

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1983-1984

Annexe au procès-verbal de la séance du 9 novembre 1983.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi,
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, *portant diverses mesures*
relatives à l'organisation du service public hospitalier.

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

(1) *Cette Commission est composée de* : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* : Bernard Lemarié, Victor Robini, Jean Chérioux, Robert Schwint, *vice-présidents* ; Hubert d'Andigné, Roger Lise, Hector Viron, Mme Cécile Goldet, *secrétaires* ; MM. Jean Amelin, Pierre Bastié, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beudcau, MM. Henri Belcour, Paul Bénard, Jean Béranger, Guy Besse, André Bohl, Charles Bonifay, Jean Boyer, Louis Boyer, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Henri Collard, Georges Dagonia, Marcel Debarge, Franz Duboscq, Marcel Gargar, Claude Huriet, Roger Husson, André Jouany, Paul Kauss, Louis Lazuech, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, André Méric, Michel Moreigne, Arthur Moulin, Marc Plantegenest, Raymond Poirier, Henri Portier, André Rabineau, Gérard Roujas, Olivier Roux, Edouard Soldani, Paul Souffrin, Louis Souvet, Georges Treille.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 1722, 1732 et in-8° 452.

Sénat : 9 (1983-1984).

Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	7
— Un projet de circonstance.	
— Des priorités négligées.	
— Les risques de démantèlement d'un hôpital garrotté.	
— Les propositions de la Commission : une décentralisation interne et externe de l'hôpital.	
 TITRE PREMIER LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE 	
I. — Les groupements et les syndicats interhospitaliers : l'échec relatif de la loi du 31 décembre 1970	16
A. — Le dispositif actuel	16
1. Les groupements interhospitaliers	16
a) <i>Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur et de région</i>	16
b) <i>Les attributions des groupements interhospitaliers</i>	17
2. Les syndicats interhospitaliers	17
a) <i>Les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des syndicats interhospitaliers</i>	18
b) <i>Les attributions des syndicats</i>	19
B. — Les faiblesses de la législation actuelle et l'échec relatif de son application	20
1. Les faiblesses de la législation	20
a) <i>Les groupements interhospitaliers</i>	20
b) <i>Les syndicats interhospitaliers</i>	20
2. Des constatations statistiques à la hauteur des insuffisances de la législation	21
a) <i>Des résultats médiocres</i>	21
b) <i>Une exception : le syndicat de la région Ile-de-France</i>	21
II. — La réforme des syndicats interhospitaliers : oui, mais...	21
A. — Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale ; les intentions du Gouvernement	22
1. La levée des obstacles institutionnels	22
a) <i>La « déconnexion »</i>	22
b) <i>Une organisation améliorée</i>	23
2. Une réforme des structures qui modifie les missions des syndicats ..	23
a) <i>Un nouveau profil de la coordination interhospitalière</i>	23
b) <i>Des zones d'ombre inquiétantes</i>	24

	Page
B. — Les propositions de votre Commission	25
1. Des modifications de fond	25
a) <i>L'aménagement de la représentation des personnels</i>	25
b) <i>Une réflexion sur l'organisation du syndicat interhospitalier</i>	27
2. Des modifications de forme	28
a) <i>L'achèvement d'une logique législative</i>	28
b) <i>Une amélioration technique du dispositif</i>	28
 Examen des articles	 29
<i>Article premier : Du syndicat interhospitalier</i>	29
<i>Article 2 : Abrogations diverses</i>	30
<i>Article 3 : Modification de l'article 10 de la loi de 1970, suppression de l'article</i> .	30
<i>Article 4 : Abrogations diverses, suppression partielle de l'article</i>	30
 TITRE II LA RÉFORME DES STRUCTURES MÉDICALES DE L'HOPITAL : LE DÉPARTEMENT	
 I. — Une analyse mesurée de la situation actuelle	 32
A. — L'organisation actuelle de l'hôpital en services	33
1. Les fondements juridiques de l'organisation actuelle	33
a) <i>La création et le fonctionnement des services</i>	33
b) <i>La nomination des chefs de service</i>	34
2. Les difficultés engendrées par l'organisation en services	35
a) <i>Les causes de la multiplication des services</i>	35
b) <i>Les inconvénients de la situation actuelle : coûts humains et financiers</i>	36
B. — Les expériences de dépassement de la notion de service	37
1. Les objectifs des départements	37
a) <i>L'association de services pour l'exercice d'une activité médicale commune</i>	38
b) <i>L'intégration des services pour une gestion commune</i>	38
2. L'organisation des départements	39
a) <i>Les organes du département</i>	39
b) <i>Les caractéristiques essentielles des départements</i>	40
 II. — La départementalisation : le choix entre l'aventure et le progrès patient	 40
A. — Le projet du Gouvernement : un ticket pour l'aventure	41
1. Le dispositif : un cadre juridique flou	41
a) <i>La structure des départements</i>	41
b) <i>Les organes du département</i>	43
2. Un risque de déstabilisation de l'institution hospitalière	45
a) <i>Une atteinte à l'autorité médicale</i>	46
b) <i>Une réforme hâtive</i>	48

B. — <i>Les propositions de votre Commission : une réforme prudente, assise sur l'expérience et le volontariat</i>	49
1. Le maintien du service	49
a) <i>L'organisation du service</i>	49
b) <i>La nomination du chef de service</i>	52
2. La mise en œuvre volontaire de la départementalisation	53
a) <i>Une départementalisation concertée</i>	54
b) <i>Une départementalisation souple ; une fédération des services</i> ..	55
Examen des articles	59
<i>Article 4 : Abrogation partielle de l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970</i> ..	59
<i>Article 5 A : Des services</i>	59
<i>Article 5 : Des départements</i>	59
<i>Article 5 bis : Des départements d'activités médicales associées</i>	59
<i>Article 5 ter : Des départements de gestion commune</i>	60
<i>Article 5 quater : Des conditions de mise en œuvre des départements</i>	60
<i>Article 6 : Conséquences de la disparition des services ; suppression de l'article</i>	60
<i>Article 13 : L'avenir de la départementalisation</i>	60

TITRE III

DE LA DOTATION GLOBALE AU BUDGET GARROT

I. — Le financement des hôpitaux : du prix de journée à la dotation globale	62
A. — <i>Les tentatives de réforme du prix de journée</i>	63
1. Le prix de journée : des effets pervers	63
a) <i>Le système actuel du prix de journée</i>	63
b) <i>Les effets pervers du prix de journée</i>	64
2. Les expérimentations de nouveaux systèmes de tarification	64
a) <i>Prix de journée éclaté et budget global</i>	64
b) <i>Les propositions de la commission des Affaires sociales</i>	66
B. — <i>La dotation globale</i>	67
1. L'institution de la dotation globale et du budget global	67
a) <i>L'élaboration du budget global</i>	67
b) <i>La fixation de la dotation globale et des tarifs de prestation</i>	68
2. Les avantages et les inconvénients du budget global et de la dotation globale	70
a) <i>Une réforme tronquée</i>	70
b) <i>Les effets escomptés de la réforme</i>	71
II. — Le projet de loi : les ultimes mesures nécessaires à la mise en œuvre de la dotation globale	72
A. — <i>La tutelle du représentant de l'Etat : l'instrument du rationnement des soins</i>	72
1. Les critères d'exercice de la tutelle	73
a) <i>Le droit actuel</i>	73
b) <i>Le texte proposé</i>	73

	Pages
2. La procédure de la tutelle	74
a) <i>La procédure normale</i>	74
b) <i>La procédure exceptionnelle</i>	75
B. — Les propositions de votre Commission : un rééquilibrage de la tutelle ..	75
1. Les critères de la tutelle : la responsabilisation des acteurs du système de santé	75
a) <i>La prise en compte de la satisfaction des besoins</i>	75
b) <i>Le taux d'évolution des dépenses hospitalières</i>	76
2. La procédure de tutelle	76
a) <i>La procédure normale</i>	77
b) <i>La procédure exceptionnelle</i>	78
Examen des articles	79
Article 7 : (alinéas 19, 20 et 21 de l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970) : Procédure d'approbation des budgets des hôpitaux	79
Article 9 : Statut des comptables des établissements sociaux, sanitaires et médico-sociaux	79
Article 11 : Dispositions financières relatives au secteur privé non lucratif	80
Article 12 : Approbation des marchés des hôpitaux	80
Article 12 bis : Modification de l'article 201 du Code de la famille	82

TITRE IV

LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES AU SEIN DE L'HOPITAL

I. — Les instances de décision	84
A. — Le conseil d'administration	84
1. Les compétences du conseil d'administration	84
a) <i>La loi de 1970</i>	84
b) <i>Le projet de loi : quelques aménagements</i>	85
2. La tutelle sur les délibérations du conseil d'administration	86
a) <i>Le texte du projet de loi</i>	86
b) <i>Les propositions de votre Commission : le respect des délais ..</i>	87
B. — Le directeur	87
1. Les fonctions et les prérogatives du directeur	88
a) <i>Le directeur, exécutif de l'hôpital</i>	88
b) <i>Le texte de l'article 22-2</i>	88
2. L'autorité du directeur sur les personnels	89
a) <i>Les très graves insuffisances du texte du projet de loi</i>	89
b) <i>La rédaction proposée par votre Commission</i>	92
II. — Les organes consultatifs	93
A. — La commission médicale consultative	93
1. La consultation obligatoire de la commission médicale consultative ..	93
a) <i>Le texte du projet de loi</i>	93
b) <i>Les propositions de votre Commission</i>	94

	Pages
2. Le rapport sur l'évaluation des soins	95
a) Pourquoi un rapport sur l'évaluation des soins ?	95
b) Les propositions de votre Commission	96
B. — Le comité technique paritaire	96
1. Une extension notable du rôle du comité technique paritaire	96
a) Le texte du projet de loi	96
b) Un rappel du rôle du comité technique paritaire	97
2. Les propositions de votre Commission	97
a) Le contenu de son amendement	97
b) La participation du personnel à la gestion	97
Examen des articles	99
Article 7 : (alinéas 1 à 18 de l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970) : Compétences du conseil d'administration, tutelle administrative	99
Article 8 : Pouvoirs du directeur	99
Article 10 : Organes consultatifs de l'hôpital	99
AUDITIONS DE LA COMMISSION	101
Synthèse des auditions	101
Conclusions et synthèse des travaux de la Commission	102
Comptes rendus des auditions	102
Motion de l'Académie nationale de médecine	115
Tableau comparatif	117

MESDAMES, MESSIEURS,

Le projet de loi portant diverses mesures relatives au service public hospitalier, soumis aujourd'hui à votre examen, comporte quatre volets distincts. Il aménage les règles de création et de fonctionnement des syndicats interhospitaliers. Il engage la départementalisation des hôpitaux. Il définit les pouvoirs du conseil d'administration et du directeur ainsi que les conditions de l'exercice de la tutelle du représentant de l'Etat dans le département. Il modifie enfin le rôle des organes consultatifs des établissements d'hospitalisation.

Ce dispositif, apparemment hétéroclite, surprend, par sa portée limitée, ceux qui, se souvenant des ambitions ministérielles du début de la présente année, attendaient une vaste réforme hospitalière.

Si votre Rapporteur avait souhaité se placer sur un terrain exclusivement polémique, il aurait simplement souligné les deux seuls et vrais motifs du dépôt de ce projet de loi.

D'une part, la publication prochaine des décrets relatifs aux nouveaux statuts des praticiens, qui, conduisant à distinguer le grade de l'emploi, obligent à supprimer la notion de service. D'où l'institution du département qui, miroir aux alouettes, tente de séduire les jeunes praticiens, dont la situation est précaire, par la perspective illusoire d'un accroissement de leurs responsabilités. En effet, les futures unités fonctionnelles, qui, se substituant aux services, constitueront l'unité de base des départements, ne sont pas définies par la loi. En outre, les conditions d'accès à ces postes de responsabilité ne sont pas arrêtées. Quant au statut, qui soulève déjà, malgré certains aspects positifs, de nombreuses protestations, votre Commission soulignera simplement qu'un texte n'est rien sans une grille salariale décente et des droits à une retraite digne. Les propositions gouvernementales sont, à ce sujet, hors de rapport avec les services rendus à la collectivité par la médecine hospitalière. Votre Commission demande donc aux jeunes praticiens, dès son avant-propos, de comprendre son souci constant de ne pas lâcher la proie pour l'ombre et de leur ouvrir, dans un cadre solide, assis sur l'expérience du passé, les vrais moyens du progrès.

La deuxième raison du dépôt de ce projet de loi est liée à l'absence des bases légales nécessaires à l'exercice de la nouvelle tutelle du représentant de l'Etat sur les budgets des hôpitaux. La réforme de la tutelle est rendue nécessaire par la mise en application,

au 1^{er} janvier 1985, de la dotation globale, instituée par la loi du 19 janvier 1983.

L'adoption des récentes lois de décentralisation a, en outre, privé de toute base légale l'exercice de la tutelle sur les marchés des hôpitaux. L'article 12 répond à cette situation.

Les articles relatifs aux syndicats interhospitaliers, qui recueillent l'avis favorable de votre Commission, semblent liés, malgré tout leur intérêt, à des contingences administratives toutes immédiates.

« De la manière dont sont conçues les lois », tel aurait pu être le titre attaché aux remarques qui viennent d'être formulées...

Cependant, cet ensemble hétéroclite ne saurait faire oublier que, depuis un an déjà, le Gouvernement a entrepris de réformer profondément notre système sanitaire. La loi portant réforme des études médicales et celle tendant à la disparition du secteur privé à l'hôpital public en ont été les deux préalables. Aujourd'hui, il vous est proposé d'aménager les structures de l'hôpital et de renforcer la tutelle de l'Etat sur son fonctionnement. Demain, les statuts des praticiens hospitaliers seront profondément modifiés. Après-demain, et probablement au cours de la prochaine session de printemps, un projet de loi portant réforme de la planification sanitaire et définition des alternatives à l'hospitalisation sera soumis à votre examen.

Cette technique du puzzle, législatif et réglementaire, est particulièrement regrettable. Elle ne permet ni aux acteurs du système de santé, qui sont plus consultés qu'associés à la préparation des réformes, ni au Parlement, de savoir très précisément le rôle et la place que le Gouvernement entend donner à l'hôpital public. Certes, la grande loi du 31 décembre 1970 a montré, par certains de ses aspects, les limites des « lois cadres », limites qui tiennent moins à leur conception qu'à leur mise en œuvre.

Ceci vaut d'autant plus que l'ordre dans lequel les textes vous sont proposés n'est pas satisfaisant. Le fait que l'on réforme les règles de financement de l'hôpital et l'organisation des établissements avant même d'avoir défini les conditions d'une meilleure planification des équipements, révèle les intentions profondes du Gouvernement. Il s'agit aujourd'hui, pour ce dernier, d'ajuster l'offre de soins aux contraintes qu'impose la situation économique et non point, par une amélioration qualitative de la planification et de la gestion, d'emprunter la voie d'une maîtrise concertée des dépenses de santé, seule garante d'un progrès continu de la qualité des soins.

Plus grave, certains thèmes ne sont pas abordés, qui, pourtant, conditionnent l'avenir du système de soins, et pèseront lourd sur ses équilibres financiers.

L'évolution de la démographie française, qui se traduit par le vieillissement de la population, pose le problème fondamental de

la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées, dont chacun sait le coût considérable. En outre, les structures de notre appareil psychiatrique, mal organisées, obèrent sensiblement la dépense de santé. La mise en œuvre d'une politique efficace dans ces deux domaines apporterait, sans aucun doute, une contribution décisive à la recherche de la stabilisation du budget social de notre pays.

La réforme de la tarification, hâtivement engagée, a précédé, alors qu'elle aurait dû suivre, la mise en place d'une réelle globalisation budgétaire et des moyens qu'elle suppose. En outre, cette réforme, loin de constituer un effort de rapprochement du service public hospitalier et du secteur privé, creuse un peu plus encore le fossé qui les sépare. A moins que, pour l'avenir, certains n'envisagent la création d'un vaste service national de la santé. Ces craintes ne sont pas sans fondement et la loi de planification sanitaire apportera, sans doute, à cette interrogation, des réponses précieuses.

Enfin, il semble bien que le Gouvernement caresse certains projets, qui, progressivement, s'imposent dans les esprits, mais dont il ne fait qu'esquisser le profil. Le deuxième projet de loi de plan suggère d'engager un débat sur « la recherche d'une responsabilité régionale dans la maîtrise des dépenses de santé ». Nos collectivités locales savent désormais, qu'en période de crise économique, la décentralisation s'apprécie dans des termes financiers qui ne font pas, loin s'en faut, l'affaire de leurs responsables. Il est hors de question, pour votre Commission, d'envisager que le Gouvernement confie aux collectivités locales le soin d'apporter, au lieu et place de l'Etat, une solution aux déséquilibres financiers de notre système de soins. Cela d'autant plus que le projet de loi renforce le poids de l'appareil d'Etat sur les établissements.

Ces considérations ne remettent nullement en cause la place des élus locaux dans les conseils d'administration, qui, gestionnaires dans le passé, assurent aujourd'hui la juste représentation des intérêts de la population et donc, des malades dans ces conseils et garantissent une appréhension locale des besoins de soins.

Le cadre de ce projet de loi ayant été ainsi rappelé, votre Commission souhaite montrer maintenant, au-delà de l'hétérogénéité apparente de son contenu, la cohérence politique de ses intentions.

Elles sont de trois ordres : atteindre l'autorité médicale, introduire la zizanie, selon le précepte que diviser est régner, et, ayant ainsi affaibli l'institution, réduire à néant son autonomie.

Les atteintes à l'autorité médicale sont de trois ordres.

D'abord, la remise en cause de l'organisation actuelle des services compromet une hiérarchie assise sur le savoir et la compétence. La substitution pure et simple des départements aux services, l'élection des chefs et des conseils de département dont rien ne garantit, dans le texte, que les praticiens y seront en majorité, laisse entière la question de l'organisation des unités de soins. Que la

départementalisation correspondre à un besoin, personne ne le conteste. Mais cette réforme doit être engagée patiemment, à partir des structures actuelles rénovées et doit permettre la mise en place d'une nouvelle conception de la hiérarchie appuyée sur la responsabilité médicale de chaque praticien et sur le respect du talent et de la compétence.

Ensuite, la deuxième atteinte à l'autorité médicale résulte de l'introduction, dans le texte, d'une définition juridiquement douteuse et pratiquement dangereuse, de l'autorité du directeur. Certes, les fondements des rapports internes à l'hôpital méritent d'être clarifiés. Ils doivent toutefois garantir l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art et offrir aux directeurs les moyens réels de conduire la gestion des établissements dont ils ont la charge.

Enfin, le rapport établi par la commission médicale consultative sur l'évaluation des soins — il s'agit là d'une initiative heureuse — sera soumis à l'examen pour avis, lui inacceptable, du comité technique paritaire. Ainsi, le personnel non médical est-il appelé à se prononcer sur l'activité des praticiens, au sein d'une instance ouverte aux organisations représentatives de salariés et dont la vocation naturelle est de gérer, par la concertation, les revendications catégorielles.

Le deuxième objectif du projet de loi repose sur l'exploitation du précepte « diviser pour régner » et s'appuie sur la stratégie de la zizanie.

Les élections des chefs et des conseils de département ouvrent la voie à des ambitions personnelles, aux luttes syndicales et, entre chaque consultation, à des arbitrages plus respectueux des contraintes liées à une réélection éventuelle que des nécessités et des choix qu'impose la qualité des soins.

La « petite phrase » sur l'autorité du directeur a permis d'ouvrir, entre les praticiens et les gestionnaires, un conflit artificiel, dont les tuteurs de l'hôpital tireront profit pour imposer les compressions budgétaires qu'exige la rigueur de la politique gouvernementale.

Le comité technique paritaire, désormais appelé à examiner les budgets et les comptes et le rapport sur l'évaluation des soins, sera l'instrument d'une pression syndicale, à la fois sur les gestionnaires et sur les praticiens.

La mise en place des départements, étalée sur trois ans, désorganisera l'hôpital, interdira la réforme de la gestion et la budgétisation décentralisée qu'impose la dotation globale et livrera ainsi « pieds et mains liés » un établissement affaibli à la tutelle financière et technique de l'Etat.

Car le troisième objectif du projet de loi est bien de soumettre l'hôpital public à la tutelle pesante d'un Etat omniprésent en vue de mettre en œuvre une politique d'austérité et de pénurie...

Le représentant de l'Etat continue à exercer son contrôle sur tous les actes du conseil d'administration, à l'exception de deux catégories mineures de délibérations. Les délais de l'exercice de la tutelle sont allongés et le contrôle préalable sur la passation des marchés est maintenu, portant à la fois sur la régularité et l'opportunité des opérations engagées par le directeur.

Le renforcement de l'autorité du directeur accentue encore l'effacement du conseil d'administration. Pour être conforme à une évolution constante, ce renforcement aboutit à un transfert de responsabilité d'une autorité décentralisée, soumise à la seule tutelle, à une autorité déconcentrée, soumise au pouvoir hiérarchique du représentant de l'Etat dans le département, et à travers lui du ministre de la Santé, qui la nomme...

Mais surtout, la substitution de la dotation globale à la tarification dite « du prix de journée », substitution dont le Sénat avait rejeté le principe, livre l'hôpital public à une tutelle financière absolue. D'abord, à la tutelle de l'Etat s'ajoutera désormais celle qu'exerceront les organismes d'assurance maladie, chargés du versement de la dotation globale et dont les pouvoirs d'investigation des contrôleurs ont été très sensiblement renforcés par la loi du 19 janvier 1983. Certes, à l'occasion de son audition par votre Commission, le président de la Caisse nationale d'assurance maladie a exprimé sa volonté que l'action des caisses se développe dans un esprit « conventionnel ». Il reste que la Sécurité sociale, afin d'assurer sa sauvegarde, privilégiera ses propres contraintes financières aux dépens de celles de l'hôpital. Si l'idée lui venait de ne pas agir ainsi, le Gouvernement saurait la ramener dans le droit chemin de la rigueur.

