des solidarités actives (décret n° 2010-354).
- Un arrêté du 8 avril 2010 modifie l'arrêté du 3 janvier 2006 portant organisation de la direction de la sécurité sociale en sous-direction en vue d'officialiser la création de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (JO 16 avril 2010).
- Un décret n° 2010-396 du 22 avril 2010 définit les attributions déléguées au secrétaire d'Etat chargé de la fonction publique (JO 23 avril 2010).
- Le décret n° 2010-491 du 14 mai 2010 a trait aux comités techniques paritaires au sein des départements ministériels relevant des ministres du travail, de la solidarité et de la fonction publique, de la santé et des sports et de la jeunesse et des solidarités actives (JO 15 mai 2010).

PROFESSIONS DE SANTÉ

Le décret n° 2010-334 du 26 mars 2010 a trait à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales et à la formation des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (JO 28 mars 2010).
- Le décret n° 2010-427 du 29 avril 2010 modifie les dispositions relatives aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien (JO 30 avril 2010).
- Le décret n° 2010-451 du 3 mai 2010 a trait aux indemnités des membres élus des ordres des médecins, des chirurgiens-

dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues (JO 5 mai 2010).

OUTRE-MER

L'ordonnance n° 2010-331 du 25 mars 2010 étend et adapte aux collectivités d'outre-mer, à la Nouvelle-Calédonie, aux Terres australes et antarctiques françaises, ainsi qu'à La Réunion et à la Guadeloupe des dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009 (JO 26 mars 2010).

SANTÉ

- Le décret n° 2010-457 du 4 mai 2010 est relatif au signalement des incidents ou des accidents liés à l'exposition aux rayonnements ionisants (JO 6 mai 2010).
- Le décret n° 2010-465 du 6 mai 2010 complète les dispositions relatives aux sanctions prévues pour l'offre et la vente de boissons alcooliques (JO 8 mai 2010).
- Le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 précise les modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux (JO 19 mai 2010).
- Les décrets n°s 2010-514 et 2010-515 du 18 mai 2010 réglementent respectivement le projet régional de santé et le programme pluriannuel régional de gestion du risque (JO 20 mai 2010).

SANTÉ DES SPORTIFS ET LUTTE CONTRE LE DOPAGE

L'ordonnance n° 2010-379 du 14 avril 2010 tend, d'une part, à harmoniser les dispositions du code des sports avec les dispositions du code mondial antidopage et, d'autre part, à clarifier certaines dispositions du code des sports relatives à la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage (JO 16 avril 2010).

SÉCURITÉ SOCIALE

- Le décret n° 2010-307 du 22 mars 2010 revalorise l'allocation aux adultes handicapés à compter des 1^{er} avril et 1^{er} septembre 2010 (JO 24 mars 2010).
- Le décret n° 2010-324 du 22 mars 2010 modifie le mode de revalorisation de la valeur de service du point de retrait de régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des artisans (JO 25 mars 2010).
- Le décret n° 2010-333 du 25 mars 2010 modifie le décret n° 2008-371 du 18 avril 2008 relatif à la coordination de la lutte contre les fraudes et crée une délégation nationale à la lutte contre la fraude (JO 26 mars 2010).
- Le décret n° 2010-480 du 11 mai 2010 détermine les conditions d'attribution de la majoration de la pension de réversion et du cumul emploi-retraite dans le régime de retraite de Saint-Pierre-et-Miquelon (JO 13 mai 2010).



Directeur de la publication : François Carayon
Rédacteur en chef : Jean-Claude Barruet
Directeur de la rédaction : Serge Horville
Conception : ■■■■■■
Réalisation maquette : Bénédicte Villechange
ISSN : 2107-5433
Dicom : 10.063
Direction des affaires financières, juridiques et des services –
Sous-direction des affaires juridiques et de la gestion des connaissances