Le représentant de l'Etat, à l'occasion de l'approbation du budget de l'établissement, devra simplement tenir compte de l'offre de soins, et non point des besoins de la population. Il devra en outre respecter le taux d'évolution des dépenses hospitalières, fixé par les ministres intéressés, en fonction, « notamment » des hypothèses économiques. Ainsi, la politique sanitaire est-elle désormais subordonnée à la politique économique conjoncturelle, au mépris de la prise en compte des réalités locales et des besoins de la population. Comment ne pas rappeler, à cette occasion, que la charte de la santé proclamait « le droit à la santé » reconnu à tous nos concitoyens ?

Quant à la procédure de la tutelle, elle contraint l'hôpital à se plier aux volontés de l'Etat, sans que ce dernier ne soit lui-même incité à respecter ses propres obligations, notamment en ce qui concerne les délais de l'exercice de son contrôle. Plus grave, la référence aux hypothèses économiques dispense le Gouvernement d'avoir

à assumer la responsabilité, devant la Nation, des choix sanitaires qu'impose sa politique économique. Certes, ce dispositif légalise des pratiques déjà anciennes... Votre Commission les a toujours dénoncées. En outre, cette législation prive les établissements de toute possibilité de recours.

En somme, l'hôpital public est menacé d'un éclatement de ses structures au moment même où l'on comprime ses ressources sous la contrainte de la situation économique. La conjonction de ces deux facteurs conduira, à coup sûr, à une dégradation considérable de la qualité du service rendu par l'hôpital public. Demain, confinés à la seule « médecine de pointe », les établissements publics devront laisser à d'autres la prise en charge quotidienne des malades. Le risque est grand, en outre, compte tenu des moyens mis à la disposition des établissements, de voir se constituer des listes d'attente, à l'instar de ce qui se passe, par exemple, au Canada et en Grande-Bretagne. Ainsi court-on le risque de voir s'établir dans notre pays une médecine de riches et une médecine de pauvres.

Quelle est donc, face à ce projet pernicieux, l'intention de votre Commission ? Elle tient en une phrase : mettre en œuvre une véritable décentralisation interne de l'hôpital conforme à sa mission, responsabiliser tous les partenaires du système de soins, reconcilier les acteurs de l'hôpital public.

Le budget global impose une budgétisation par service. Le service doit rester l'unité de base de l'hôpital et le lieu où s'exercent les choix thérapeutiques qui conduisent aux choix financiers. Si, par ailleurs, les services entendent librement s'associer entre eux, soit pour l'exercice d'une activité médicale, soit en vue d'un renforcement de leur gestion commune, il leur appartiendra de le faire sous le contrôle de la commission médicale consultative et du conseil d'administration. En outre, il convient à la fois de remettre en cause l'inamovibilité absolue du chef du service, quelque fois préjudiciable à son bon fonctionnement, et de renforcer les procédures de participation à l'intérieur des services et des éventuels départements.

Ainsi, les objectifs sanitaires et budgétaires du service seront-ils soumis à une véritable concertation.

Le dialogue devra se poursuivre avec le directeur et le conseil d'administration qui, afin d'en faciliter la mise en œuvre, devra adopter un programme de soins qui sera la base du contrat entre le directeur et les chefs de service. Ce programme, traduit en termes budgétaires, devra également servir de référence à l'autorité de tutelle qui, l'ayant approuvé, ne pourra donc juger du budget de l'établissement qu'en fonction des orientations qu'il aura lui-même retenues. L'appréciation de la cohérence de ce programme et de sa mise en œuvre budgétaire sera faite, non point en rapport avec un taux d'évolution défini en fonction des hypothèses économiques, mais

avec un taux qui résultera des objectifs sanitaires et sociaux de l'Etat. Que ce dernier assume la responsabilité financière des hôpitaux, soit ; mais qu'il dise en même temps la part qu'il entend consacrer à la politique sanitaire, c'est là son devoir et sa responsabilité politiques.

En somme, le Gouvernement nous propose un système de gestion descendant, du Ministre jusqu'au chef d'unité de soins, par les intermédiaires successifs du représentant de l'Etat, du directeur de l'établissement et du chef de département. Votre Commission entend au contraire qu'un budget réellement concerté résulte des choix effectués par la base et remonte lentement chacun des échelons, sous le contrôle mesuré des pouvoirs publics. Elle souhaite donc, à la logique d'un budget descendant, substituer celle du budget ascendant.

Les amendements qu'elle a l'honneur de vous soumettre traduisent cette intention.

Afin de les soutenir, votre Commission vous propose d'examiner le projet de loi selon le plan suivant :

Le titre premier est consacré à l'analyse des dispositions relatives aux syndicats interhospitaliers. Les articles premier à 4 tendent à déconnecter la constitution des syndicats interhospitaliers à la fois du cadre géographique et des groupements dont, aux termes de la loi de 1970, ils sont issus. Il vise en outre à améliorer leurs règles de fonctionnement. Ce renforcement de la coopération interhospitalière rencontre l'adhésion de votre Commission sous la réserve de quelques réflexions de fond et de nombreuses modifications de forme.

Le titre II s'attache à analyser les problèmes posés par la départementalisation des hôpitaux, prévue par les articles 4, 5, 6 et 13 du projet de loi. Votre Commission vous propose de substituer à un projet aventureux une départementalisation volontaire, pragmatique et progressive.

Le titre III examine les dispositions financières du projet de loi contenues en partie dans l'article 7 et dans les articles 9, 11 et 12 du projet de loi. Il est l'occasion de rappeler les étapes de la réforme de la tarification hospitalière et de montrer les dangers d'un renforcement excessif de la tutelle dont votre Commission vous propose d'assouplir le mode d'exercice.

Le titre IV analyse les dispositions du projet de loi contenues en partie dans l'article 7 et dans les articles 8 et 10, qui tendent à modifier les compétences des instances de décision et des organes consultatifs de l'hôpital. A cette occasion, la définition de l'autorité du directeur et les compétences du comité technique paritaire font l'objet d'une étude particulièrement détaillée.

TITRE PREMIER

LA COOPÉRATION INTERHOSPITALIÈRE

S'inspirant des expériences menées en matière de lutte contre les maladies mentales et inscrivant son projet dans la perspective d'une meilleure coordination sanitaire, le législateur avait, en 1970, choisi d'organiser le service public hospitalier aux deux niveaux du secteur et de la région. Au secteur, il revenait d'offrir aux usagers tous les moyens « courants » de prévention, de diagnostic et de soins. A la région, dans le cadre du centre hospitalier régional, il appartenait d'organiser les moyens nécessaires à la pratique d'une médecine « de pointe ». Enfin, la région devait constituer le niveau de coordination entre les secteurs, notamment par une programmation des équipements et l'institution de service communs.

Cependant, le législateur, plutôt que d'imposer, a choisi d'inciter à la coordination qu'il souhaitait instituer.

Ainsi prévoyait-il que l'ensemble des établissements appartenant à un même secteur s'associeraient obligatoirement au sein de groupements interhospitaliers, et que, dans chaque région, le centre hospitalier régional et les groupements interhospitaliers de secteur formeraient un groupement interhospitalier régional, également impératif. Cependant, ces groupements constituaient simplement des lieux de « rencontre » et ne disposaient pas de la personnalité morale.

Le législateur attendait de ces organes de concertation qu'ils préparent à la création de syndicats interhospitaliers, de région ou de secteur, auxquels les établissements adhèreraient librement, mais qui disposeraient d'attributions propres destinées à permettre une gestion commune de certains services et à réaliser éventuellement des travaux d'équipements pour le compte de leurs membres.

Les ambitions de la loi de 1970 ont été malheureusement déçues et, rapidement, les structures qu'elle entendait mettre en œuvre ont montré leurs limites.

Le Gouvernement vous propose donc de tirer les conséquences de cet échec.

Sans remettre en cause, dans l'instant, la sectorisation et la régionalisation sanitaires, il vous suggère, d'une part, de « décon-

necter » les syndicats interhospitaliers tout à la fois des groupements et de tout cadre géographique strict, et, d'autre part, d'aménager leur organisation dans le souci d'une plus grande efficacité de leur fonctionnement.

Votre Commission, sous certaines réserves, accepte les intentions exprimées par le Gouvernement qui doivent permettre le développement, toujours volontaire, des syndicats interhospitaliers. Après avoir rappelé les règles qui gouvernent l'organisation actuelle des groupements et des syndicats, et constaté leur échec, elle vous propose donc d'examiner le dispositif gouvernemental et de formuler les remarques qu'il justifie.

I. — LES GROUPEMENTS ET LES SYNDICATS INTERHOSPITALIERS : L'ÉCHEC RELATIF DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

Les règles posées par la loi de 1970 pour l'organisation et les attributions des groupements et des syndicats interhospitaliers contenaient, en elles-mêmes, les raisons de leur échec relatif, qu'il convient de cerner aussi précisément qu'il est possible.

A. — Le dispositif actuel.

1. LES GROUPEMENTS INTERHOSPITALIERS

S'ils n'ont pas la personnalité morale, les groupements sont toutefois dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération des établissements qui en font partie.

a) *Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur et de région.*

— Le secteur.

Le conseil des groupements interhospitaliers de secteur est constitué par les représentants de tous les établissements participant au service public hospitalier dans le secteur. L'importance de cette représentation varie en fonction du nombre de lits ; les lits de convalescence, de cure et de réadaptation sont comptés pour moitié.

Les représentants des établissements sont élus par leur conseil d'administration, s'agissant des hôpitaux publics, ou par l'organe de gestion, en ce qui concerne les établissements privés. En outre, les

directeurs et les présidents des commissions médicales consultatives siègent au conseil d'administration avec voix consultative.

— La région.

Le conseil du groupement interhospitalier de région est composé de représentants de chacun des groupements interhospitaliers de secteur, élus par les conseils desdits groupements. Le nombre de ces représentants est fixé par un arrêté du représentant de l'Etat dans le département. Cet arrêté tient compte de l'importance relative des groupements de secteur et assure une pondération entre établissements publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif, au prorata du nombre de lits que comportent ces différentes catégories. Là encore, les directeurs et les présidents des commissions médicales consultatives siègent avec voix consultative.

Compte tenu de l'effectif pléthorique auquel conduisait l'application stricte de ces règles, les représentants de l'Etat ont été autorisés à les adapter au contexte particulier de leur région.

— Dispositions communes.

La loi prévoit que l'application des règles de composition des conseils des groupements interhospitaliers ne peut conduire à attribuer la majorité des sièges à un seul établissement, dont la représentation peut être réduite, au besoin, par voie autoritaire. Les règles de fonctionnement des conseils des groupements sont voisines de celles qui gouvernent ceux des établissements.

b) *Les attributions des groupements interhospitaliers.*

Les conseils des groupements interhospitaliers ont une compétence consultative, notamment à l'occasion de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire, mais aussi pour l'installation des équipements matériels lourds visés par l'article 46 de la loi du 31 décembre 1970, ainsi que pour les programmes de travaux intéressant les établissements sanitaires du secteur et de la région. L'avis des groupements sur la carte sanitaire est préalable à la consultation des commissions régionales de l'équipement sanitaire.

Les groupements doivent, en outre, promouvoir la coopération interhospitalière en proposant la création de services communs, soit par la voie de conventions bilatérales entre les établissements, soit par la création de syndicats interhospitaliers.

2. LES SYNDICATS INTERHOSPITALIERS

Dotés de la personnalité morale, les syndicats interhospitaliers sont des établissements publics, constitués à la demande de plusieurs

établissements, et, éventuellement, ainsi qu'il a été dit, sur la proposition du groupement interhospitalier.

a) *Les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des syndicats interhospitaliers.*

Les syndicats interhospitaliers de secteur associent, sur leur demande, tout ou partie des seuls établissements assurant le service public hospitalier du secteur.

La même règle s'applique aux syndicats à vocation régionale.

Chaque établissement adhère au syndicat sur la délibération de son conseil d'administration. La création du syndicat est autorisée par arrêté du représentant de l'Etat.

Un établissement peut se retirer sur délibération de son conseil et avec le consentement du syndicat ; les deux conseils fixent d'un commun accord les conditions de ce retrait. L'avis de tous les établissements adhérents est requis. La décision de retrait est prise par arrêté du représentant de l'Etat.

Lorsque tous les établissements membres d'un groupement adhérent au syndicat se retirent, le groupement est dissous et ses attributions transférées au syndicat.

Les syndicats interhospitaliers sont administrés par un conseil d'administration.

Les délibérations de ce dernier sont exécutées par un secrétaire général, nommé par le ministre chargé de la Santé, après avis du président du conseil d'administration.

Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie, compte tenu de l'importance de ces derniers, aucun d'entre eux ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges. Le président de la commission médicale consultative de chaque établissement et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements sont membres de droit des conseils. Le directeur de chacun des établissements siège avec voix consultative.

Le conseil élit son président parmi ses membres délibérants.

Le fonctionnement du syndicat repose sur des règles analogues à celles qui s'appliquent aux établissements eux-mêmes.

Les établissements qui font partie du syndicat peuvent faire apport à ce dernier de tout ou partie de leurs installations. Cet apport est approuvé par un arrêté préfectoral qui prononce, en tant que de besoin, le transfert de tout ou partie du patrimoine.

b) Les attributions des syndicats.

Les attributions des syndicats sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie.

Les syndicats peuvent exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service hospitalier et notamment :

- la création et la gestion de services communs ;
- la formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;
- la centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation, soit au financement des travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;
- la gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipement obtenues par ces établissements ;
- la création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires du secteur ou de la région, dans le cadre de la carte sanitaire.

*
**

Telles sont les règles actuelles qui gouvernent les groupements et les syndicats interhospitaliers.

Une particularité juridique doit, pour être complet, être signalée ici. Les établissements adhérant au syndicat doivent assurer le service public hospitalier. Cela signifie, en clair, que peuvent ainsi participer à la création et à la vie d'un établissement public administratif des établissements privés qui participent au service public hospitalier, dans les conditions prévues aux articles 40 à 42 de la loi de 1970.

En outre, les établissements privés qui ne participent pas au service public peuvent conclure des accords avec les syndicats, comme avec les établissements publics, et bénéficier ainsi de leurs services communs (art. 43 de la loi précitée).

Cette particularité juridique, choquante au plan des principes qui gouvernent notre droit administratif, tient compte de la spécificité du service public hospitalier.

Elle manifeste toutefois de l'importance décisive de la définition actuelle du service public hospitalier à l'égard du secteur privé d'hospitalisation.

A bon entendeur...

B. — Les faiblesses de la législation actuelle et l'échec relatif de son application.

La coopération interhospitalière et la logique planificatrice qui la sous-tend assument une mission essentielle qu'il convient de maintenir. Les institutions mises en œuvre présentent toutefois des insuffisances graves qui ont conduit à de mauvais résultats.

1. LES FAIBLESSES DE LA LÉGISLATION

a) *Les groupements interhospitaliers.*

Obligatoires, les groupements interhospitaliers ont été effectivement mis en place. En pratique, ils n'ont jamais réellement bien fonctionné. Cela tient d'abord à la nature même de leurs attributions, et leur bilan est à la hauteur des difficultés qu'a rencontrées, jusqu'à présent, l'effort de planification sanitaire...

En outre, le maniement des groupements s'est rapidement révélé très délicat, par la lourdeur des instances dont ils supposaient la mise en place. Si, au niveau du secteur, les rencontres s'avèrent relativement faciles, la composition des conseils des groupements régionaux compromet l'efficacité de leurs travaux. L'exemple cité par tous les rapports établis à ce sujet est celui du groupement interhospitalier de la région Ile-de-France, qui ne comprend pas moins de deux cent cinquante membres, dont cinquante ont une voix délibérative.

b) *Les syndicats interhospitaliers.*

La législation actuelle confine la création des syndicats interhospitaliers dans un cadre géographique trop strict, puisqu'elle doit s'inscrire soit dans le cadre d'un secteur sanitaire, soit dans celui d'une région sanitaire, le centre hospitalier régional devant, dans ce dernier cas, être obligatoirement adhérent.

En outre, les syndicats, comme les groupements, souffrent de la lourdeur de leurs instances délibératives et, de plus, de la légèreté de leur structure exécutive, composée du seul président du conseil d'administration et du secrétaire général.

Enfin, même s'il ne détient pas la majorité absolue des sièges, l'établissement le plus important, centre hospitalier universitaire ou centre hospitalier régional, bénéficie d'une primauté de fait, suffisante à décourager les autres adhérents éventuels.

2. DES CONSTATATIONS STATISTIQUES A LA HAUTEUR DES INSUFFISANCES DE LA LÉGISLATION

a) *Des résultats médiocres.*

Toutes les considérations qui précèdent se sont hélas ! traduites dans les faits.

D'abord, seuls une trentaine de syndicats interhospitaliers de secteur ont été créés depuis 1970.

Ensuite, il n'existe depuis cinq ans qu'un seul syndicat interhospitalier de région, qui regroupe les établissements (hors Assistance publique de Paris) de l'Ile-de-France.

Enfin, les missions confiées à ces syndicats sont trop souvent très modestes, même si elles sont utiles, lorsque par exemple elles conduisent à la création d'une buanderie industrielle.

b) *Une exception : la région Ile-de-France.*

Seul le syndicat de la région Ile-de-France a étendu ses compétences à la formation des agents, à la création de buanderies industrielles et de cellules « d'organisation et de méthode » ou de recherche. Ce syndicat regroupe quatre-vingt-treize établissements publics ou privés à but non lucratif d'Ile-de-France.



Cette situation est d'autant plus regrettable que le syndicat interhospitalier apparaît comme le moyen privilégié d'une rationalisation des choix et d'une plus grande efficacité de notre système de soins. Tels sont donc les motifs qui ont conduit le Gouvernement à proposer une réforme, qui, pour l'essentiel, reçoit l'accord de votre Commission.

II. — LA RÉFORME DES SYNDICATS INTERHOSPITALIERS : OUI, MAIS...

Le projet de loi soumis à votre examen vous propose de modifier le seul régime juridique des syndicats interhospitaliers. Ce faisant, il néglige les groupements dont M. Ralite envisageait pourtant la suppression pure et simple, tirant ainsi les conséquences du report, à une date ultérieure, de la réforme de la planification et de la coordination sanitaires.

Mais il écarte aussi dans l'instant l'institution de formules de coopération entre le secteur privé « libre » et le service public hospitalier. A cet égard, la création éventuelle de « groupements d'intérêt public », remise à une date ultérieure, provoque à la fois l'intérêt et l'inquiétude de votre Commission.

**A. — Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale ;
les intentions du Gouvernement.**

Le dispositif des articles premier à 4 du projet de loi, sous la réserve d'insuffisances techniques regrettables, apporte au droit actuel d'heureux aménagements. Toutefois, il convient de ne pas dissimuler les objectifs visés par le texte derrière une seule analyse normative...

1. LA LEVÉE DES OBSTACLES INSTITUTIONNELS

Le dispositif soumis à votre examen « déconnecte » le syndicat de toute référence au secteur et à la région d'une part, aux groupements d'autre part. En outre, il aménage les règles de son organisation et de son fonctionnement.

a) La « déconnexion ».

La nouvelle rédaction proposée pour l'article 8 de la loi du 31 décembre 1970 comporte quatre conséquences.

Elle maintient la faculté juridiquement originale mais pratiquement nécessaire, accordée aux établissements privés d'hospitalisation, d'adhérer à un syndicat interhospitalier dès lors qu'ils assurent le service public interhospitalier. En outre, les dispositions de l'article 43, qui permettent à tous les établissements privés de s'associer à un syndicat et de bénéficier ainsi de ses équipements, ne sont pas modifiées.

La rédaction proposée permet la création d'un syndicat entre des établissements appartenant à des secteurs ou à des régions différents et sa rédaction, plus simple que la précédente, n'exclut pas, toutefois, l'association éventuelle de plusieurs syndicats entre eux.

Conséquemment au point précédent, le nouveau texte de l'article 8, et cela est essentiel, permet donc d'écarter la règle antérieure selon laquelle le centre hospitalier régional participe obligatoirement au syndicat institué à ce niveau.

Il distend enfin les liens fonctionnels entre les groupements et les syndicats interhospitaliers.

b) *Une organisation améliorée.*

L'article 2 du projet de loi, sans modifier l'actuelle composition du conseil d'administration des syndicats interhospitaliers, répond aux inconvénients qui résultent tout à la fois de la lourdeur de cette instance et de la faiblesse relative de l'exécutif. D'une part, le conseil d'administration peut déléguer à un bureau, élu en son sein, certaines de ses attributions. La composition du bureau comme le mode de désignation de ses membres seront fixés par décret. La délégation est strictement limitée par la loi, qui interdit que le conseil d'administration confie au bureau le soin de définir le programme et la politique du syndicat, le plan directeur et les projets de travaux importants, les décisions budgétaires essentielles, l'organisation des services et le tableau des emplois permanents. D'autre part, nos collègues députés n'ont pu contraindre leur irrépressible volonté d'engager notre secteur public dans la voie d'une « démocratisation » dont le Sénat a, en son temps, montré les excès et les faux-semblants, et ont ainsi proposé d'introduire au sein des conseils de syndicats des représentants des personnels médicaux et non médicaux. Votre Commission, soucieuse de développer la participation et de favoriser l'expression du personnel, et constatant l'existence d'une telle représentation dans les conseils des établissements adhérant aux syndicats, suivra, sous certaines réserves juridiques, les propositions faites au Palais-Bourbon.

2. UNE RÉFORME DES STRUCTURES
QUI MODIFIE LES MISSIONS DES SYNDICATS

A l'évidence, les modifications introduites par le projet de loi ne constituent pas seulement un aménagement normatif de la législation. Elles conduisent à une transformation notable des missions des syndicats et soulèvent des questions jusqu'à présent laissées sans réponse.

a) *Un nouveau profil de la coordination interhospitalière.*

Si le Gouvernement entend que les syndicats interhospitaliers se développent à l'avenir, c'est qu'il souhaite en même temps que toutes les fonctions que lui propose aujourd'hui l'article 10 de la loi de 1970 soient explorées et que l'on dépasse le stade de la blanchisserie industrielle. « Déconnecté », dans l'instant, de la procédure de planification sanitaire dont on ne sait rien aujourd'hui, le syndicat sera toutefois le lien privilégié d'une meilleure coordination des moyens. Au-delà d'une communauté de gestion, il pourra donc être le lieu d'une véritable définition des besoins en équipements des établissements adhérents.

Lorsque l'on sait le poids décisif qu'exercera désormais la tutelle sur les établissements, leur liberté d'adhésion au syndicat risque d'être compromise par les pressions multiples, financières, techniques ou institutionnelles qu'exerceront les pouvoirs publics.

Elles peuvent ainsi constituer une source supplémentaire de l'affaiblissement de l'autonomie des établissements, dont il conviendra, à l'occasion de l'examen du projet de loi de planification, d'observer l'importance...

Un amendement proposé à l'Assemblée nationale, par le Rapporteur de la Commission saisie au fond, et qui tendait à permettre au syndicat de participer à une meilleure évaluation des soins, montre assez bien les dangers potentiels d'une telle réforme. L'attitude du Ministre, rigoureusement hostile à l'amendement, est cependant de nature à apaiser, sur ce point, les craintes qu'un tel amendement pouvait légitimement justifier...

**b) Des zones d'ombre inquiétantes.*

Trois inquiétudes doivent être ici exprimées par votre Commission :

D'abord, si le Gouvernement dénonce l'inefficacité des groupements interhospitaliers, il n'en propose pas moins de les maintenir. Cela peut signifier qu'au fond, il n'est pas encore assuré de proposer une réforme de la planification sanitaire. Du moins, le maintien des groupements pourrait s'inscrire dans un processus de décentralisation (et pourquoi pas de régionalisation) de la politique sanitaire, à l'évidence accompagnée d'un transfert inacceptable de charges de l'Etat vers les collectivités locales.

Ensuite, le prédécesseur de M. Edmond Hervé avait envisagé de développer une formule de coopération entre le secteur privé ne participant pas au service public hospitalier et ce dernier, à travers l'institution de groupements d'intérêts publics. La faculté de créer de tels groupements a été offerte en matière de recherche, à travers un mécanisme très rigide et contraignant. Il a été précisément indiqué sur ce point, à votre Rapporteur, que la rigidité de ce modèle interdisait sa transposition au secteur hospitalier. Là aussi votre Commission souhaite dire haut et fort qu'elle écartera toute formule tendant, d'une manière ou d'une autre, à une nationalisation « rampante » de notre système de santé.

Or il n'apparaît pas exclu que le Gouvernement envisage, au-delà de la sage notion de service public hospitalier, de dégager la notion nouvelle de « service national (ou public) de la Santé ». Qu'une telle démarche conduise à une plus grande complémentarité entre les secteurs public et privé et votre Commission répondra favorablement à l'attente du Gouvernement, si du moins ses propo-

sitions traduisent une volonté de rapprochement des contraintes subies par les deux secteurs. Mais, si le Gouvernement souhaitait, à cette occasion, réduire à néant l'autonomie du secteur privé et la liberté d'entreprise, alors les limites constitutionnelles posées par les plus hautes instances à l'action de l'Etat interdiront au Sénat de le suivre.

B. — Les propositions de votre Commission.

Votre Commission vous propose d'accepter, compte tenu de ses nombreuses réserves et de ses avertissements, le dispositif contenu dans les articles premier à 4 du projet de loi.

Avant d'aborder l'examen des articles, elle souhaite indiquer brièvement le sens des deux ordres de modifications, de fond et de forme, qu'elle entend introduire.

1. DES MODIFICATIONS DE FOND

Votre Commission, ainsi qu'elle l'a déjà indiqué, accepte le principe de la représentation du personnel, médical et non médical, au sein du conseil d'administration du syndicat interhospitalier. Elle souhaite toutefois apporter à ce principe les accommodements constitutionnels nécessaires.

Par ailleurs, c'est après une réflexion attentive que votre Commission a renoncé à aligner purement et simplement les règles de fonctionnement des syndicats interhospitaliers sur celles qui s'appliquent aux syndicats de commune.

a) *L'aménagement de la représentation des personnels.*

Il était effectivement regrettable que les personnels médicaux et non médicaux ne soient pas représentés au sein des conseils des syndicats interhospitaliers, alors qu'ils siégeaient depuis la loi du 31 décembre 1970, au sein des conseils d'administration de tous les établissements publics d'hospitalisation.

La disposition introduite à cet égard par les députés est donc acceptable, mais, au plan constitutionnel, tout à fait insuffisante.

Aux termes des règles traditionnellement applicables à la création des établissements publics et conformément à une interprétation non moins classique de l'article 34 de la Constitution, il appartient en effet au législateur de déterminer les catégories de personnes qui siègent au sein du conseil d'administration desdits établissements.

De cette tâche, nos collègues du Palais-Bourbon se sont parfaitement acquittés.

Il résulte cependant d'une récente décision du Conseil constitutionnel, prise sur la loi portant démocratisation du secteur public, que « la fixation de l'importance de la représentation des salariés met en cause des principes fondamentaux touchant... au droit du travail... qu'il n'est donc pas loisible au législateur d'abandonner totalement au pouvoir discrétionnaire du Gouvernement, cette fixation ».

S'agissant d'un autre article de la loi incriminée, le Conseil ajoutait que « en dehors des cas où la proportion des représentants des salariés dans les conseils d'administration ou de surveillance est déjà fixée à un taux sensiblement supérieur au tiers, l'élévation du nombre de représentants du personnel à une telle proportion aboutirait à la création d'une ou de plusieurs nouvelles catégories d'établissements publics, matière réservée par l'article 34 au législateur ».

Enfin, sur un autre point de la loi incriminée, le conseil a considéré que le législateur ayant « fixé lui-même indirectement mais certainement à un neuvième et deux neuvièmes la proportion minimale et la proportion maximale des représentants des salariés... a ainsi déterminé avec une précision suffisante les conditions dans lesquelles devait être mis en œuvre le principe de la participation des salariés ».

Il ressort très clairement de cette décision que le texte adopté par l'Assemblée nationale, qui ne fixe pas l'importance relative de la représentation des salariés, n'est pas conforme à la Constitution.

Il semble donc nécessaire de prévoir que cette représentation ne saurait être supérieure à celle qui est garantie dans l'établissement où le personnel est le mieux représenté (et implicitement, ne saurait être inférieure à deux représentants, l'un du corps médical, l'autre du personnel non médical).

Incidentement, la décision du Conseil constitutionnel conduit à une autre remarque. Le Gouvernement n'exclut pas en effet de modifier, par voie réglementaire, la composition des conseils d'administration des établissements eux-mêmes. Cette modification sera donc doublement limitée :

— d'une part, il ne pourra faire disparaître une catégorie de personnes actuellement représentée, aux termes mêmes de la loi du 31 décembre 1970. Ceci vise particulièrement les représentants des régimes sociaux, qu'il avait été envisagé d'écarter des conseils. Le Ministre semble toutefois, dans sa sagesse, avoir renoncé à cette mesure ;

— d'autre part, si le Gouvernement entend accroître le nombre de représentants des salariés, il ne pourra le faire qu'en maintenant

l'actuel pourcentage. Dans le cas contraire, et dans le silence de la loi de 1970 sur l'importance de la représentation du personnel, il devra soumettre son projet à l'examen du Parlement.

Une ultime observation mérite d'être faite : comment sera assurée la représentation des personnels des établissements privés adhérant au syndicat, qui doivent rester maîtres chez eux de la participation du personnel à la gestion ? Il conviendra, sur ce point, d'agir avec tact et mesure.

b) *Une réflexion sur l'organisation du syndicat interhospitalier.*

Pour soutenir son dispositif, le Gouvernement prétend, à juste titre, avoir voulu aligner le régime applicable au syndicat interhospitalier sur celui qu'a retenu le Code des communes pour les syndicats de communes.

Ainsi justifie-t-il, avec raison, l'institution d'un bureau, à qui le conseil déléguerait une partie de ses fonctions.

Cependant, selon l'article 2, alors que le comité du syndicat intercommunal délègue librement ses compétences au bureau, le conseil du syndicat interhospitalier ne peut se dessaisir de certaines matières énumérées à l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, qui restent obligatoirement de sa compétence.

Dans le souci d'une meilleure décentralisation des responsabilités, votre Commission a envisagé d'aligner les deux régimes. Toutefois, une différence essentielle marque les deux structures, qui l'a conduite à renoncer à une telle initiative :

— au sein du comité du syndicat, les communes ont une représentation égale, quelle que soit l'importance de leur population. Leur identité est ainsi parfaitement respectée ;

— au sein du conseil d'administration du syndicat interhospitalier, les établissements sont inégalement représentés ; cela peut laisser craindre, malgré les améliorations apportées sur ce point par le projet de loi, une prédominance des plus importants d'entre eux à l'occasion de la constitution et de la composition du bureau.

Il convient donc de délimiter très clairement la portée de la délégation, en vue de garantir le respect des intérêts des petits établissements.

En revanche, il paraît utile de poursuivre l'alignement entre les deux régimes juridiques en prévoyant que le bureau rend compte de son action au conseil d'administration.

Enfin, votre Commission a voulu exclure de la délégation les propositions d'affectation des résultats d'exploitation, liées intimement à la procédure budgétaire.

2. DES MODIFICATIONS DE FORME

a) *L'achèvement d'une logique législative.*

Afin de traduire clairement dans le texte la déconnexion pure et simple du syndicat, tant à l'égard du secteur et de la région, qu'à l'égard des groupements, votre Commission vous propose de réunir dans une section autonome de la loi de 1970, les seules dispositions qui les concernent.

b) *Une amélioration technique du dispositif.*

Il convient par ailleurs d'achever, au plan technique, le balayage de l'ensemble de la loi de 1970, dans ses dispositions relatives aux liens entre les syndicats et leur cadre géographique et de profiter de cette occasion pour améliorer, çà et là, dans la forme, la loi du 31 décembre 1970.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier.

Du syndicat interhospitalier.

Dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, l'article premier tend à modifier l'article 8 de la loi de 1970, relatif aux modalités de constitution des syndicats interhospitaliers, dans le sens analysé précédemment.

Votre Commission accepte cette nouvelle rédaction. Elle vous propose toutefois de l'inclure dans un dispositif plus large, qui conduit à regrouper dans une section II *bis* (nouvelle) du chapitre premier de la loi du 31 décembre 1970, relatif au service public hospitalier, l'ensemble des dispositions consacrées aux syndicats interhospitaliers.

Cette section II *bis*, intitulée « des syndicats interhospitaliers », serait introduite après l'article 14 de la loi précitée et comprendrait :

1° Un article 14-1 reprenant le texte proposé pour l'article 8 de la loi de 1970 par le projet ;

2° Un article 14-2 reprenant le texte actuel de l'article 9 de la loi de 1970, complété par les dispositions de l'article 2 du projet de loi adopté par l'Assemblée nationale. Il s'agit, d'une part, de la représentation du personnel, dont les limites supérieures seraient fixées par le texte lui-même, dans les conditions évoquées plus haut. Il s'agit d'autre part, de l'institution d'un bureau, complétée par la référence aux obligations de ces derniers à l'égard du conseil d'administration, par parallélisme avec les dispositions du deuxième alinéa de l'article 163-13 du Code des communes ;

3° Un article 14-2, reprenant les dispositions de l'actuel article 10 de la loi de 1970, débarrassé de toutes références au secteur ou à la région sanitaires ;

4° Un article 14-4 reprenant les dispositions de l'article 11 de la loi de 1970. Cet article précise que certaines dispositions de ladite loi, applicables aux conseils d'administration des établissements, le sont aussi à l'égard des conseils des syndicats. Il convient d'« actualiser » ces références, en ajoutant l'article 22-1, introduit en 1979

ainsi que les articles 22-2 et 22-3 insérés par le présent projet de loi relatif au pouvoir des directeurs qui sera donc applicable au secrétaire général du syndicat ;

5° Un article 14-5 reprenant les dispositions de l'article 12 de la loi de 1970.

Toutes ces dispositions ont fait l'objet des modifications de forme rendues nécessaires par certaines imperfections ou péremptions de la loi de 1970.

Article 2.

Abrogations diverses.

Dans le texte adopté par l'Assemblée nationale, l'article 2 modifiait l'article 9 de la loi de 1970 pour introduire la représentation du personnel dans les conseils d'administration des syndicats et instituer un bureau.

Ces dispositions ayant été introduites par votre Commission à l'article premier, il vous est proposé, dans cet article 2, de procéder à toutes les abrogations et modifications que suppose l'article précédent.

Article 3.

Modification de l'article 10 de la loi de 1970, suppression de l'article.

Les modifications proposées par cet article ayant été reprises à l'article premier (nouvel article 14-3), il vous est proposé de le supprimer.

Article 4.

Abrogations diverses, suppression partielle de l'article.

Les abrogations proposées par cet article ayant toutes été reprises à l'article 2 tel que suggéré par votre Commission, seule doit être maintenue la suppression du troisième alinéa de l'article 23 de la loi de 1970, pour des motifs qui seront exposés dans la deuxième partie de l'examen du dispositif.

TITRE II

LA RÉFORME DES STRUCTURES MÉDICALES DE L'HOPITAL : LE DÉPARTEMENT

Les articles 5, 6 et 13 du projet de loi (et la partie de l'article 4 conservée par votre Commission) bouleversent l'organisation actuelle de l'hôpital en services, telle qu'elle est définie, en application de la loi du 21 décembre 1941, par l'article 106 du décret n° 43-891 (modifié) du 17 avril 1943. Ils tendent à lui substituer purement et simplement, dans un délai de trois ans suivant la promulgation de la loi, une organisation en départements hospitaliers.

Que le Gouvernement veuille bien pardonner à la Commission de rappeler une fois encore que l'empressement à réaliser cette réforme législative est lié à un autre projet, d'ordre réglementaire celui-là, qui tend à aménager profondément le statut actuel des praticiens des établissements d'hospitalisation publics. Or, la mise en œuvre de ce statut, qui conduit désormais à une distinction entre le grade et la fonction, est incompatible avec la notion même de chef de service.

Il convient cependant de rappeler que le prédécesseur de M. Hervé avait préparé un décret tendant également à une départementalisation plus dangereuse encore pour l'éthique médicale et la qualité des soins que l'actuel projet de loi, accompagné d'une réforme de la médecine hospitalière désavouée avec force par les praticiens et les étudiants au printemps 1983.

Les justifications de la réforme présentée par le Gouvernement, telles qu'elles ressortent de l'examen des motifs, sont de plusieurs ordres. Il dénonce en tout premier lieu l'organisation actuelle en services qui, selon lui, conduit à un cloisonnement des techniques et des spécialités, entraînant la parcellisation des tâches et la multiplication des équipements.

Le département, organisé en fonction de la nature de l'affection prise en charge ou des techniques de diagnostic ou de traitement mis en œuvre, vise à mettre un terme, selon lui, aux inconvénients du service, par une meilleure coordination des moyens et une responsabilité médicale renforcée des praticiens. En outre, d'une rupture

avec le principe de l'inamovibilité de chef de service, de l'élection du chef du département par les praticiens, et de la constitution d'un conseil de département élu par l'ensemble du personnel, le Gouvernement attend une démocratisation du fonctionnement de l'hôpital, garante d'une meilleure responsabilisation des personnels, médicaux ou paramédicaux...

Votre Commission partage avec le Gouvernement les objectifs qu'il prétend poursuivre. Elle dénonce les moyens, qui, en vérité, révèlent l'intention des auteurs du projet, ou du moins de ses inspireurs et de ses meilleurs soutiens, de mettre gravement en cause la hiérarchie médicale, appuyée sur le savoir et, partant, de menacer la qualité des soins et le droit à la santé de chaque Français.

Afin d'étayer sa démonstration, elle vous proposera d'une part d'examiner les conditions actuelles de l'organisation des établissements et les expériences de départementalisation en cours, et, d'autre part, d'analyser attentivement l'aventure dans laquelle veut vous engager le Gouvernement, et, en conséquence, de vous proposer de choisir la voie d'un progrès authentique de l'hôpital.

I. — UNE ANALYSE MESURÉE DE LA SITUATION ACTUELLE

M. Bartolone, rapporteur de la commission des Affaires sociales, culturelles et familiales devant l'Assemblée nationale, a voulu mettre en évidence, avec raison sur certains points, les inconvénients du maintien d'une organisation de l'hôpital exclusivement appuyée sur les services. Il a rappelé d'autre part, les expériences de départementalisation sans en avoir cependant tiré tous les enseignements dans le dispositif qu'il a soumis à ses collègues. Votre Commission vous propose de suivre la même démarche dans le souci très exactement inverse qu'elle développera dans la seconde partie du présent titre.

A. — L'organisation actuelle de l'hôpital en services.

Avant d'examiner si, effectivement, l'organisation actuelle en services soulève des difficultés, il convient de rappeler brièvement les fondements juridiques de cette structure.

1. LES FONDEMENTS JURIDIQUES DE L'ORGANISATION ACTUELLE

a) *La création et le fonctionnement des services.*

L'origine de l'organisation actuelle en services est contenue dans le décret n° 43-891 du 17 avril 1943, pris en application de la loi du 21 décembre 1941, et notamment de son article 106 qui stipule, dans son premier alinéa, que :

« Le fonctionnement médical de chaque service est placé sous la direction technique du médecin, chirurgien ou spécialiste chef du service. L'ensemble du personnel secondaire du service est, pour l'administration des soins aux malades, placé sous son autorité. »

La rédaction de cet alinéa autant que le décret lui-même, appellent trois remarques. D'abord, l'organisation hospitalière résulte du statut des praticiens et du mode d'exercice de la pratique médicale. L'article 106 est en effet inclus dans le titre IV du décret de 1943, consacré au « personnel médical et des laboratoires de biologie médicale des hôpitaux et hospices publics ». Ce lien historique entre le statut des praticiens et l'organisation des établissements justifie aujourd'hui l'empressement du Gouvernement à créer le département afin de pouvoir réviser le statut. Ensuite, l'article 106 définit une équipe médicale dans le respect du niveau de savoir acquis par chacun de ses membres, du « patron » jusqu'à l'externe.

Enfin, le service repose sur un rapport d'autorité comparable à celui que le Gouvernement prétend introduire dans le département : le chef de service n'exerce une autorité hiérarchique, pour la seule administration des soins, que sur les personnels non médicaux de son service ; il en assure la direction technique médicale et répartit en conséquence les tâches entre ses collaborateurs médicaux, dont l'indépendance professionnelle et la responsabilité médicale dans l'administration des soins sont respectés.

Quant à la création, à la transformation ou à la disparition des services, elle est décidée par le conseil d'administration, aux termes du 8° de l'actuel article 22 de la loi du 31 décembre 1970. Les

délibérations du conseil d'administration sont soumises à l'approbation du représentant dans le département.

Aucun texte ne définit plus, depuis longtemps, le cadre normatif d'une répartition correcte des lits et des équipes médicales. La dernière instruction en la matière, remonte, selon Paul Comet et Raymond Piganiol (l'hôpital public), à une circulaire du 8 avril 1958, établissant à l'intention des préfets, alors chargés de la détermination des effectifs par le décret du 27 avril 1957 modifiant le décret du 17 avril 1943 (art. 108), le nombre optimum des praticiens en fonction de celui des lits du service. La loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979 a cependant, dans son article 4 (art. 22-1 de la loi de 1970) autorisé le Ministre à supprimer des lits ou des services, dans le cadre des normes définies par la carte sanitaire.

L'absence de telles mesures, certes très difficiles à établir, associée aux contraintes liées à la carrière des praticiens hospitaliers, n'est pas sans rapport avec les reproches adressés actuellement à l'organisation actuelle de l'hôpital...

b) *La nomination des chefs de service.*

Conformément à une règle fréquemment retenue jusqu'ici pour le recrutement des praticiens hospitaliers, les chefs de service sont choisis sur des listes d'aptitude.

Il convient, à cet égard, de distinguer les centres hospitaliers généraux des centres hospitalo-universitaires.

Dans les premiers, les nominations des chefs de service sont prononcées par le ministre de la Santé, après avis du représentant de l'Etat dans le département d'affectation, du conseil d'administration et de la commission médicale consultative de l'établissement intéressé, ainsi que d'une commission nationale paritaire comprenant en nombre égal des représentants de l'administration et des chefs de service, parmi les candidats inscrits sur une liste d'aptitude. L'inscription sur la liste d'aptitude est, soit de droit pour les praticiens répondant à certaines conditions (notamment trois années de fonctions hospitalo-universitaires en qualité de chef de clinique-assistant), soit prononcée après avis d'une commission paritaire régionale comprenant en nombre égal des représentants de l'administration et des chefs de service. Cette procédure, apparemment complexe, a été considérablement allégée par un décret du 8 mai 1978.

Les règles applicables au centre hospitalo-universitaire, rendues plus complexes par la double nature de ces établissements, établissent, dans le souci du respect de l'autonomie des universités, une procédure quelque peu différente, mais conduisent en tout état de cause à l'établissement d'une liste d'aptitude, fondée elle aussi sur les titres et les travaux des intéressés.

Ainsi, la procédure actuelle du choix des chefs de service apparaît-elle soucieuse de respecter scrupuleusement la hiérarchie du savoir, l'avis des instances locales de direction de l'hôpital et le pouvoir légitime de nomination laissé au ministre de la Santé.

2. LES DIFFICULTÉS ENGENDRÉES PAR L'ORGANISATION EN SERVICES

Nulla institution n'est jamais parfaite et l'organisation actuelle en services soulève des difficultés, qui ont justifié le développement d'expériences de dépassement de cette notion, qui seront analysées plus loin. L'observation, sur le long terme, de l'organisation des établissements, fait apparaître que, progressivement, les services se sont multipliés pour couvrir, au bout du compte, des unités de soins de plus en plus réduites.

Il convient à la fois d'examiner les causes de cette situation et d'en analyser les conséquences. Une telle démarche conduit à mettre en évidence les dangers d'une départementalisation hâtive, qui risque d'amplifier gravement les quelques défauts du système actuel.

a) *Les causes de la multiplication des services.*

Ainsi que le rappelle très justement M. Bartolone, rapporteur à l'Assemblée nationale, l'hôpital n'avait pas, à l'origine, la physionomie qui est la sienne aujourd'hui. La spécialisation était peu poussée et une grande partie des médecins ne consacraient qu'une partie de leur temps à l'hôpital. Les services, dont la mission se partageait entre l'assistance aux démunis et une fonction de soins réduite, constituaient de très grosses unités, par le nombre de lits qu'ils comportaient. Les progrès techniques fantastiques enregistrés par les disciplines médicales et biologiques ont conduit à une spécialisation croissante de la fonction soignante et, par conséquent, à une multiplication des unités de soins.

La création des services a donc accompagné le progrès technique, même si, dans certains cas, les perspectives de carrière limitées des praticiens ont pu conduire à la mise en place d'unités par ailleurs peu justifiées...

Enfin, il est probable que, dans la perspective d'une modification de leur classement, les établissements ont été fréquemment tentés de multiplier des services dans le seul souci de répondre aux normes techniques nécessaires à cette modification.

b) *Les inconvénients de la situation actuelle.*

La situation actuelle ainsi créée comporte des conséquences à la fois à l'égard des malades, de l'efficacité des établissements et des personnels.

Les malades, d'abord, subissent cette spécialisation quelquefois excessive à plusieurs titres. Ils peuvent être, par la nature de leur affection ou par la diversité des techniques thérapeutiques qu'elle exige, transférés d'un service à l'autre au dépens de la qualité sociale et humaine de leur hospitalisation. Ces transferts supposent, à chaque fois, la reconstitution d'un dossier médical, qui conduit à la multiplication des investigations cliniques et à un allongement indu de la durée de séjour.

Ces derniers éléments justifient à eux seuls d'un coût supplémentaire pour l'établissement sans que l'on soit assuré d'une meilleure efficacité de son fonctionnement. En outre, les cloisonnements entre services conduisent à des situations de sous ou de sur-occupation simultanées des lits parfaitement injustifiées. Enfin, le cloisonnement peut induire une multiplication des équipements dont la traduction budgétaire est préjudiciable à une saine gestion.

Quant aux personnels, médical et paramédical, la structure en services limite leurs possibilités de mobilité. En outre, tous les chefs de service n'ont pas développé, avec leur personnel, une concertation souhaitée aujourd'hui par une large partie de notre corps social...

Enfin, l'inamovibilité absolue des chefs de service peut quelquefois laisser à de jeunes médecins un sentiment d'impuissance que justifie quelquefois la compétence du responsable de l'unité à laquelle ils sont affectés...

Toutefois, il est à remarquer que, dans le cadre actuel de l'organisation hospitalière, le conseil d'administration, soutenu par les avis de la commission médicale consultative, dispose des moyens de corriger une grande partie de ces défauts.

Cette courte analyse historique a du moins le mérite de faire apparaître les premiers dangers d'une départementalisation hâtive et complète de l'hôpital, qui, par la reconstitution de grandes unités, risque de provoquer une nouvelle balkanisation de l'hôpital, incontrôlée, et de reconstituer des féodalités plus redoutables encore que le « mandarinat » si souvent dénoncé par le passé.

B. — Les expériences de dépassement de la notion de service.

Il n'est pas très fréquent que le Gouvernement, pour soutenir sa politique, s'appuie sur les expériences menées outre-Atlantique. Pourtant soucieux de défendre par tous les moyens son projet de départementalisation, M. Ralite lui-même, en son temps, rappelait les mérites du système américain d'organisation de la fonction médicale. Il s'agit là d'une référence quelque peu contestable, quand on sait les différences notables qui séparent l'organisation des systèmes de santé et de protection sociale de la France et des Etats-Unis.

Pour sa part, votre Commission s'en tiendra donc, pour juger du département, à l'analyse des seules expériences françaises.

Dès 1976, dans une circulaire en date du 5 mai 1971, ayant pour objet la coordination des services hospitaliers, le ministre de la Santé exprimait son souhait que soit facilitée « l'instauration d'une coordination entre les services chaque fois qu'un groupe (de service) le souhaite ». Le département, qui supposait la désignation, par ses pairs, d'un coordonnateur, apparaissait comme une association de services médicaux ou médico-techniques complémentaires en vue de rechercher ou de pratiquer une thérapeutique permettant une prise en charge globale des affections des malades et d'assurer une utilisation plus rationnelle des moyens existants.

Une nouvelle circulaire était publiée le 2 juillet 1976, définissant un schéma d'organisation de la cancérologie hospitalière.

Dans son rapport publié en 1977-1978, l'inspection générale des Affaires sociales analysait l'expérience, fréquemment citée, de l'hôpital de Mâcon.

Depuis lors, de telles expériences n'ont cessé de se multiplier, notamment à l'Assistance publique, dont il convient de présenter les principaux traits.

1. LES OBJECTIFS DES DÉPARTEMENTS

De l'observation des multiples formes de dépassement de la notion de service surgit une distinction de plus en plus claire selon que l'association des unités de soins a des fondements essentiellement médicaux ou qu'elle a également un objectif d'amélioration de la gestion.

Deux objectifs peuvent ainsi être distingués selon l'intégration plus ou moins poussée des services :

— l'exercice coordonné d'une activité médicale intéressant des médecins appartenant à des services différents ; il s'agit d'une simple adaptation des hôpitaux à la complexité de plus en plus grande de l'administration des soins et des équipements, sans que les bases de l'organisation traditionnelle ne soient remises en cause ;

— l'administration commune de plusieurs services prenant conscience de leur solidarité et recherchant, ensemble, une unité de gestion et de fonctionnement. Il peut y avoir là l'amorce d'une modification fondamentale, mais nécessairement progressive, de l'hôpital.

a) *L'association de services pour l'exercice d'une activité médicale commune.*

Les motifs de la création de ces départements d'activités médicales associées sont variés. L'association de services traitant la même pathologie cherche à assurer une prise en charge « globale » des malades dont l'affection intéresse des médecins appartenant à des spécialités médicales différentes et par conséquent à des services différents. L'exemple le plus caractéristique de ces « départements verticaux » est celui des départements de cancérologie.

L'association de services traitant le même organe a le même objectif. Elle assure la coordination de l'ensemble des activités médicales des services associés. La coordination de tels services apparaît d'ailleurs spontanément (par exemple, l'association de deux spécialités comme la néphrologie et l'urologie).

Enfin, certains services s'associent pour assumer les missions les plus diverses, qu'il s'agisse de l'accueil des malades externes, de la pharmacologie clinique ou de l'utilisation commune d'un même équipement.

b) *L'intégration des services pour une gestion commune.*

Cette forme plus développée de départementalisation tend, au-delà de la prise en charge globale du malade, à permettre une meilleure utilisation des moyens de fonctionnement mis à la disposition des services, qu'il s'agisse du personnel, des locaux ou du matériel lourd.

Cette organisation facilite la mobilité du personnel et accroît sa polyvalence. Elle permet de concentrer l'usage d'un matériel utilisé, dès lors, par un personnel expérimenté. Elle favorise enfin la mise en place de gardes communes.

Ces départements sont apparus sous deux formes. Des services de même discipline ou de disciplines proches s'associent dans un but de meilleure efficacité. Dans d'autres cas, ils résultent, à l'occasion de la scission d'un grand service, de la mise en place d'une

structure commune aux services ainsi créés. A terme, il n'est pas douteux que la notion même de service dans de tels départements s'estompe. Le département, constitué sur la base d'objectifs communs, est animé par un conseil doté de prérogatives importantes, adoptant un rythme de réunions fréquent et désignant un coordonnateur qui assure les tâches de gestion quotidienne.

2. L'ORGANISATION DES DÉPARTEMENTS

a) *Les organes du département.*

Dans de nombreux départements, apparaissent deux instances de délibération, — l'une élargie, l'autre restreinte — et un coordonnateur.

Les différents services de l'établissement intéressés par les objectifs du département sont représentés dans l'instance élargie, qu'ils soient totalement ou partiellement intégrés dans la nouvelle structure.

Le personnel médical est généralement représenté par la participation de tous les médecins titulaires des services concernés, et, pour les médecins non titulaires, à raison d'un par service. Le personnel paramédical est représenté à raison d'un cadre infirmier par service.

Cette instance définit les orientations du département, approuve le rapport d'activité et présente toute observation ou suggestion intéressant le fonctionnement du département. Elle se réunit généralement deux à quatre fois par an.

L'instance restreinte est l'organe de décision du département. Elle anime l'activité médicale et scientifique du département d'activités médicales associées. Elle définit les modalités d'organisation et de fonctionnement des départements de gestion commune. Sa dénomination est variable et elle comprend le plus souvent des médecins titulaires des services associés. Elle peut être le seul organe du département.

Le coordinateur du département est choisi, pour une durée limitée, parmi l'une des deux instances de délibération et, le plus souvent, parmi les membres de l'instance restreinte. Il assure la gestion du département et le fonctionnement de ses instances. Dans les départements de gestion commune, il représente le département. Il est généralement assisté d'un cadre infirmier, choisi par le directeur de l'établissement, parmi les cadres infirmiers des services associés.

b) *Les caractéristiques essentielles des départements.*

Les départements sont toujours des fédérations de services, même s'il apparaît, dans certains cas, qu'une partie de l'autonomie des services tend à s'estomper.

Les administrations hospitalières n'ont pas défini, *a priori*, les domaines d'activité où doivent intervenir des structures départementales. Dans la majorité des cas, c'est donc l'initiative locale qui a été à l'origine de la création de telles structures. C'est également à l'échelon des services que se sont élaborées les règles de constitution, d'administration et de gestion. Cela explique la grande diversité des modèles proposés et la cohésion de ces structures volontaires.

Le maintien de cette cohésion suppose cependant, dans la plupart des cas, l'existence d'un statut écrit qui fixe les objectifs et les règles de fonctionnement de différents organes du département. Le plus souvent, les départements, nés de l'initiative des services eux-mêmes, sont créés par le conseil d'administration sur l'avis de la commission médicale consultative. Cela est évidemment nécessaire au maintien de la cohérence de l'établissement.

Votre Commission ne conteste donc pas l'intérêt de la départementalisation, qui permet une prise en charge plus globale du malade, une plus grande mobilité et une amélioration des conditions de travail et, enfin, une gestion plus rationnelle des moyens en personnel et en matériel. Elle réfute cependant toute transformation radicale et hâtive des hôpitaux et la mise en place de départements plus destinés à « couper des têtes » qu'à rationaliser la gestion hospitalière.

Telle semble être pourtant, l'intention poursuivie par le projet de loi soumis aujourd'hui à votre examen.

**II. — LA DÉPARTEMENTALISATION :
LE CHOIX ENTRE L'AVENTURE ET LE PROGRÈS PATIENT**

Les articles 4 (en partie) 5, 6 et 13 du projet de loi tendent à une généralisation rapide (trois ans) et obligatoire des départements dans tous les hôpitaux, de quelque taille qu'ils soient, à l'exclusion des hôpitaux locaux, et une disparition corrélative des services actuels. Ils visent par ailleurs à une « démocratisation » des services hospitaliers, par une participation des personnels médical et paramédical à l'élaboration de la politique des départements et à l'élection de ses instances.

En outre, ainsi qu'il a déjà été dit, l'institution du département est liée à deux autres réformes. La réforme du statut des praticiens hospitaliers conduit à la distinction du grade et de l'emploi et exige donc la disparition du grade de chef de service. La mise en œuvre du budget global suppose la définition, par le directeur, de centres de responsabilités destinés à définir le cadre de la budgétisation interne de l'établissement. Le département doit constituer, le plus souvent selon le Gouvernement, le centre de responsabilité. Une telle réforme, qui brise complètement les structures internes de l'hôpital est inacceptable. Elle renverse une hiérarchie reposant sur le savoir. Elle interdit, par le désordre qu'elle va introduire pendant trois années, une rationalisation effective de la gestion et partant, la mise en œuvre d'une véritable politique de maîtrise du coût de la santé. En résumé, à un moment critique de son évolution, elle engage l'hôpital français dans l'aventure.

Votre Commission vous propose, pour sa part, d'emprunter la voie du progrès, par le développement d'expériences de départementalisation qui ne compromettent pas l'existence du service, unité de base de l'hôpital, dont elle souhaite toutefois « actualiser » les règles internes de fonctionnement.

A. — Le projet du Gouvernement : un « ticket pour l'aventure ».

Votre Commission, après avoir décrit le dispositif proposé par le Gouvernement, tentera d'en dégager les principaux dangers.

1. LE DISPOSITIF : UN CADRE JURIDIQUE FLOU

a) *La structure des départements.*

Le dispositif de l'article 5 définit d'abord les missions assignées au département. Conformément aux distinctions dégagées des expériences menées au cours des dernières années, il distingue deux types de départements :

— les uns concourent à l'accomplissement d'une tâche commune caractérisée par la nature des affections prises en charge (départements « verticaux ») ;

— les autres assurent la mise en commun des techniques de diagnostic ou de traitement mises en œuvre (départements « horizontaux »).

Les départements sont créés sur la décision du conseil d'administration (art. 7 du projet de loi), après avis de la commission médicale consultative et du comité technique paritaire (art. 10 du projet de loi).

Les départements ne sont pas définis par les moyens, lits ou matériels, dont ils disposent, mais par les personnels qu'ils regroupent. Ils se substituent purement et simplement aux services existants. Cependant, selon la note d'orientation élaborée par le ministère des Affaires sociales : « Les propositions de départementalisation de l'hôpital doivent venir des médecins eux-mêmes qui pourront s'inspirer d'un « Guide de la départementalisation » qui sera soumis à concertation. Le plan de départementalisation pourra être élaboré par une commission spécialisée qui comprendrait le directeur de l'hôpital, des membres du conseil d'administration, des médecins. Ce plan précise le découpage en départements et en unités fonctionnelles ; il peut prévoir, à titre transitoire, le maintien des services sous le nom de divisions dont l'activité serait coordonnée par le chef du département. Il peut, en conséquence, faire cohabiter soit des unités fonctionnelles, soit des divisions. Ce plan devra recevoir l'accord de la commission médicale consultative et du conseil d'administration avant de recevoir l'approbation de l'autorité de tutelle. Toute modification de plan de départementalisation pourra se faire dans les mêmes formes ».

Selon l'article 13 du projet, la départementalisation devra être réalisée dans un délai de trois ans suivant la publication de la loi. A titre transitoire, ainsi qu'il ressort de l'extrait de la note précitée, les services pourraient être maintenus sous l'appellation de divisions. Ces dispositions transitoires prévoieraient que les chefs actuels de service seraient maintenus effectivement dans leur fonction, en qualité de coordonnateurs de droit d'une division ou d'une unité fonctionnelle.

S'agissant des unités fonctionnelles, la note d'orientation indique notamment que : « L'unité fonctionnelle est l'unité élémentaire de soins et de diagnostic qui permet une prise en charge personnalisée du malade, elle peut être aussi conçue comme une structure où se concentre une technique médicale particulière (l'unité de réanimation médicale ou chirurgicale, l'unité de cardiologie intensive ou encore l'unité de neuroradiologie).

L'existence de ces unités fonctionnelles au sein du département doit permettre de répondre à l'exigence de souplesse et de continuité des équipes médicales. C'est ainsi que les responsables d'unités fonctionnelles devraient être des médecins confirmés et reconnus par leurs pairs et qu'ils pourraient être désignés pour des durées analogues à celles des responsables du département. Ils auraient un pouvoir de coordination pour l'application des objectifs médicaux du département dans le cadre de l'unité fonctionnelle.

Les modalités de désignation restent à déterminer ; un système de liste d'aptitude pour les responsables d'unités fonctionnelles pourrait être par exemple imaginé. »

S'agissant des départements hospitalo-universitaires la note envisage deux hypothèses : « La première hypothèse serait la constitution de départements hospitalo-universitaires chaque fois que la chose est possible. Le découpage et le regroupement en département prendraient en compte en plus des nécessités des soins, les impératifs de l'enseignement et ceux de la recherche. La notion de département hospitalo-universitaire reposerait sur une équipe assurant en commun des tâches de soins, des obligations d'enseignement et de recherche.

Dans un tel cadre, on peut étudier les structures suivantes :

— dans le département hospitalo-universitaire, la direction de l'enseignement et celle de la recherche seraient confiées à des personnes différentes en règle générale, à un moment donné, avec alternance possible et souhaitable (1) ;

— l'équipe sous la direction du chef de département serait collectivement responsable des trois missions de soins d'enseignement et de recherche et répartirait les tâches entre ses membres chaque personne consacrant plus de temps à l'une ou l'autre mission (1).

La deuxième hypothèse serait que l'organisation des soins s'effectue selon les principes généraux développés ci-avant, tandis que les structures d'organisation de l'enseignement et les structures de la recherche suivraient un modèle différent (1).

En raison du prolongement de leurs activités dans des structures extra-hospitalières, certaines disciplines comme la psychiatrie et la santé publique pourraient avoir des structures de départements spécifiques.

La note indique qu' « il peut apparaître souhaitable de créer un département d'information médicale qui s'assure de la bonne tenue des dossiers médicaux et qui regroupe les informations nécessaires pour connaître l'activité médicale de l'établissement. »

Les projets du Gouvernement semblent donc bien imprécis quant aux modalités de la mise en place des départements, qui, il convient de le rappeler, seront introduits obligatoirement dans tous les établissements, quelle que soit leur taille, à l'exclusion des hôpitaux locaux, avant la fin de l'année 1986.

b) *Les organes du département.*

S'agissant des organes du département, la loi est plus précise. Le département est géré par un chef, issu du corps médical, et assisté par un conseil.

(1) *Quid* de la réforme de 1958 ?

— *Le mode de désignation des instances du département.*

Le conseil sera composé de représentants de tous les personnels du département, élus au sein de trois collèges distincts formés respectivement des médecins, ainsi que, le cas échéant, des pharmaciens et des odontologistes, des personnels soignants et des autres membres du personnel. Les modalités précises de cette consultation seront fixées par voie réglementaire.

Le conseil sera élu pour quatre ans et ses membres seront renouvelables.

Son importance et sa composition ne sont pas encore définitivement déterminées. Selon le Ministre, il devrait comprendre pour 50 % des représentants des praticiens, pour 25 % des représentants des personnels paramédicaux et pour 25 % des représentants des autres personnels. Le chef de département donnera ainsi la majorité des voix plus une aux médecins... Lorsque l'activité du service requiert la présence de sages-femmes, un collège particulier est constitué, qui élit son ou ses représentants. Dans cette hypothèse, où seront comptabilisées les sages-femmes ? Parmi les praticiens puisque la loi a consacré le caractère médical de leur activité ? Ou parmi les personnels paramédicaux ? De la réponse à cette question dépendra l'équilibre très instable du conseil promis par le Ministre. Il est à souligner enfin que les sages-femmes auraient souhaité participer à l'élection du chef de département, par l'intermédiaire de leurs représentants au conseil. Cette revendication peut paraître justifiée.

Le chef de département est un praticien à temps plein, à moins que le département ne comporte que des médecins à temps partiel ou qu'il ne comprenne qu'un seul médecin à temps plein.

Il est élu — pour une période de quatre ans, selon la note d'orientation — par les médecins à temps plein, à temps partiel, les médecins attachés et, le cas échéant, les pharmaciens et les odontologistes du département qui votent par collèges séparés. Ce vote par par collège se justifie, selon le Ministre, par le fait que « la proportion de praticiens à temps plein, à temps partiel, et des médecins attachés varie en effet sensiblement d'un département à l'autre. Il convient de pondérer leur représentation respective par un système de vote en fonction de leur temps de présence effectif dans le département et de leur implication dans le fonctionnement de ce dernier ».

En clair, les voix des praticiens à temps plein compteront plus « lourdement » dans le scrutin que celles des praticiens à temps partiel. Cette « pondération » sera appliquée après le décompte des voix recueillies dans chaque collège par les candidats.

Votre Commission laisse bien volontiers au pouvoir réglementaire le soin de déterminer une procédure d'élection dont la qualité première n'est pas la simplicité...

L'élection est agréée par le représentant de l'Etat dans le département ; ce dernier ne peut refuser l'agrément que dans le cas où l'élu ne remplit pas les conditions requises pour accéder à ces fonctions. Une telle responsabilité aurait pu, compte tenu de son caractère purement matériel, être confiée au conseil d'administration, ou à la commission médicale consultative.

— *Les attributions des instances du département.*

Le conseil « assiste », selon le projet de loi, le chef du département. Il est notamment « consulté » par ce dernier, lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activités et de moyens afférents au département. Selon la note d'orientation ministérielle précitée, le conseil « dans la cadre des dotations dont peut disposer l'établissement, est consulté sur les moyens, l'affectation du personnel et les objectifs médicaux du département ».

Les activités du département sont placées sous l'autorité de son chef, sans que cette autorité ne puisse porter atteinte aux responsabilités médicales des praticiens telles qu'elles résultent de l'organisation interne de l'établissement.

Cette rédaction semble supposer à la fois le respect de l'indépendance professionnelle de chaque praticien et de l'autonomie, dans l'administration des soins, des unités fonctionnelles. Elle fait écho à la phrase de l'exposé des motifs au terme de laquelle la réforme donne « à chaque chef de département un pouvoir de coordination des activités et à chaque praticien la responsabilité médicale de ses patients ».

Le chef de département est consulté par le directeur sur les prévisions d'activités et de moyens afférents au département, soumises au préalable, ainsi qu'il a été dit, au conseil.

Au-delà du texte du projet de loi, la note d'orientation ministérielle précise que « le chef de département propose le nombre des unités fonctionnelles du département. Il est responsable de la bonne marche du département, du suivi de son activité et de l'application des objectifs médicaux. A cet égard, il conviendra de définir une responsabilité médicale du département sur les objectifs médicaux à atteindre qui doit être compatible avec la responsabilité médicale individuelle reconnue à chaque médecin ».

2. UN RISQUE DE DÉSTABILISATION DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE

Par le plan de départementalisation qu'il suggère, le projet de loi introduit trois risques majeurs. Il peut conduire d'abord à la disparition de toute autorité au sein des services médicaux. Il peut entraîner une balkanisation des unités de soins beaucoup plus péril-

leuse que l'actuelle multiplication des services. Il s'applique enfin, indifféremment, à des structures pourtant très différentes, par leur taille et par leurs missions.

a) *Une atteinte à l'autorité médicale.*

Le chef de service, nommé par l'autorité administrative, sur la proposition de ses pairs, est choisi sur une liste d'aptitude qui garantit à la fois ses titres et ses travaux, en somme, son aptitude professionnelle. Certes, rien ne permet d'apprécier les qualités de gestionnaire des futurs responsables des services. Il convient à ce sujet, de rappeler l'impérieuse nécessité d'une formation accrue des médecins à l'économie de la santé.

Le chef de département, quant à lui, sera enfermé dans un redoutable dilemme. Faire-valoir du directeur, et, à travers ce dernier, de la tutelle, il devra faire accepter les contraintes budgétaires imposées par le haut. Elu par ses collègues et soumis à la pression de son personnel, il peut être incité à exercer les choix qu'impose la contrainte budgétaire, non point tant en fonction d'une meilleure efficacité des soins que dans la perspective d'une réélection éventuelle.

Un tel dilemme laisse craindre une neutralisation du chef du département et donc de l'autorité médicale, dans la détermination de la politique sanitaire de l'établissement. Tout ce qui affaiblit le médecin renforce la position du directeur. Tout ce qui renforce la position du directeur accentue le pouvoir de contrôle des établissements par l'autorité de tutelle. Le département s'inscrit donc bel et bien dans une logique de pénurie, préjudiciable à la qualité des soins.

Le deuxième motif qui peut conduire à craindre une remise en cause de l'autorité médicale, tient en une phrase, fort opportunément choisie par Mme Paulette Hofman, rapporteur du Conseil économique et social : « Dans toute structure, l'efficacité est indissociable de la compétence et de la responsabilité. » Or à ce point de l'analyse, il convient de revenir sur l'organisation interne du département. Ce dernier sera divisé en « unités fonctionnelles ». Il devrait appartenir au chef de département de proposer le découpage de son département, qui sera arrêté, après avis des instances consultatives, par le conseil d'administration, sous le contrôle du représentant de l'Etat. Or si le Gouvernement suit les médiateurs qu'il a désignés et qui ont présenté leurs conclusions dans un rapport fort instructif sur le système de santé français, les chefs d'unités fonctionnelles devraient être nommés par l'autorité administrative, sur leurs titres et leurs travaux. Les déclarations ministérielles sont d'ailleurs, sur ce point très contradictoires (1).

(1) Voir l'audition de M. Hervé et la note d'orientation précitée sur la durée des fonctions des chefs d'unités.

On peut donc craindre pour l'autorité du chef de département, élu par tous les praticiens, dont il est simplement exigé qu'il soit un praticien à plein temps, face à des chefs d'unités fonctionnelles, nommés en considération de leur compétence.

En outre, le chef de département risque d'être tenté, dans ses propositions de découpage en unités fonctionnelles, de tenir compte de la soif de responsabilités, et donc, de postes correspondants, exprimée par ses confrères, qui l'élisent.

La combinaison de ces considérations conduit à craindre une balkanisation très réelle des services médicaux hospitaliers. On peut aboutir, selon les médiateurs eux-mêmes « à la constitution de petites unités qui, non seulement ne mettraient pas en commun leurs moyens humains et financiers, mais veilleraient à leur autonomie, ce qui entraînerait inévitablement des surcroûts d'effectifs et une sclérose de fonctionnement, d'autant qu'il ne suffit pas que les médecins veuillent collaborer pour que l'ensemble des personnels accepte le décloisonnement et la mobilité que requiert le département ».

Un tel risque paraît plus accusé encore en ce qui concerne les seuls établissements hospitalo-universitaires.

L'élection du chef de département, parmi les praticiens à temps plein remet en cause les ordonnances de 1958, dont le principe fondamental était la complémentarité des fonctions de soins de recherche et d'enseignement. Les chefs de service des C.H.U. étaient choisis parmi ceux des praticiens dont la compétence universitaire et médicale avait été reconnue par leurs pairs. Ce lien fonctionnel est donc brisé au niveau du département. S'il venait à être établi au niveau des unités fonctionnelles, alors les conséquences de la confrontation entre un chef de département issu de l'élection et des responsables d'unités choisis sur leurs compétences, soulignées plus haut, seraient encore aggravées.

Une ultime remarque renforce encore les inquiétudes de votre commission. Des consultations électorales fréquentes vont modifier sensiblement les conditions de l'exercice de l'autorité et de la concertation nécessaires au fonctionnement des services médicaux, en raison de la dynamique syndicale qu'elles risquent d'introduire en leur sein. S'agissant en effet des personnels non médicaux, les organisations syndicales, et on ne saurait le leur reprocher, tenteront d'assurer leur représentation au sein des conseils de département, dénaturant ainsi la fonction même de ce dernier.

Il convient de maintenir au niveau du comité technique paritaire la confrontation syndicale, nécessaire à une juste expression des revendications du personnel.

b) *Une réforme hâtive.*

Selon l'article 13 du projet de loi, le processus de départementalisation devra être achevé dans un délai maximal de trois ans, dans tous les établissements hospitaliers, à l'exclusion des hôpitaux locaux qui sont exclus du champ d'application du projet de loi. Une telle disposition appelle plusieurs remarques.

D'abord, il apparaît contradictoire de vouloir bouleverser les structures de l'hôpital et de prétendre réussir dans le même temps la « révolution silencieuse de la gestion ». En effet, le budget global sera mis en œuvre au cours de la même période. Selon le décret d'août 1983, qui définit les conditions pratiques de son application, la budgétisation sera décentralisée et le directeur sera chargé de découper l'hôpital en centres de responsabilités.

Selon les explications du Ministre, ces centres de responsabilités seront, dans la plupart des cas, les départements, et, éventuellement des unités fonctionnelles. Ces deux structures seront mises en place au plus tard avant la fin de l'année 1986, retardant ainsi gravement l'application de la nouvelle procédure budgétaire. N'aurait-il pas été préférable de maintenir, à cette fin, les structures actuelles, et d'inciter à la constitution progressive et volontaire de départements à travers la réforme budgétaire et les avantages qu'elle induira, ça et là, au profit de structures plus ramassées ? Une telle démarche apparaît plus prudente et garante à la fois de la stabilité de l'hôpital et d'un progrès effectif de son organisation.

Ensuite, la date butoir fixée par le projet de loi, aggravée encore à l'Assemblée nationale, rend illusoire la volonté du Gouvernement de laisser au corps médical une large initiative dans la constitution et le découpage des futurs départements. Alors que, de l'avis unanime de toutes les personnes qualifiées, la mise en œuvre de la réforme suppose prudence et circonspection, plus l'effort de réflexion du personnel de l'établissement sera intense, plus la concertation sera développée et plus la date butoir se rapprochera et imposera le respect de normes réglementaires devenues plus précises et contraignantes.

Enfin, la départementalisation s'appliquera à tous les établissements, à l'exclusion des hôpitaux locaux. Que signifiera-t-elle dans un hôpital général de petite taille, composé des trois services traditionnels de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, sinon l'introduction d'un échelon supplémentaire d'administration, instrument de la contrainte budgétaire et du désordre induit par une consultation électorale inutile ?

La constitution des départements s'avèrera également difficile dans d'autres établissements dont la vocation des services qui les composent est très différente et conduira aux mêmes excès.

L'ensemble de ces considérations confirme la nécessité, si besoin était, d'une période transitoire et d'une réforme fondée sur le volontariat et l'expérimentation.

**B. — Les propositions de votre Commission :
une réforme prudente, assise sur l'expérience et le volontariat.**

Votre Commission, compte tenu des développements précédents, a tenté de mettre en œuvre une réforme qui repose sur trois principes :

— le maintien du service, qui reste, quel que soit son intitulé ou le mode de désignation de son responsable, l'unité de base de l'hôpital ;

— la mise en œuvre facultative d'expériences de départementalisation, en vue d'une extension ultérieure ;

— un renforcement des structures de participation au sein des services médicaux de l'hôpital.

1. LE MAINTIEN DU SERVICE

Qu'on l'appelle service ou unité fonctionnelle, l'unité de soins reste la cellule de base de l'organisation des services médicaux de l'hôpital. Qu'on le veuille ou non, la qualité des soins administrés par cette unité est liée à la compétence de son responsable. Enfin, le fonctionnement harmonieux du service doit reposer sur la responsabilité individuelle des médecins qui le composent et la participation des autres personnels à la définition de leurs conditions de travail et des moyens dont ils disposent. Telles sont désormais les règles qui doivent gouverner le fonctionnement des services.

a) *L'organisation du service.*

A cette fin, le premier alinéa de l'article 20-1, dans la rédaction suggérée par votre Commission, stipule que, pour l'accomplissement des missions assignées au service public hospitalier par l'article 2 de la loi de 1970, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services. L'article 2 de la loi précitée assigne en effet au service public hospitalier la mission d'assurer les examens de diagnostic, de traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui, et leur hébergement éventuel.

Ainsi, à travers la rédaction qui vous est proposée, le service constitue l'unité de base pour l'administration des soins et la mise

en œuvre des techniques de diagnostic. En cela, il ne se distingue nullement de l'unité fonctionnelle, telle qu'elle est définie par le Gouvernement.

Selon le début du second alinéa et le troisième alinéa du texte qui vous est proposé :

« Le fonctionnement médical de chaque service est placé sous la direction technique d'un praticien, chef de service... le personnel non médical est pour l'administration des soins aux malades, placé sous l'autorité exclusive du chef de service. »

Cette rédaction, qui reprend les dispositions de l'article 106 du décret du 23 avril 1943 précité, comporte trois conséquences. Le chef de service assure la direction technique du service. Il est donc responsable de la gestion de son unité et des conditions de l'administration des soins. Il a autorité sur les praticiens placés auprès de lui dans la limite de l'indépendance professionnelle de chaque médecin, consacrée par le Code de déontologie (art. 75 : médecins salariés) et des seules contraintes qu'impose la direction technique de l'unité. Cette direction technique suppose enfin que, pour la seule administration des soins, le chef de service exerce son autorité sur le personnel non médical, soumis par ailleurs, au plan administratif, au pouvoir hiérarchique du directeur de l'établissement.

Cette répartition de l'autorité et de la responsabilité dans le service, ne peut être séparée des dispositions de l'article 8 du projet de loi, examinées plus loin, qui définissent très précisément les compétences et l'autorité du directeur de l'hôpital, dans le respect à la fois de l'indépendance professionnelle individuelle des praticiens et des responsabilités des chefs de service.

S'agissant de la participation de ces derniers à la gestion administrative, le texte qui vous est proposé dispose qu'un décret détermine les modalités selon lesquelles le chef de service est associé à la gestion administrative de son service et aux responsabilités qui en découlent et, notamment les conditions de sa consultation, par le directeur, lors de l'élaboration du budget ou du programme de soins de l'établissement, sur les prévisions d'activité et de moyens afférentes au service.

Cette rédaction reprend à la fois les dispositions actuelles du troisième alinéa de l'article 23 de la loi de 1970, abrogé par l'article 4 du projet de loi et les dispositions que ce dernier entend appliquer, à l'article 5, au chef de département. Le chef de service est ainsi explicitement impliqué dans la gestion de son service. Il est rendu responsable des conséquences financières qu'emporte la répartition des moyens et des personnels dont il dispose. Il est également associé à l'élaboration du budget, et le service devient ainsi, sauf

dans l'hypothèse examinée plus loin de la constitution d'un département de gestion, le centre de responsabilité par lequel s'organise la décentralisation financière de l'établissement. Cette organisation est donc en tout point conforme aux nécessités qu'impose, au sein de l'hôpital, la mise en œuvre du budget global.

Cependant, le chef de service n'est pas, dans l'esprit de votre Commission, le seul « maître à bord ». Il convient donc d'associer pleinement à sa gestion les personnels placés auprès de lui, médical, paramédical ou de service.

Cette volonté est traduite d'abord dans le cinquième alinéa du texte proposé par votre Commission aux termes duquel « le chef de service est assisté, dans sa gestion, par un cadre infirmier, ou, dans les services intéressés, par une sage-femme, dont le mode de désignation et les attributions sont fixés par décret ».

Le rôle du personnel paramédical et la fonction essentielle qu'il remplit effectivement en application des textes réglementaires en vigueur se trouvent ainsi confortés par une consécration législative vivement souhaitée par les intéressés.

Quant à la sage-femme, dont la nature médicale de l'activité a été consacrée récemment par la loi, son rôle est ainsi reconnu, auprès du chef de service, dans les unités de soins où elles exercent.

Le cadre infirmier ou la sage-femme seraient choisis et nommés dans les conditions actuellement retenues par les textes en vigueur.

Mais, plus originales, selon votre Commission, sont les dispositions qu'elle introduit en vue d'une meilleure association, et pourquoi ne pas dire le mot, d'une authentique participation de tous les personnels à la gestion. Tel est le sens de l'avant dernier alinéa du texte qui vous est proposé et qui institue un comité de gestion, constitué par les praticiens à temps plein et les cadres infirmiers. Ce comité est consulté au moins une fois tous les trois mois, par le chef de service, sur l'activité et le fonctionnement du service.

En outre, le dernier alinéa prévoit qu'avant d'arrêter les prévisions d'activité et de moyens afférents au service, le chef de service réunit, au moins une fois par an, l'ensemble de son personnel.

Deux instances, l'une restreinte, l'autre très large, sont ainsi invitées à participer à la gestion.

L'assemblée générale du personnel, convoquée au moins une fois par an, oriente, par ses avis et ses propositions, le chef de service dans la préparation des prévisions d'activité et de moyens nécessaires à l'élaboration du budget. Cette assemblée, proche par sa nature des groupes d'expression qu'aurait voulu instituer le Sénat dans le cadre de la loi du 4 août 1982 (premier volet des « lois

Auroux »), permettra ainsi, à une date régulière, un échange approfondi entre le chef de service et son personnel.

Quant au comité de gestion, composé des praticiens les plus impliqués dans la vie quotidienne de leur service et des cadres infirmiers, il permettra au chef de service, en fonction des avis et des propositions exprimés, d'orienter sa gestion quotidienne. Le comité se réunira au moins une fois par trimestre.

Cette instance ne fait qu'institutionnaliser une pratique déjà courante dans les services médicaux hospitaliers. Elle évitera, dans certains cas, les effets néfastes d'une conception trop « mandarinale » de la fonction de chef de service.

b) La nomination du chef de service.

La deuxième phrase du second alinéa constitue l'une des innovations majeures du texte proposé par votre Commission qui dispose que : « le chef de service est désigné, pour six ans, par le ministre de la Santé qui exerce son choix sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret ; ses fonctions sont renouvelées, sauf opposition exprimée par le conseil d'administration de l'établissement où il exerce, après avis conforme de la commission médicale consultative ».

Cette rédaction, qui a été suggérée à votre Commission par la plus haute autorité médicale de notre pays, tend à répondre aux objections trop souvent exprimées à l'encontre d'un système qui conduit à l'inamovibilité absolue de certains chefs de service et interdit ainsi d'ouvrir des perspectives de carrière à des praticiens pourtant fort talentueux.

Le dispositif de la Commission ne compromet nullement le projet de distinction du grade et de la fonction, envisagé par le Gouvernement et, semble-t-il, accepté par une grande partie de la profession médicale hospitalière. Il garantit simplement, au contraire de la procédure d'élection du chef du département, les compétences techniques du chef de service.

Sont ainsi inscrits sur une liste d'aptitude, tous les praticiens qui, soit par leur titre et leur travaux, soit à travers un concours national universitaire ou médical, ont atteint le grade nécessaire à l'exercice de fonctions de responsabilités.

Le ministre de la Santé choisit, sur cette liste, les futurs chefs de service, après avoir recueilli l'avis d'une commission paritaire composée pour moitié, de représentants de l'administration, et pour l'autre moitié, de représentants des chefs de service ainsi que du conseil d'administration et de la commission médicale consultative de l'établissement.

Cette nomination ne vaut cependant que pour six ans. Elle est renouvelée automatiquement par le Ministre, sauf opposition exprimée

par le conseil d'administration, sur l'avis conforme de la commission médicale consultative.

Cette disposition est de nature à permettre, dans l'hypothèse d'un mauvais fonctionnement du service nuisible à la qualité des soins et à une bonne administration de l'hôpital, que les responsables administratifs et médicaux de l'établissement, d'accord entre eux, envisagent, pour certains chefs de service, une autre affectation.

Le texte qui vous est proposé ne saurait à la fois se confondre ou se substituer aux procédures disciplinaires mises en œuvre en cas d'insuffisance professionnelle grave.

Il vise simplement à une meilleure gestion administrative et médicale de l'établissement. Il peut permettre aussi une plus grande mobilité des praticiens, souhaitée par une large partie de ces derniers.

Il autorise enfin, dans les cas difficiles, d'écarter les inconvénients néfastes de l'inamovabilité.

A ce propos, votre Commission voudrait attirer une fois encore l'attention des jeunes médecins séduits par la départementalisation. D'une part, les départements seront moins nombreux que les services. En outre, rien n'indique que les unités fonctionnelles seront obtenues par une démultiplication des services. Le Ministre lui-même a indiqué qu'elles peuvent soit agréger, soit scinder, soit s'identifier aux actuels services.

D'autre part, la crise économique et l'état de la démographie médicale, ne doivent en aucun cas conduire les praticiens hospitaliers à accepter une réforme qui, à terme, peut conduire à une dégradation de la qualité des soins.

2. LA MISE EN ŒUVRE VOLONTAIRE DE LA DÉPARTEMENTALISATION

Si le service doit rester l'unité de base pour l'administration des soins prodigués par l'établissement, les expériences passées ont établi la nécessité d'une coordination liée, soit à la complémentarité de certaines activités médicales, soit à la nécessité d'une gestion commune de certaines fonctions de l'hôpital. C'est donc dans ce cadre strict que votre Commission souhaite engager les établissements dans une démarche volontaire et expérimentale de départementalisation qui pourra, ultérieurement, dans certaines de ses formes, permettre une évolution de la notion même de service, dans toutes les conséquences qu'emporte la définition retenue précédemment.

La nature des lits (soins aigus, moyen ou long séjour), l'importance du plateau technique, certains équipements lourds, comme d'autres critères, doivent pouvoir également jouer pour fixer les limites de la départementalisation.

L'article 20-5 ajoute, afin de ne pas alourdir la rédaction des articles précédents, que les pharmaciens et les odontologistes, sont, en tant que de besoin, associés aux instances du département dans les mêmes conditions que les praticiens.

Enfin, la rédaction proposée par votre Commission pour l'article 13 ouvre la voie à une évolution ultérieure de l'organisation hospitalière.

Elle prévoit d'une part le dépôt, dans un délai de cinq ans à compter de la date de promulgation de la loi, d'un rapport établissant un bilan des expériences de départementalisation.

Mais elle confie également à ce rapport le soin d'examiner les conditions d'une extension et d'un aménagement des départements, dans le respect du principe fondamental aux termes duquel les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services.

a) Une départementalisation concertée.

Conformément aux vœux des médiateurs et aux conseils prodigués par l'inspection générale des Affaires sociales, par l'inspection générale des Finances et par le Conseil économique et social, votre Commission souhaite que la création des départements résulte d'une démarche volontaire des services intéressés. C'est la raison pour laquelle elle vous propose, à l'article 20-2, de prévoir que les départements sont constitués à l'initiative des chefs de service eux-mêmes. Afin de maintenir la cohésion de l'établissement, ledit article précise que la création du département est décidée par le conseil d'administration, sur l'avis de la commission médicale consultative. En cela, il ne fait que confirmer les compétences recennues à ces deux instances par les articles 22 et 24 de la loi du 31 décembre 1970.

Cette rédaction n'interdit nullement que le conseil d'administration, la commission médicale consultative ou le directeur, incitent certains services à s'associer. Elle préserve simplement la liberté de choix et l'initiative locale.

Il s'agit là, selon votre Commission, de répondre au vœu fondamental exprimé par le corps médical, mais aussi par les gestionnaires, soucieux de maintenir la cohésion humaine et professionnelle de leurs établissements.

Le texte proposé par votre Commission pour l'article 20-5 de la loi du 31 décembre 1970 limite les expériences de départementalisation aux seuls établissements dont la capacité technique et la nature des activités exige effectivement une meilleure coordination.

A cet effet, l'article 20-5 écarte de ces expériences les hôpitaux locaux (4° de l'article de la loi du 31 décembre 1970), dans les

mêmes termes que ceux retenus par le projet de loi et les établissements dont la capacité ne répond pas à des normes techniques définies par décret. Cette rédaction répond au souci d'éviter de faire référence à un nombre de lits, insuffisant à traduire la réalité de la vie hospitalière.

b) *Une départementalisation souple ;
une fédération des services.*

Votre Commission, à la lumière des expériences menées au cours des dernières années, vous propose deux types de départements.

Tel est l'objet du texte qu'elle vous suggère pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 qui stipule notamment qu' « il peut être constitué des départements regroupant des services ou certaines activités des services, soit pour l'accomplissement d'une activité médicale commune par la nature de l'affection prise en charge, ou par les techniques de diagnostic mises en œuvre, soit en vue d'une gestion commune. »

Quelle que soit la forme retenue, le département est dirigé par un coordonnateur choisi par les chefs de services intéressés à son fonctionnement et qui représente le département. Le coordonnateur est assisté par un cadre infirmier, ou le cas échéant, par une sage-femme, dont le mode de désignation et les attributions, comparables à celles retenues pour les services, sont fixés par décret. Le département apparaît ainsi comme une fédération de services.

— *Le département d'activité médicale associée.*

Le département peut être d'abord créé pour l'accomplissement d'une activité médicale commune par la nature de l'affection prise en charge (département vertical) ou des techniques de diagnostic ou de traitement mises en œuvre (département horizontal). Dans ces deux hypothèses, il s'agit, selon l'article 20-3 du texte proposé par votre Commission, de mettre en œuvre une structure légère, destinée à permettre une meilleure coordination des moyens en vue d'améliorer la qualité des soins et surtout de mettre l'hôpital « au service du malade et non point de la maladie ».

Le coordonnateur du département est alors chargé de définir une stratégie thérapeutique et de proposer la mise en œuvre des moyens nécessaires à sa réalisation. Il s'acquiesce de cette tâche à travers un contact permanent avec les services intéressés, organisé par l'institution d'un comité de coordination, composé des chefs de services intéressés et du cadre infirmier ou de la sage-femme placé auprès de lui.

Cette instance garantit l'équilibre institutionnel du département et réduit bien à une seule coordination les tâches du responsable de cette structure.

Cette première forme de département, très légère, permet une première étape de regroupement des services, qui conservent les instances de gestion et de participation définies à l'article 20-1. Elle n'interdit pas l'intégration plus poussée que suppose le département de gestion commune.

— *Le département de gestion commune.*

Le département de gestion commune, tel qu'il est défini par l'article 20-4 que votre Commission vous propose d'adopter, est également constitué en vue de coordonner une activité médicale commune, par la nature de l'affection prise en charge ou par les techniques de diagnostic ou de traitement mises en œuvre (départements verticaux et horizontaux).

Il suppose simplement un degré d'intégration plus poussée des services qui transfèrent, dans cette hypothèse, une partie de leurs fonctions au département.

Ainsi, ce dernier devient-il le centre de responsabilités à partir duquel s'organise la décentralisation financière de l'établissement et le coordonnateur emprunte-t-il au chef de service les compétences à lui dévolues pour la détermination des prévisions d'activité et des moyens afférents à l'unité de soins.

Pour l'accomplissement de sa mission, le coordonnateur est assisté, comme dans le cas précédent, d'un comité permanent de gestion, qui, composé des chefs de service et du cadre infirmier du département, définit les modalités de répartition des moyens et du personnel au sein de ce dernier. Le coordonnateur applique les décisions du comité de gestion. Un conseil de département, instance plus large, est institué et se substitue au comité de gestion du service, qui disparaît. Ce conseil est composé de tous les praticiens titulaires du département, d'un représentant des praticiens non titulaires par service et d'un cadre infirmier ou, le cas échéant, d'une sage-femme par service. Ce conseil exerce les fonctions dévolues au comité de gestion du service et, notamment, est consulté sur les prévisions d'activité et de moyens afférentes au département, préparées en vue de l'élaboration du budget et du programme médical de l'établissement. Il est, en outre, tenu informé de l'activité du département.

Il est à noter que ces différentes instances ne remettent nullement en cause la tenue, au niveau des services, d'une assemblée générale annuelle du personnel, qui constitue la voie privilégiée d'un dialogue fructueux.

En effet, la tenue de l'assemblée générale à ce niveau évite les inconvénients qui résultent de la réunion d'un nombre trop important d'individus et permet que les difficultés liées à la vie quotidienne de chaque unité de soins soient valablement exprimées.

Il appartiendra aux chefs de service et aux membres du conseil de département, de faire connaître et de défendre les avis et les propositions de l'ensemble des agents.

Le dispositif proposé par votre Commission ne s'éloigne pas autant qu'on pourrait le penser du « schéma » départemental suggéré par le Gouvernement.

Votre Commission vous propose une fédération par agrégation, le Gouvernement suggère une fédération par scission, pour reprendre une image léguée par le droit constitutionnel.

La fédération proposée par votre Commission garantit en outre, au contraire du texte du Gouvernement :

- la compétence des responsables ;
- la liberté des adhérents ;
- une participation authentique et exclusivement professionnelle des personnels.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 4.

Abrogation partielle de l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970.

Tel qu'il résulte de l'amendement de votre Commission précédemment analysé dans la première partie de l'examen du dispositif, l'article 4 supprime le troisième alinéa de l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970, qui remettait au décret le soin de définir les conditions de la participation du chef de service à la gestion de son service et aux responsabilités qu'elles comportent.

Cette disposition doit être effectivement supprimée, dès lors qu'elle est reprise par votre Commission dans le texte proposé par elle pour l'article 20-1 de la loi précitée.

Article additionnel 5 A avant l'article 5.

Des services.

Cet article tend à introduire, dans la loi du 31 décembre 1970, un article 20-1 tendant à définir les services selon les modalités précédemment analysées.

Article 5.

Des départements.

Cet article tend à introduire dans la loi du 31 décembre 1970, un article 20-2 tendant à définir la notion de département, selon les modalités précédemment analysées.

Article additionnel 5 *bis* après l'article 5.

Des départements d'activités médicales associées.

Cet article tend à introduire dans la loi du 31 décembre 1970, un article 20-3 relatif aux départements d'activités médicales associées, selon des modalités précédemment analysées.

Article additionnel 5 *ter* après l'article 5.

Des départements de gestion commune.

Cet article tend à introduire dans la loi du 31 décembre 1970, un article 20-4, relatif aux départements de gestion commune, selon des modalités précédemment analysées.

Article additionnel 5 *quater* après l'article 5.

Des conditions de mise en œuvre des départements.

Cet article tend à introduire dans la loi du 31 décembre 1970, un article 20-5 relatif au champ et aux conditions particulières d'application des expériences de départementalisation.

Article 6.

**Conséquences de la disparition de la notion de service
et de la création de celle de département.**

Cet article de conséquence stipule que dans les deux articles de la loi de 1970 où les termes « services » ou « chefs de services » apparaissent, ils sont remplacés par ceux de « départements » et « chefs de départements ».

Il s'agit de l'article 17, relatif à l'association des services aux missions d'enseignement et de l'article 27 relatif à la participation éventuelle des praticiens traitants au suivi de leurs malades à l'intérieur de l'hôpital public.

Le maintien de la notion de service suppose donc la suppression de l'article 6. S'agissant de l'association des services aux missions d'enseignement, il convient de la maintenir à ce niveau, afin de préserver la logique de la réforme hospitalo-universitaire du Professeur Debré.

Article 13.

L'avenir de la départementalisation.

Cet article contraint le Gouvernement au dépôt d'un rapport relatif aux expériences de départementalisation et à leur extension éventuelle, selon les modalités précédemment analysées.

TITRE III

DE LA DOTATION GLOBALE AU BUDGET GARROT : UNE TUTELLE OMNIPRÉSENTE

« L'article 52 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 stipulait qu'une réforme de la tarification des soins dispensés dans les établissements devra intervenir dans le délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi.

Cette réforme fera notamment apparaître le coût réel des diverses prestations fournies par chacune des unités d'hospitalisation définies à l'article 4 ainsi que les frais d'acquisition des prothèses et des médicaments coûteux. »

Cette réforme n'est finalement intervenue qu'à travers la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale, qui a notamment institué la dotation globale.

Une réforme d'une telle ampleur n'est pas survenue brutalement et elle fait suite aux expérimentations engagées par la loi du 4 janvier 1978.

Le décret d'application de la loi du 19 janvier 1983 a paru au *Journal officiel* du 12 août dernier. Il s'agit du décret n° 88-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

Une ultime disposition interdit une mise en application complète du décret au 1^{er} janvier 1984 dans les centres hospitaliers régionaux. Elle concerne les conditions de l'exercice de la tutelle sur le budget des établissements.

Tel est l'objet de certaines des dispositions du projet de loi qui sont contenues dans les articles 7 et 11 du projet de loi. Ces articles 7 et 11, ainsi que les articles 9 et 12, comportent en outre des dispositions financières qu'il convient d'analyser dans le présent titre afin de faire ressortir combien, derrière la volonté affichée de décentralisation exprimée par ses auteurs, le projet soumet les établissements hospitaliers à un contrôle renforcé du pouvoir central.

Votre Commission vous propose d'examiner ce volet financier en deux étapes. Elle rappellera le système actuel de financement des

hôpitaux et les expériences de tarification engagées depuis 1978 et décrira les dispositions de la loi du 19 janvier 1983 relative à la dotation globale. Elle analysera, d'autre part, les dispositions du projet de loi et vous présentera ses propositions.

I. — LE FINANCEMENT DES HOPITAUX : DU PRIX DE JOURNÉE A LA DOTATION GLOBALE

Le secteur hospitalier en France, comme dans tous les pays comparables, a pris au cours des dernières décennies une importance considérable au plan économique. Les progrès des techniques et des sciences, dont l'hôpital a, au premier titre, été le bénéficiaire, l'évolution de la démographie, qui se traduit par un vieillissement de la population et le recours conséquent et croissant à l'hospitalisation expliquent en grande partie l'évolution de la dépense hospitalière. Toutefois, la confusion budgétaire à laquelle conduisent les règles de la gestion financière de l'hôpital sont, au-delà de la qualité des hommes, médecins ou gestionnaires, la source probable d'un surcroît de dépenses qu'il convient de réduire dans un souci d'amélioration constante des soins.

Quelques chiffres traduiront, mieux que les mots, la place de la dépense hospitalière dans les charges de la nation :

— près de 4 % du P.N.B. (2 % en 1970),

— 650.000 agents (450.000 en 1970),

— 57 % des dépenses d'assurance maladie,

— la dépense hospitalière a crû à un rythme annuel de 20 % au cours des dernières années.

Ces chiffres montrent assez la nécessité, sur laquelle chacun s'accorde, de maîtriser la dépense. Des divergences apparaissent malheureusement sur les moyens et votre Commission, en deçà et au-delà de la frontière, magique pour certains, du 10 mai 1981, a toujours souhaité la mise en œuvre d'une politique de maîtrise des dépenses de santé garante d'un maintien et, mieux, d'un progrès de la qualité des soins.

Il reste que, dans les moyens destinés à maîtriser la dépense, la réforme de la tarification occupe depuis longtemps une place essentielle. Cette réforme a abouti à la loi du 19 janvier 1983.

A. — Les tentatives de réforme du prix de journée.

Le système du prix de journée sur lequel beaucoup de choses, bonnes ou mauvaises, ont été dites, est manifestement inadapté à la gestion de l'hôpital d'aujourd'hui. Les expériences de tarification prévues par la loi du 4 janvier 1978 ont permis de cerner les différents remèdes possibles.

1. LE PRIX DE JOURNÉE : DES EFFETS PERVERS

Il convient de décrire ici rapidement, à la fois, le système du prix de journée et les principaux défauts qu'il recèle.

a) *Le système actuel du prix de journée.*

L'hôpital est financé par quatre sources. La sécurité sociale assume la plus grosse part et couvre les assurés et leurs ayants droit, soit totalement, soit partiellement si le ticket modérateur est à leur charge.

L'aide sociale n'intervient que pour les non-assurés. Le plus souvent, elle préfère d'ailleurs prendre en charge les cotisations d'assurance personnelle des intéressés, qui relèvent dès lors de la sécurité sociale. Dans les autres cas, l'aide sociale prend en charge les seuls frais de séjour, les honoraires restant à la charge de l'hôpital.

La part des ménages correspond soit au paiement du ticket modérateur, soit aux dépenses des personnes qui ne sont prises en charge ni par la sécurité sociale (non assurés) ni par l'aide sociale (ressources trop élevées).

Dans les établissements publics, le prix de journée correspond, grossièrement, au coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline donnée. Ce coût moyen n'a malheureusement que peu de rapport avec le coût effectif des soins donnés à un malade déterminé. Les établissements privés participant au service public hospitalier sont soumis à un régime analogue, sous la réserve de l'application d'une législation fiscale particulière.

Si le système du prix de journée est aujourd'hui unanimement dénoncé, il convient de rappeler, ainsi que Mme Paulette Hofman l'a fait dans son rapport au conseil économique et social qu'« il a sans aucun doute été l'instrument susceptible de répondre de façon satisfaisante aux besoins s'exprimant dans une période de croissance économique et de fort progrès médical et technique ». Il a également « favorisé la mise en place du service public hospitalier et a été pour les établissements privés à but non lucratif un attrait majeur ».

b) *Les effets pervers du prix de journée.*

C'est la double finalité du prix de journée, instrument de financement et de gestion, qui justifie avant tout une réforme de la tarification. La tarification au prix de journée ne permet pas une mesure des coûts, et par conséquent, n'autorise pas un effort de maîtrise des dépenses.

La principale perversité du système tient au fait que, par son application, les recettes de l'hôpital dépendent du nombre de journées réalisées.

Deux éléments doivent pondérer un jugement aussi rapide. D'une part, la durée moyenne d'hospitalisation n'a cessé de diminuer au cours des dernières années même si le nombre d'hospitalisations a, lui, augmenté. D'autre part, les directeurs les plus avisés ne parvenaient pas, le plus souvent, à anticiper le nombre réel de journées, d'où un recours constant au budget supplémentaire.

Il convient d'ajouter que, depuis quelque temps, les spécialistes observent une diminution du nombre de journées d'hospitalisation.

Au-delà de ces considérations, le prix de journée n'en comporte pas moins des effets inflationnistes. Il conduit à financer des prestations étrangères à l'hospitalisation. En outre, il contrarie la rationalité du choix des investissements. Les amortissements, inclus dans le prix de journée, sont minorés par une sous-estimation des biens détenus. De ce fait, le système ne permet pas le renouvellement des infrastructures et provoque un recours accru aux subventions et aux emprunts.

Enfin, faut le répéter, le prix de journée ne permet en aucun cas une juste appréciation du coût de l'hospitalisation.

2. LES EXPÉRIMENTATIONS DE NOUVEAUX SYSTÈMES DE TARIFICATION

Deux formules ont été expérimentées : le « budget global » et « le prix de journée éclaté ». Une troisième formule, corrigeant les insuffisances des deux précédentes, avait été proposée par votre Rapporteur, dans son avis sur les crédits budgétaires consacrés à la santé en 1980.

a) *Prix de journée éclaté et budget global.*

— Le prix de journée éclaté.

Le prix de journée éclaté consistait à tarifer séparément :

— un forfait d'admission ;

— un prix de journée d'hébergement (frais d'administration générale d'hôtellerie) ;

— un prix de journée soins courants, établi par service, englobant les dépenses de personnel médical, avec suppression de la masse des honoraires ;

— les examens de laboratoires, de radio, les interventions chirurgicales, les produits sanguins, tarifés en principe au coût réel.

Il s'agissait donc d'un affinement du prix de journée classique.

Les inconvénients en étaient les suivants :

— la complexité de la tarification ;

— le caractère encore très global du prix de journée d'hébergement ;

— le fait que le forfait d'admission ne semblait pas constituer un amortisseur suffisant de l'incitation à l'activité.

— Le budget global.

Dans le système du budget global, l'établissement perçoit chaque mois le douzième du montant des recettes prévues au budget de l'exercice.

L'idée du respect de l'enveloppe globale est sous-jacente, avec cependant la possibilité d'une revalorisation de la dotation en cas de dépenses imprévisibles et inévitables. Ce mode de tarification est un bon instrument de gestion, car il oblige la préparation à la base, dans les services, d'un budget prévisionnel sérieux. Il suppose l'instauration d'un système de caisse-pivot — une par grand régime d'assurance maladie actuellement — servant d'intermédiaire entre l'établissement et les différentes caisses. Il ne peut être généralisé sans l'institution d'un ticket modérateur forfaitaire sans lequel doit être maintenu le calcul parallèle d'un prix de journée (1).

Votre Rapporteur soulignait, à l'époque, les dangers du budget global :

« — l'hôpital public, soumis à un mode de tarification très différent du secteur privé serait isolé. Les comparaisons entre établissements publics et privés deviendraient impossibles. Chaque malade ignorerait le coût de son séjour et de son traitement ;

« — les relations entre le conseil d'administration, l'autorité de tutelle et la sécurité sociale étant mal définies, plane, aggravée par le système de caisse-pivot, la menace d'une mise en tutelle des établissements par les organismes d'assurance maladie et par l'autorité administrative ;

« — enfin, le budget global ne garantit pas en tout état de cause une gestion rigoureuse. Le laxisme est possible sans contrôle en cas de surévaluation des dépenses dans le budget prévisionnel.

(1) Un compliment qui doit être adressé à la loi de 1983, bien insuffisante à cet égard !

L'obtention d'une dotation supplémentaire n'est pas *a priori* plus difficile que le vote d'un budget supplémentaire. La suppression de tout lien entre l'activité de l'hôpital et le montant de la dotation mensuelle peut avoir des effets. »

Il ne renonce aucunement à ce jugement.

b) *Les propositions de la commission des Affaires sociales.*

Des deux expériences votre Rapporteur retenait :

— dans les mécanismes : la suppression de la masse des honoraires ;

— dans l'esprit : l'idée d'un budget prévisionnel bien fait, préparé à la base, rigoureusement exécuté.

Ainsi, dans l'hypothèse du maintien d'un système de tarification à la journée, avec éventuellement une décomposition du prix de journée, pouvait-on prévoir des mécanismes permettant de réguler dépenses et recettes en cas de dérapage des prévisions et d'éviter les défauts du système actuel.

Pour empêcher l'incitation à la prolongation des durées de séjour, les recettes excédentaires consécutives à une activité supérieure aux prévisions pouvaient être partiellement gelées ; les coûts fixes de l'hôpital représentant environ 80 à 85 % et les coûts variables 15 à 20 %, l'établissement pouvait garder la part de recettes supplémentaires servant à couvrir les dépenses engendrées par le surplus d'activité (15 à 20 % du prix de journée). Cette somme pouvait être éventuellement majorée d'une sorte de bonus restant à la disposition de l'établissement, comme incitation à la bonne gestion ; le reste aurait été récupéré par les organismes payeurs.

En revanche, les déficits pouvaient être apurés dans l'immédiat grâce à des avances des organismes financeurs, avances consolidables dès lors qu'elles auraient été destinées à couvrir des dépenses imprévisibles ou inévitables — hausse des rémunérations, hausses des coûts, morbidité — récupérables dans les autres cas. Si la récupération s'était avérée impossible, si les déficits injustifiés s'étaient accumulés, preuve d'une mauvaise prévision, l'administration aurait pu envoyer sur place une mission de contrôle.



Les expérimentations précédemment décrites ont fait l'objet d'un rapport qui, avec d'autres, émanant de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances, attirait

l'attention du Gouvernement sur la nécessité d'engager prudemment la réforme. Passant outre ces recommandations, le Gouvernement a soumis au Parlement ce qui devait devenir la loi du 19 janvier 1983.

B. — La dotation globale.

La loi du 19 janvier 1983 a posé le principe de la dotation globale. Le décret du 12 août 1983 précité en assure la mise en œuvre réglementaire. Après une rapide description du mécanisme retenu par la loi, votre Commission souhaite présenter une critique aussi complète que possible de ce dispositif.

Avant d'aborder cet examen, il convient de rappeler que la fixation, depuis plusieurs années déjà, d'un taux d'évolution annuelle des dépenses hospitalières a, d'ores et déjà, inscrit le financement de l'hôpital dans la logique de la dotation globale. L'interdiction de la présentation de budgets supplémentaires, même si elle a souffert, fort heureusement, de nombreuses exceptions, a contribué à renforcer encore cette contrainte.

A ces mesures successives, votre Commission s'est opposée avec vigueur, avant ou après 1981. Elle n'a donc jamais changé d'avis et, dans la suite du présent rapport, mémoire de ce fait doit être conservée pour juger de ses positions.

1. L'INSTITUTION DE LA DOTATION ET DU BUDGET GLOBAL

La dotation globale affecte à la fois le mode d'élaboration du budget de l'établissement et les conditions de son financement.

a) *L'élaboration du budget global.*

Le budget global d'exploitation de l'établissement résulte de l'agrégation des évaluations faites par chaque centre d'activité de l'hôpital, placée sous l'autorité d'un responsable, qui met en œuvre au bénéfice d'une activité homogène, un ensemble de moyens coordonnés et stables.

S'agissant des unités de soins, les services actuels constituent ces centres de responsabilités. Demain, les départements, ou dans certains cas les unités fonctionnelles, si l'on suivait le Gouvernement, se substitueraient au service. Mais la notion de centres de responsabilités s'appliquera également aux services non médicaux, qu'ils soient administratifs (gestion des personnels, des entrées, de la formation) ou économiques (blanchisseries, cuisines, etc.).

Chaque centre d'activité fixe ses objectifs sur l'exercice à venir, compte tenu de l'activité prévisible et de la conjoncture épidémiologique du moment. Il définit en conséquence les moyens qu'il estime nécessaires pour les réaliser.

Qu'il s'agisse du texte du Gouvernement ou de celui de votre Commission, chaque responsable de centre d'activité médicale consulte son personnel sur ces prévisions d'activité et de moyens. Un dialogue s'instaure alors entre le directeur et les responsables de centres. A la suite des arbitrages multiples que suppose une telle concertation, le directeur établit le budget global prévisionnel d'exploitation, la dotation globale (versée par les organismes d'assurance maladie) correspondante et les tarifs journaliers de prestations destinées à la facturation des actes réglés par les autres correspondants financiers de l'hôpital.

Le budget, la proposition de dotation et les tarifs sont soumis par le directeur à l'examen du conseil d'administration et doivent être transmis avant le 1^{er} novembre de l'année précédant l'exercice auquel il se rapporte, au représentant de l'Etat dans le département et à la caisse d'assurance maladie.

b) La fixation de la dotation globale et des tarifs de prestation.

La caisse régionale d'assurance maladie est chargée de recueillir, au sein d'une commission qu'elle préside et réunit, les avis des autres organismes d'assurance maladie, ainsi que les observations formulées par le service du contrôle médical, dont les droits d'investigation à l'intérieur de l'hôpital ont été renforcés.

Le représentant de l'établissement peut demander à être entendu par la commission. L'avis de cette dernière est transmis à la fois à l'établissement intéressé et au représentant de l'Etat dans le département, dans un délai d'un mois suivant la réception des documents budgétaires par la caisse.

Le représentant de l'Etat dans le département, après réception de l'avis de la commission, fait connaître à l'établissement, dans un délai qui n'est pas précisé, les décisions budgétaires qu'il envisage de prendre (1).

Dans les huit jours suivant la notification de ces décisions, l'établissement peut adresser un rapport motivé tendant à justifier l'adoption, au moins partielle, de ses prévisions.

Après avoir pris connaissance, le cas échéant, du rapport précité, le représentant de l'Etat fixe les tarifs des prestations et arrête la dotation globale avant le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent.

Si la décision du représentant de l'Etat dans le département n'est pas intervenue au 1^{er} janvier et jusqu'à l'intervention de cette

(1) La fixation des délais est l'un des objets du projet de loi.

décision, l'établissement reçoit le douzième de la dotation globale de l'année précédente, liquide et perçoit dans les conditions en vigueur, au cours de l'exercice précédent, ses autres recettes.

La décision du représentant de l'Etat est notifiée à la fois à l'établissement et à la caisse chargés du versement de la dotation globale.

Une révision de la dotation globale peut intervenir en cours d'exercice dans le cas d'une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale de nature à provoquer un accroissement substantiel des charges de l'établissement, la révision intervenant selon une procédure analogue à celle qui préside à la fixation de la dotation globale.

En fin d'exercice, un compte administratif est établi, soumis à la délibération du conseil d'administration. Il est accompagné d'un rapport explicatif faisant apparaître, pour chaque centre d'activité, les écarts par rapport aux prévisions et leurs causes. Si les explications paraissent convaincantes, le représentant de l'Etat peut, soit imputer le déficit aux organismes payeurs, soit le laisser à la charge de l'établissement. Le déficit vient alors en dépenses de l'exercice en cours. L'excédent vient en atténuation du même exercice, après affectation éventuelle à la section d'investissement.

La dotation globale est versée, par douzièmes provisoires, par la « caisse-pivot » chargée de cette opération, qui peut être la caisse de l'un quelconque des régimes obligatoires d'assurance maladie. Il s'agira, le plus souvent, d'une caisse du régime général. Le ministère des anciens combattants verse la part qui lui revient.

La répartition nationale de la charge de la dotation globale entre les régimes, est assurée par une commission nationale qui arrête, au vu d'un état retraçant la répartition des journées. La décision de répartition est arrêtée par la commission nationale au 1^{er} juin de l'année suivant l'exercice auquel elle se rapporte.

L'ensemble de ces règles s'appliquent, sous la réserve de quelques particularités propres, aux établissements privés participant au service public hospitalier.

La dotation globale sera appliquée au 1^{er} janvier 1984 aux seuls centres hospitaliers généraux et sera généralisée au 1^{er} janvier 1985. Sa mise en œuvre, pour être effective, exige l'adoption de certaines dispositions du projet de loi soumis à votre examen, qui seront examinées dans la seconde partie du présent titre.

Qu'il suffise de dire ici que les gestionnaires d'hôpitaux et les responsables des caisses ont exprimé leur inquiétude de voir mise en œuvre une réforme aussi considérable dans des délais aussi courts.

Ils ont notamment insisté sur les conditions pratique du versement des douzièmes à partir du 1^{er} janvier 1984, pour des raisons liées notamment à la récupération de la dette de la sécurité sociale à l'égard des hôpitaux.

Ces quelques propos, qui seront développés à l'occasion de l'examen de la loi de finances pour 1984, soulignent les effets pratiques très négatifs qu'engendrent des réformes trop hâtivement élaborées et mises en œuvre.

2. LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DU BUDGET GLOBAL ET DE LA DOTATION GLOBALE

a) *Une réforme tronquée.*

Votre Commission ne conteste pas que la globalisation budgétaire constitue un instrument décisif pour une bonne gestion. Mais cette globalisation suppose une série de conditions préalables qui n'ont pas été respectées.

Selon le rapport établi sur les expérimentations engagées en application de la loi du 4 janvier 1978, la réalisation de ces conditions exige un délai de deux ou trois ans.

Ces conditions sont de plusieurs ordres :

— le budget global suppose une budgétisation par service qui nécessite à la fois une formation et une sensibilisation des personnels.

Toute réforme de la gestion des hôpitaux exige en outre la réalisation de l'outil informatique correspondant et, à tous les niveaux, la modernisation des outils d'information.

La « révolution silencieuse » de la gestion apparaît à cet égard bien plus efficace qu'un texte tendant, à travers une concertation apparente, à imposer d'en haut, une limitation rigoureuse des dépenses.

Convenablement mis en œuvre, le budget global peut conduire à une authentique décentralisation de la gestion hospitalière. Dans les conditions qui sont aujourd'hui offertes, il renforce, et le projet de loi accentue encore cette tendance, la tutelle exercée à la fois par le représentant de l'Etat et la sécurité sociale sur les établissements.

Ainsi conçue, la dotation globale risque donc de déboucher sur le « budget garrot ».

Surtout, la dotation globale n'est pas complète. Elle est limitée à la seule participation au financement des régimes d'assurance mala-

die, à l'exclusion des autres payeurs : aide sociale, mutuelles et ménages.

Certaines fonctions hospitalières sont également écartées du dispositif, qu'il s'agisse des consultations externes, des forfaits soins, des services mobiles d'urgence ou des frais d'acquisition des objets de gros appareillage.

Cette réforme incomplète conduit donc à maintenir des tarifs journaliers. Qu'on les appelle tarifs de prestation dans la loi du 19 janvier 1983, en vue d'une extension de la dotation globale, il reste que ces tarifs sont établis sur la base de la logique du prix de journée.

En vérité, parce qu'incomplet, le budget global, loin de simplifier l'administration des hôpitaux, va compliquer la gestion par le maintien des prix de journée et de la facturation, auxquels s'ajoute désormais le forfait journalier, et par la mise en place d'un décompte des journées, par malade, par catégorie et par débiteur pour la répartition des charges entre les caisses.

L'actualisation financière en cours d'exercice, dont les critères généraux de la loi du 19 janvier 1983 sont les seuls retenus par le décret du 12 août, restera arbitrairement appréciée par l'autorité de tutelle. Votre Commission avait, en son temps, souligné la nécessité d'adapter le budget global aux nécessités de l'actualisation par la prise en considération des frais fixes, liés à l'exécution du service, des frais variables, dépendant de l'activité et d'un seuil de révision tenant compte des incidences des majorations salariales et de l'inflation, par rapport aux hypothèses économiques initiales.

b) Les effets escomptés de la réforme.

Peut-on attendre de réels effets financiers de la dotation globale sur l'évolution de la dépense hospitalière ?

Aujourd'hui, certains représentants du Gouvernement n'hésitent pas à prétendre que la dotation globale « sauvera » les hôpitaux, dont le nombre de journées d'hospitalisation diminue depuis quelque temps déjà.

Les causes de cette diminution seraient liées, selon eux, à la crise économique et à la politique de rigueur, à la mise en application du forfait journalier, à l'attitude plus responsable des directeurs d'hôpitaux et à la suppression des budgets supplémentaires et à une amélioration sensible du taux de morbidité.

Mais enfin, la politique de rigueur, la mise en application du forfait journalier, la fixation d'un taux drastique d'évolution des dépenses hospitalières ne sont-ils pas tous autant d'éléments condamnables de la politique de l'actuel Gouvernement ?

En somme, la dotation globale et le budget global, hier conçus comme le moyen d'une meilleure gestion de l'hôpital et de l'assainissement de son financement, servent aujourd'hui une politique qui, sans l'avouer, entend rationner les soins.

Telles sont d'ailleurs les raisons qui avaient conduit le Sénat, sur la proposition de sa commission des Affaires sociales, à rejeter, par l'adoption de la question préalable, le projet qui devait devenir la loi du 19 janvier 1983.

II. — LE PROJET DE LOI : LES ULTIMES MESURES NÉCESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE DE LA DOTATION GLOBALE

Une partie de l'article 7 et l'article 11 du projet de loi, complètent le dispositif de la loi du 19 janvier 1983, afin de préciser les conditions d'exercice de la tutelle du représentant de l'Etat sur le budget des établissements publics et de prévoir les règles particulières applicables aux établissements privés.

Ce dispositif achève de placer l'hôpital sous la tutelle écrasante du représentant de l'Etat qui s'ajoute, ainsi qu'il a déjà été dit, à la tutelle financière et médicale exercée par les caisses d'assurance maladie.

A quoi sert donc la concertation très approfondie mise en œuvre par le décret du 12 avril 1983, si, au bout du compte, le représentant de l'Etat fixe arbitrairement, en fonction de considérations externes à l'hôpital, le taux d'évolution des dépenses de chaque établissement ?

Si l'Etat entend limiter la consommation de soins, il convient qu'il en assume en même temps la responsabilité politique. Tel sera le sens des propositions de votre Commission.

A. — La tutelle du représentant de l'Etat : l'instrument du rationnement des soins.

L'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, dans la rédaction proposée par l'article 7 du projet de loi, détermine à la fois la procédure de la tutelle financière du représentant de l'Etat sur les établissements et les critères d'exercice de cette tutelle. Il convient d'examiner successivement ces deux aspects.

1. LES CRITÈRES D'EXERCICE DE LA TUTELLE

a) *Le droit actuel.*

Dans son ancienne rédaction, l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970 prévoyait que « l'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes ».

Aucun critère n'était ainsi déterminé par la loi et le silence des textes a autorisé, au cours des dernières années, la mise en œuvre d'un taux d'évolution de la dépense hospitalière, fixé par le ministre de la Santé par voie de circulaire. Ce taux était fixé en fonction des hypothèses économiques générales.

b) *Le texte proposé.*

Le vingtième alinéa du texte proposé par l'article 7 pour l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, stipule notamment que le représentant de l'Etat dans le département peut supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses s'il estime celles-ci injustifiées ou excessives, compte tenu :

— d'une part, des possibilités de soins qui sont à la disposition de la population ;

— d'autre part, « d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est arrêté en fonction, notamment, des hypothèses économiques générales, par les ministres chargés respectivement du Budget, de la Santé et de la Sécurité sociale ».

Le premier critère de choix correspond à la volonté sous-jacente d'ajuster le besoin à l'offre et non point l'inverse.

Le second critère de choix repose sur une considération totalement extérieure à l'hôpital, qui tend à lier l'évolution de la dépense hospitalière aux objectifs de la politique économique conjoncturelle, sans que soient prises en compte aucune des contraintes, générales ou particulières, des établissements. Certes, l'abverbe « notamment » laisse espérer que d'autres éléments seront pris en compte. Mais enfin, 6,4 % pour 1984, alors que les dépenses croissaient encore à un rythme annuel de 19 % au début de cette année, et que la décélération actuelle (à 12 %) est largement liée à des phénomènes purement conjoncturels, est-ce là un objectif sérieux ? A l'évidence, ce taux conduira à de nombreuses actualisations en cours d'exercice, dénaturant ainsi l'esprit même de la dotation globale.

Un dernier point mérite d'être souligné. Les deux critères qui s'imposent au représentant de l'Etat ne se complètent pas, mais se confrontent. En d'autres termes, le préfet, disposant d'une enveloppe départementale globale, déterminée par l'application aux budgets de l'année en cours du taux d'évolution arrêté par les ministres intéressés, examinera, en fonction des besoins de chaque établissement, les conditions d'une application différenciée de la rigueur.

Cette amodiation n'en reste pas moins très insuffisante au regard des inquiétudes que cette disposition peut susciter. Qu'elle se contente d'écrire la pratique dans la loi, certes. Mais cette pratique n'en est pas moins détestable et a été constamment condamnée par la Commission.

2. LA PROCÉDURE DE TUTELLE

Le projet de loi adapte la procédure d'adoption du budget aux dispositions du décret du 12 août 1983.

Il institue en outre une procédure exceptionnelle, en cas de non-adoption du budget au 1^{er} janvier de l'année à laquelle il s'applique.

a) *La procédure normale.*

Afin de comprendre le sens de l'article 7, il convient de rappeler qu'en application du décret du 12 août 1983 le projet de budget doit être transmis au représentant de l'Etat avant le 1^{er} novembre de l'année précédant l'exercice auquel il s'applique.

Le texte proposé par le dix-neuvième alinéa de l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, prévoit quant à lui, s'agissant du budget, un délai de soixante jours pour l'exercice de la tutelle du représentant de l'Etat. Ce délai permet donc une approbation définitive du budget au 1^{er} janvier de l'année à laquelle il s'applique. Toutefois, aucune règle ne tire les conséquences d'un retard éventuel (fréquent) de l'exercice de la tutelle.

Au contraire, dans l'hypothèse où le budget n'est pas transmis avant le 1^{er} novembre, le représentant de l'Etat peut fixer librement la dotation globale de l'établissement. Ce déséquilibre des obligations est parfaitement regrettable.

Il convient d'ajouter qu'un budget, pour être adopté au 1^{er} novembre, doit avoir été préparé dès avant l'été et arrêté définitivement dans le courant du mois d'octobre. Il conviendrait que le directeur puisse avoir, au plus tôt, connaissance de l'arrêté fixant le taux d'évolution des dépenses hospitalières. L'observation de la pratique, cette année comme les précédentes, est, à cet égard, parfaitement édifiante.

b) *La procédure exceptionnelle.*

Dans l'hypothèse, rare, où le budget de l'établissement n'a pas été adopté par le conseil d'administration au 1^{er} janvier de l'année à laquelle il s'applique, le texte proposé par l'article 7 pour l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970 prévoit une procédure inspirée des dispositions de la loi du 2 mars 1982 relative aux libertés des communes, des départements et des régions.

En l'absence de transmission du budget au 1^{er} janvier de l'exercice auquel il s'applique, le représentant de l'Etat saisit sans délai (?) la chambre régionale des comptes, qui, dans le mois, formule des propositions pour le règlement du budget. Le représentant de l'Etat règle le budget et le rend exécutoire.

Il convient de rappeler que cette procédure s'applique seulement au budget. Elle n'interdit pas au préfet de fixer la dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie.

**B. — Les propositions de votre Commission :
un rééquilibrage de la tutelle.**

Votre Commission vous propose d'établir une procédure budgétaire qui incite à l'approbation précoce du budget et au respect de l'autonomie des établissements.

**1. LES CRITÈRES DE LA TUTELLE : LA RESPONSABILISATION
DES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Votre Commission convient, avec le Gouvernement, de la nécessité de mettre en œuvre un double critère, l'un relatif aux orientations nationales retenues en matière de santé, l'autre lié à la réalité de l'établissement, laissant ainsi au représentant de l'Etat, par une confrontation de ces deux objectifs, une liberté de manœuvre à l'intérieur de l'enveloppe globale dont il a la charge de la répartition.

Elle vous propose toutefois d'en modifier sensiblement les termes.

a) *La prise en compte de la satisfaction des besoins.*

S'agissant de la prise en compte de la satisfaction des besoins de la population, votre Commission rappellera simplement que les auteurs du projet de loi ont entendu confier aux conseils d'administration le soin de définir « un programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire et la politique qu'il adopte pour y parvenir ».

Ce programme est par ailleurs approuvé par le représentant de l'Etat. Il paraît donc naturel que l'examen, par ce dernier, du budget de l'établissement, le conduise à s'assurer que les engagements financiers sont conformes à la réalisation du programme annoncé.

Quant au conseil, une telle disposition l'incitera à une réflexion à plus long terme, propice à une amélioration de la gestion de l'établissement. Tel est l'objet de la première partie de l'amendement de votre Commission au vingtième alinéa de l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970.

b) Le taux d'évolution des dépenses hospitalières.

Le Gouvernement est, au nom de l'Etat, comptable de l'utilisation des deniers publics. Il est chargé de définir les objectifs de la politique sanitaire et sociale.

Sauf à imaginer une autre répartition de la charge financière de l'hospitalisation, il apparaît nécessaire de reconnaître à l'Etat le droit de déterminer la place qu'il entend laisser à ces dépenses. D'autres moyens que la fixation d'un taux national d'orientation seraient possibles, qui résulteraient notamment d'une meilleure connaissance des besoins par une planification sanitaire authentique.

Mais si l'on doit admettre la fixation d'un taux, qu'impose d'une certaine manière la logique de la dotation globale, il convient que sa détermination ne résulte pas des seules obligations imposées par la politique économique. Sauf à accepter une dégradation totale du système de soins, une telle hypothèse est inacceptable. D'autre part, la fixation du taux conduit le Gouvernement, au bout du compte, à définir la place qu'il entend accorder à la politique sanitaire et sociale dans ses objectifs généraux.

Pourquoi, dès lors, ne pas retenir tout simplement ce critère ?

Les objectifs de la politique sanitaire et sociale sont liés à la définition de la politique générale du Gouvernement et tiennent compte, par conséquent, des hypothèses économiques.

Tel serait l'objet de la seconde partie de l'amendement de votre Commission au vingtième alinéa du texte proposé par l'article 7 du projet de loi pour l'article 22 de la loi du 31 décembre 1980.

2. LA PROCÉDURE DE TUTELLE

S'agissant de la procédure de la tutelle, votre Commission vous propose, d'une part, d'inciter à un respect scrupuleux du calendrier et, d'autre part, d'aligner complètement la procédure exceptionnelle sur les règles retenues par la loi du 2 mars 1982.

a) *La procédure normale.*

Votre Commission vous propose une procédure à « trois étages », selon que le conseil d'administration adopte son budget avant le 1^{er} novembre, entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre ou n'adopte pas son budget avant le 1^{er} janvier.

Cependant, ce calendrier suppose une attitude responsable des pouvoirs publics. Le directeur ne peut valablement « boucler » son budget qu'en fonction du taux d'évolution des dépenses hospitalières arrêté par le Gouvernement. Il convient donc que la date de publication de cet arrêté soit fixée par la loi. Celle du 1^{er} octobre paraît raisonnable ; le budget de l'Etat a alors été adopté par le Conseil des ministres ; les choix politiques, économiques et sociaux ont été exercés et ainsi les objectifs sanitaires et sociaux de l'Etat pour l'exercice considéré ont été déterminés.

Si le conseil d'administration adopte son budget et si le directeur le transmet au représentant de l'Etat dans le délai d'un mois qui suit la publication de l'arrêté, c'est-à-dire au 1^{er} novembre, l'autorité de tutelle dispose alors de soixante jours, soit jusqu'au 1^{er} janvier, pour adopter le budget. Si ce dernier n'est pas arrêté à cette date, la faute en incombe au seul représentant de l'Etat. Il convient dès lors de l'inciter à respecter ses obligations en prévoyant, dans cette hypothèse, que les douzièmes provisoires versés à l'établissement par la caisse-pivot sont calculés par référence à la dotation globale de l'année précédente, majorée du taux d'évolution des dépenses hospitalières. Cette pénalisation financière, au demeurant de pure trésorerie, sanctionnera ainsi les retards de la tutelle en garantissant des ressources accrues à l'établissement, « sage » en l'espèce.

Si, au contraire, le budget n'est pas transmis dans le délai d'un mois qui suit la publication du taux d'évolution des dépenses hospitalières, les délais de tutelle conduiront à une date d'approbation postérieure au 1^{er} janvier. Dans cette hypothèse, les douzièmes provisoires de l'établissement ne seraient plus calculés que sur la seule base de la dotation globale de l'année précédente, aussi longtemps que le représentant de l'Etat, à l'abri de toute contrainte, n'aura pas arrêté définitivement le budget.

Si, enfin, le budget n'est pas adopté au 1^{er} janvier, la procédure exceptionnelle s'applique dans les conditions précédemment annoncées. Afin de ne pas compliquer inutilement la procédure, les recettes de l'établissement autres que la dotation globale sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Tel est l'objet de l'amendement de votre Commission tendant à compléter l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970 dans ses dispositions relatives à l'approbation du budget.

Il « responsabilise » à la fois les Ministres chargés de la fixation du taux, le représentant de l'Etat et les conseils d'administration des établissements et permet ainsi de garantir le règlement définitif des budgets hospitaliers avant le début de l'exercice auquel ils s'appliquent.

b) *La procédure exceptionnelle.*

Votre Commission vous propose d'aligner complètement la procédure exceptionnelle sur la loi du 2 mars 1982 (n° 82-213), et notamment sur ses articles 2 et 12.

La loi du 2 mars prévoit, d'une part, qu'en cas de saisine de la chambre régionale des comptes, le maire, éventuellement accompagné par des personnes de son choix, fasse valoir oralement ses observations à la chambre. Il convient qu'une telle faculté soit offerte au président du conseil d'administration de l'établissement hospitalier, accompagné éventuellement par son directeur.

La loi du 2 mars prévoit d'autre part que, dans l'hypothèse où le représentant de l'Etat s'écarte des propositions de la chambre régionale des comptes, il doit assortir sa décision d'une motivation explicite. La même règle doit s'appliquer au règlement des budgets hospitaliers.

Tel est donc le double objet des deux amendements de votre Commission au vingt et unième alinéa du texte proposé par le projet de loi pour l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970.

EXAMEN DES ARTICLES

Votre Commission a choisi d'examiner ici, outre les dispositions liées à la dotation globale, toutes celles qui présentent un caractère financier.

Article 7.

(Alinéas 19, 20 et 21 de l'art. 22
de la loi du 31 décembre 1970.)

Procédure d'approbation du budget des Hôpitaux.

Votre Commission vous propose de modifier et de compléter par quatre amendements les alinéas 20 et 21 du texte proposé par cet article pour l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, relatif aux conseils d'administration des établissements d'hospitalisation publics, en conséquence des observations précédemment formulées.

S'agissant de l'autre disposition financière de cet article (dernier alinéa) elle étend les règles posées par l'article 12 de la loi du 2 mars 1982 (n° 82-213) en cas de carence de l'ordonnateur pour le mandatement d'une dépense ou le recouvrement d'une recette. Ces dispositions n'appellent pas de commentaire et votre Commission vous demande de les adopter sans les modifier.

Article 9.

(Art. 22-3 de la loi n° 70-1318.)

Situation et qualité des comptables des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les textes régissant les comptables des établissements hospitaliers publics et assimilés ayant été pris avant le décret de 1962 sur la comptabilité publique, ces agents ont actuellement la qualité d'agents des services extérieurs du Trésor. Le présent article, semblable à celui relatif aux comptables des communes (art. 14 de la loi n° 82-213 précitée), aligne leur situation sur celle de ces derniers. Il ne modifie en rien la situation des comptables des hôpitaux. Différentes catégories d'établissements publics sont couvertes par cette disposition qui exige la suite d'adjectifs que comporte le texte.

Votre Commission vous propose de l'adopter sans modification.

Article 11.
(Troisième alinéa de l'art. 41
de la loi du 31 décembre 1970.)

Dispositions financières relatives au secteur privé non lucratif.

Cet article actualise les dispositions de l'article 41 de la loi du 31 décembre 1970.

Le premier alinéa du texte proposé précise que les budgets des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont soumis, pour celles de leurs activités qui entrent dans le cadre du service public hospitalier, à l'approbation du représentant de l'Etat dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues à l'article 22 pour les établissements publics. Le texte apporte une précision intéressante, en indiquant que seules les activités entrant dans le cadre du service public hospitalier sont touchés par cette procédure. Il existe en effet certains établissements qui comportent des unités qui n'entrent pas dans le cadre du service public. Surtout, certains d'entre eux peuvent appartenir à une association, dont il convient de soustraire à la tutelle les autres activités.

Votre Commission vous propose un amendement de pure forme, tendant à préciser que seules les dispositions du vingtième alinéa de l'article 22 (critères de la tutelle) sont applicables aux établissements visés à l'article 41.

Le deuxième alinéa comporte deux dispositions : la première mettra un terme à la situation sans issue de certains établissements dont l'existence ne se justifie plus. Dans ces cas, que l'on trouve d'ailleurs en nombre plus significatif dans le secteur social, il n'y a pas de possibilité d'intégrer les provisions pour indemnités de licenciement dans le budget. Cet obstacle juridique peut empêcher la fermeture d'un établissement dont la charge pour la collectivité est pourtant injustifiée. La seconde disposition vise à maintenir le patrimoine d'un établissement du secteur privé non lucratif dans ledit secteur et à empêcher sa récupération par des personnes physiques privées. Cette disposition existe déjà avec le décret n° 61-9 du 3 janvier 1961 (art. 7), mais, ce texte n'étant plus applicable aux établissements sanitaires, il convenait de la reprendre.

Article 12.

Approbation des marchés des établissements publics d'hospitalisation.

L'actuel article L. 706 du Code de la santé publique stipule que les hôpitaux et hospices sont soumis, en ce qui concerne leurs fourni-

tures et l'exécution de leurs travaux, aux mêmes règles que les communes.

Or les récentes lois de décentralisation ont supprimé le contrôle du représentant de l'Etat sur les marchés des collectivités locales et, par voie de conséquence... sur les établissements d'hospitalisation publics. Depuis plusieurs mois déjà, le représentant de l'Etat dans le département exerce donc une tutelle privée de toute base légale.

Les auteurs du projet de loi sont donc fondés à proposer de mettre un terme à cette situation.

Deux solutions s'offraient aux pouvoirs publics. Ils pouvaient supprimer purement et simplement la tutelle sur les marchés conclus par les hôpitaux, à l'instar de la nouvelle législation applicable aux collectivités locales. Cependant, une différence notable distingue les établissements publics d'hospitalisation des collectivités locales qui interdit au législateur de retenir une telle solution. Ainsi que l'a indiqué le Ministre à l'Assemblée nationale, si la collectivité locale se trompe, il lui appartient de tirer les conséquences de cette erreur au plan budgétaire et de proposer le relèvement conséquent de l'imposition locale. Si, en revanche, dans la passation des marchés, le directeur de l'hôpital se trompe, au-delà de la collectivité hospitalière, ce sont les « financeurs » de l'établissement qui en supportent les conséquences.

Il convient donc de maintenir une procédure d'approbation préalable.

C'est dans la définition de la portée de ce contrôle préalable que la position de votre Commission ne s'accorde pas à celle des auteurs du projet de loi.

Les marchés passés par l'hôpital résultent de choix budgétaires préalablement définis et constituent la mise en œuvre de la politique adoptée par le conseil d'administration et approuvée par le représentant de l'Etat dans le département.

Le directeur rend compte de son action au conseil d'administration et permet ainsi aux membres de ces derniers d'exprimer éventuellement leur sentiment... Quant au représentant de l'Etat dans le département, le pouvoir hiérarchique qu'il exerce sur le directeur de l'hôpital suffit à garantir, dans le respect des règles de passation des marchés, que les objectifs de la politique de l'Etat en matière d'équipements, et notamment d'équipements biosanitaires (...), sont respectés.

Cette analyse semble avoir été partagée par les représentants de l'administration entendus par votre Rapporteur.

En somme, l'approbation préalable de l'autorité de tutelle ne semble devoir être justifiée que par un simple contrôle de la régu-

larité des marchés. L'amendement de votre Commission n'a pas d'autre objet que d'écrire dans la loi ce qui vient d'être dit.

En outre, il lui semble préférable, plutôt que de contraindre le Conseil d'Etat à l'élaboration d'un ensemble de règles de passation des marchés, de prévoir simplement une adaptation, aux hôpitaux, des règles posées par le Code des marchés publics.

Enfin, seuls les marchés dont le montant de la dépense qu'ils engagent est élevé doivent être soumis au contrôle de légalité du représentant de l'Etat.

Article additionnel après l'article 12.

Modification de l'article 201 du Code de la famille.

Qu'on le veuille ou non, la mise en œuvre de la dotation globale n'entraîne pas la disparition de la notion de prix de journée qui reste nécessaire à la facturation des soins lorsque le financeur n'est pas la Sécurité sociale, qu'il s'agisse de l'aide sociale, des mutuelles ou des ménages eux-mêmes.

Toutefois, un aménagement des méthodes de prise en charge de l'aide sociale et la suppression éventuelle du ticket modérateur sur les dépenses hospitalières devrait permettre un jour la disparition définitive de la notion de prix de journée (1).

Afin d'ajuster le texte de la loi du 19 janvier 1983 à cette évolution future, les députés avaient voulu remplacer la notion de prix de journée par celle de tarif des prestations.

Malheureusement, l'article 201 du Code de la famille avait échappé à l'attention de nos collègues du Palais-Bourbon. Ayant noté cette imperfection de la loi au cours de ses travaux, votre Commission vous propose d'y porter remède en adoptant cet amendement de pure forme tendant à insérer un nouvel article additionnel après l'article 12.

(1) Perspectives lointaines, malheureusement, dans la conjoncture actuelle !

TITRE IV

LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES AU SEIN DE L'HOPITAL

Dans la lettre de son dispositif, le projet de loi n'affecte pas sensiblement le pouvoir des conseils d'administration. Il actualise la loi de 1970 dans la définition que cette dernière donne des compétences du conseil et aménage la procédure de la tutelle pour tenir compte de la réalité quotidienne des rapports qui s'établissent entre l'hôpital et le représentant de l'Etat.

Les pouvoirs du directeur, définis déjà par la loi de 1970, sont consacrés par un texte qui tient compte de l'évolution du système hospitalier. Toutefois, le projet introduit subrepticement dans l'article 8 une disposition qui définit l'autorité du directeur sur les personnels. Cette disposition, vivement et justement condamnée par le corps médical, s'inscrit dans la logique d'un contrôle économique accentué de l'activité de soins et met en cause les fondements légaux et déontologiques de la pratique médicale.

Enfin, s'agissant des organes consultatifs, le projet confie d'abord à la commission médicale consultative la mission d'établir un rapport sur l'évaluation des soins. Cette disposition, qui mérite d'être amendée, rencontre toutefois les préoccupations de la Commission.

En revanche, il ne saurait être question d'accepter que le conseil d'administration et le corps médical soient soumis au contrôle du comité technique paritaire. Or, le projet autorise cet organe consultatif à émettre un avis sur le budget et sur les comptes et donc sur la politique de l'hôpital. Il l'autorise également à juger du rapport sur l'évaluation des soins, et donc à contrôler l'activité médicale des praticiens.

Cette double volonté est inacceptable et conduit, en outre, à une transformation du rôle du comité technique paritaire, dont la seule fonction est de permettre aux organisations représentatives des salariés de dialoguer avec l'administration sur les conditions de travail des personnels.

Tels sont donc les différents objets des articles 7 (alinéas 1 à 18), 8 et 10 du projet de loi que votre Commission vous propose d'examiner successivement.

I. — LES INSTANCES DE DÉCISION

A. — Le conseil d'administration.

L'influence du conseil d'administration sur le fonctionnement des hôpitaux n'a cessé de se réduire depuis qu'abandonnant progressivement sa fonction traditionnelle d'assistance, l'hôpital a joué un rôle croissant dans l'administration des soins. Ce dessaisissement progressif du conseil a profité tout à la fois au directeur de l'établissement et à l'autorité de tutelle.

1. LES COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

a) *La loi de 1970.*

L'article 22 de la loi portant réforme hospitalière et les articles 27 à 29 du décret du 2 mai 1972 ont apporté de profondes modifications à l'étendue des attributions respectives des gestionnaires des établissements d'hospitalisation publics et de leurs directeurs.

Désormais, la compétence du conseil d'administration est une compétence d'attribution. Le conseil ne peut délibérer que sur les matières énumérées à l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, à savoir :

- le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;
- les propositions de prix de journée ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- les emprunts ;
- le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;
- le règlement intérieur ;
- les conventions avec des unités d'enseignement et de recherche en vue de la constitution d'un centre hospitalier et universitaire et les conventions avec des établissements privés ;
- les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de cliniques ouvertes ;

— les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;

— le tableau des effectifs du personnel, à l'exception du personnel médical relevant du statut hospitalo-universitaire ;

— l'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;

— l'acceptation et le refus des dons et legs ;

— les actions judiciaires et les transactions.

Toutes les autres affaires sont de la compétence du directeur. Une telle répartition est analogue à celle qui régit les rapports entre pouvoir législatif et pouvoir exécutif, tels qu'ils ressortent des articles 34 et 37 de la Constitution.

En outre, les pouvoirs propres que le président de la commission administrative tenait de l'article 23 du décret du 11 décembre 1958 ont été transférés au directeur de l'établissement.

Cette réforme constitue l'aboutissement de la transformation amorcée en 1941. Le directeur est aujourd'hui à l'égard du conseil d'administration ce qu'était hier le préfet à l'égard du conseil général.

b) Le projet de loi : quelques aménagements.

L'article 7 du projet de loi procède à une actualisation de la loi de 1970. Il prend en compte l'introduction de la dotation globale. Il s'agit notamment du complément apporté au 4° de l'article 22 relatif aux propositions de dotation globale et de tarif des prestations et du 6° relatif aux propositions d'affectation des résultats d'exploitation. Il introduit une modification de pure forme au 12°.

Il aménage le 13° pour tenir compte des nouvelles dispositions relatives aux syndicats interhospitaliers.

Enfin, il précise que le conseil délibère sur les hommages publics. Il s'agit d'une nouvelle compétence qui ne bouleversera pas les équilibres actuels de l'hôpital.

Une modification apparaît, en revanche, singulièrement plus importante, qui confie au conseil la mission de définir un programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire et (aux termes d'un amendement de M. Jean Royer) la politique qu'il adopte pour y parvenir. Ce programme doit constituer, selon votre Commission, le point d'orgue de la concertation, externe et interne à l'hôpital qui aboutit à l'adoption du budget de l'hôpital.

Dans le texte retenu par votre Commission, ce programme sera élaboré par le directeur qui consultera la commission médicale consultative et les services. Une fois arrêté par le conseil d'admi-

nistration, il constituera la charte de l'hôpital. Le représentant de l'Etat dans le département doit l'approuver.

Ainsi cette charte s'imposera-t-elle à tous les acteurs du système de soins. Elle sera le fondement de la détermination annuelle des choix budgétaires à la fixation desquels seront associées toutes les instances de l'hôpital. Quant au représentant de l'Etat, il devra tenir compte de la conformité du budget avec ce programme pour approuver les dépenses de l'établissement.

Le programme permettra la prise en compte conjuguée des besoins de la population, des autres moyens de soins existants et des alternatives à l'hospitalisation. Il aboutira donc à une meilleure définition de la place de l'hôpital dans l'ensemble du système de soins.

S'agissant des compétences du conseil, votre Commission vous suggère simplement d'introduire trois amendements de pure forme.

2. LA TUTELLE SUR LES DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

a) *Le texte du projet de loi.*

L'actuel article 22 de la loi du 31 décembre 1970 soumet à l'approbation du représentant de l'Etat toutes les délibérations du conseil d'administration, à l'exclusion de l'acceptation ou du refus des dons et legs, des actions judiciaires et des transactions. Le texte qui vous est soumis étend la tutelle aux délibérations portant sur les dons et legs. Il apparaît en effet que ces dons ou legs peuvent porter sur des appareillages sanitaires d'une très haute technicité. Les coûts qu'induisent les frais de fonctionnement de ces équipements peuvent obérer gravement les budgets des établissements. Il convient donc que l'appréciation de ces dons et legs soit soumise, selon le gouvernement, à un examen attentif de l'autorité de tutelle.

Il est regrettable que le texte étende encore un peu plus le contrôle du représentant de l'Etat. Votre Commission vous propose cependant de vous en tenir, dans la définition du champ de la tutelle, au texte qui vous est proposé.

Quant aux délais laissés au représentant de l'Etat, la loi de 1970 prévoyait que « les délibérations sont réputées approuvées, si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de leur réception ».

La nouvelle rédaction qui vous est proposée module les délais en fonction de l'importance des délibérations des conseils. C'est ainsi que le programme de soins doit être approuvé dans un délai de quatre mois, ce qui montre assez la place essentielle dudit programme dans la vie de l'établissement. Le délai est porté à soixante jours pour les délibérations les plus importantes et notamment les décisions bud-

gétaires et financières (2° à 8° de l'article 22). Il est maintenu à trente jours pour les autres délibérations (9° à 14°).

L'allongement des délais constitue une manifestation supplémentaire de l'alourdissement de la tutelle. Toutefois, il semble correspondre à des nécessités pratiques qui tiennent à l'incapacité des services départementaux à absorber le volume de travail que suppose un contrôle sérieux des actes qui leurs sont soumis.

Trop souvent la règle actuelle, par sa rigidité, contraint le représentant de l'Etat dans le département, sous le prétexte de compléments d'information, à suspendre indéfiniment les délais d'approbation. Il convient donc d'ajuster les délais à la réalité administrative et d'accepter, sur ce point, le texte du Gouvernement.

b) Les propositions de votre Commission : le respect des délais.

Il apparaît toutefois nécessaire que ces délais, désormais allongés, soient strictement respectés. Telle est la raison qui a conduit votre Commission à vous suggérer un amendement qui, prévoyant la motivation explicite du refus d'approbation ou de la modification de la délibération, impose que cette motivation ne puisse avoir pour effet de suspendre les délais, qui sont impératifs.

Votre Commission est consciente des limites juridiques d'une telle rédaction. Elle souhaite toutefois l'introduire dans le texte afin d'attirer l'attention de la tutelle sur la nécessité de respecter les obligations que lui impose la loi.

B. — Le directeur.

La loi du 31 décembre 1970 a pour la première fois, dans son article 22, reconnu explicitement le rôle du directeur et a ainsi consacré une lente évolution, précédemment décrite dans le présent rapport.

Le texte qui vous est soumis renforce encore l'autonomie de la fonction directoriale en consacrant, par son article 8, un article nouveau 22-2 à sa définition. Il ne modifie pas les rapports entre le conseil d'administration et le directeur, mais renforce sensiblement les prérogatives propres de ce dernier.

En outre, l'article 22-1 définit l'autorité du directeur sur les personnels des établissements qui, en l'état, ne saurait être acceptée par votre Commission.

1. LES FONCTIONS ET LES PRÉROGATIVES DU DIRECTEUR

a) *Le directeur, exécutif de l'hôpital.*

Jusqu'en 1941, la commission administrative de l'hôpital était assistée d'un secrétaire chargé d'exécuter ses décisions. Elle délégua à un administrateur le soin de prendre les décisions entre chacune de ses réunions.

La technicité croissante de la gestion hospitalière a toutefois conduit le législateur, en 1941, à instituer la fonction de directeur. Les compétences du directeur n'ont cessé de s'étendre, qui ont conduit la loi de 1970 à déterminer ses rapports avec le conseil d'administration dans les conditions précédemment rappelées.

Recrutés depuis 1958 à l'échelon national, les directeurs sont nommés par le ministre chargé de la Santé. Le niveau et la valeur de la formation qu'ils reçoivent garantissent qu'ils disposent des compétences nécessaires à la gestion de l'hôpital moderne. Votre Commission tient à rendre hommage aux directeurs d'établissement dont la tâche apparaît, dans la conjoncture économique actuelle, particulièrement délicate. Soumis au pouvoir hiérarchique de l'autorité de nomination, chargés d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, soumis au respect de l'indépendance professionnelle des praticiens, en contact constant avec les organes consultatifs, ils sont le lieu géographique de la résolution des conflits. L'hétérogénéité des acteurs du système de soins accroît ainsi des responsabilités administratives dont ils s'acquittent parfaitement. En aucun cas, les critiques formulées sur le mode de gestion des établissements ne sauraient donc s'adresser à des hommes de qualité, contraints d'exercer leurs fonctions dans les limites des moyens qui leur sont accordés.

b) *Le texte de l'article 22-2.*

Le nouvel article 22-2 de la loi du 31 décembre 1970 reprend d'abord les dispositions du dernier alinéa de l'ancien article 22 qui stipule que le directeur est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement, autres que celles... (du conseil)... et doit tenir régulièrement le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement. »

Cette rédaction tend à confirmer que le directeur, exécutif du conseil, applique les décisions de ce dernier et qu'il assume toutes les compétences que la loi n'attribue pas audit conseil.

Le troisième alinéa de l'article 22-2 permet au directeur de procéder, dans la limite du dixième des autorisations de dépenses, à des virements de crédit, et ce, dans des conditions qui seront

précisées par décret. Cette disposition est bienvenue car, jusqu'à présent, la comptabilité hospitalière excluait la possibilité de virement au niveau d'agrégation à deux chiffres. Cette compétence nouvelle attribuée au directeur permettra, à l'évidence, plus de souplesse dans sa gestion.

Les six derniers alinéas de l'article instituent et décrivent la procédure de réquisition, nouvelle pour les directeurs, qu'ils peuvent faire jouer en tant qu'ordonnateur vis-à-vis du comptable lorsque celui-ci décide la suspension d'une dépense.

Le directeur de l'établissement public hospitalier disposera donc désormais des prérogatives généralement reconnues aux autres ordonnateurs publics.

2. L'AUTORITÉ DU DIRECTEUR SUR LES PERSONNELS

Le second alinéa du texte proposé pour l'article 22-2 de la loi du 31 décembre 1970, est, dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, la suivante :

« Le directeur est responsable de la conduite générale de l'établissement. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect de la déontologie médicale et pharmaceutique et des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins. »

Ces deux phrases ont provoqué, à juste titre, une protestation très violente du corps médical, qui a considéré que l'autorité du directeur ne pouvait avoir pour effet de mettre en cause l'indépendance professionnelle qui leur est garantie dans l'exercice de leur art (selon les termes mêmes de la jurisprudence de la Cour de cassation).

Votre Commission vous propose donc d'analyser les motifs avancés par les auteurs du projet de loi pour justifier une telle formulation, avant de vous suggérer une solution qui, selon elle, devrait pouvoir recevoir l'agrément de la profession médicale.

a) *Les très graves insuffisances du texte du projet de loi.*

Afin de justifier leur texte, les auteurs du projet de loi ont voulu faire référence à l'article 11 du décret n° 61-777 du 21 juillet 1961 (modifié), qui définit les compétences du directeur général de l'Assistance publique de Paris.

Selon cet article, le directeur général « a autorité sur tous les services de l'administration de l'Assistance publique, en assure la

conduite générale et est responsable du bon ordre et de la discipline à l'intérieur de ceux-ci, exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels ».

Les auteurs du projet de loi avancent, avec raison d'ailleurs, que ce texte va très au-delà de celui de l'article 8. Cela signifie donc qu'après l'adoption définitive du présent projet de loi, le décret de 1961 sera privé de base légale.

Plus sérieusement, ce décret comporte trois parties.

D'abord, il précise que le directeur général assure la conduite générale de l'établissement. Cette disposition, comme la disposition analogue du projet de loi, répond bien des compétences reconnues au directeur depuis l'adoption de la loi du 31 décembre 1970. Le directeur est l'exécutif de l'hôpital et, à ce titre, assure la conduite générale de l'établissement. Le décret ajoute que le directeur général est responsable du bon ordre et de la discipline, sans que ces termes ne comportent d'autres conséquences que la possibilité, pour le directeur général, d'user du seul pouvoir disciplinaire qui lui est reconnu par les textes.

Ce premier membre de phrase est donc acceptable, à la fois dans la forme et dans le fond.

Ensuite, l'article 11 du décret précité précise que le directeur général a autorité sur tous les services (médicaux ou non médicaux). La notion d'autorité n'a pas, en droit administratif, de contenu précis. En effet, il n'existe que deux modes d'expression juridique de l'autorité : le pouvoir hiérarchique et la tutelle, dont la définition a varié au gré des efforts successifs de décentralisation. L'autorité reconnue au directeur n'a donc de sens que dans la mesure où elle lui permet de disposer des moyens nécessaires à assurer la conduite générale de l'établissement, dans le respect des décisions du conseil d'administration et de ses compétences propres.

La notion d'autorité est ainsi compatible avec l'indépendance professionnelle des médecins, dans la mesure où elle n'induit pas, par elle-même, un pouvoir hiérarchique du directeur.

C'est précisément la raison pour laquelle l'article 11 du décret précité précise enfin que le directeur général « exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels ».

Or, le pouvoir hiérarchique se définit comme le droit de substitution de l'autorité qui l'exerce à celui qui le subit.

La notion de pouvoir hiérarchique est donc tout à fait inapplicable à toutes les professions dont le mode d'exercice est défini et protégé par la loi.

Ce propos vise les médecins, les pharmaciens, les odontologistes, les sages-femmes, mais aussi les infirmières.

La référence au décret de 1961 est par conséquent abusive, parce que le décret de 1961 est lui-même parfaitement abusif.

L'analyse préalable de ce texte réglementaire éclaire parfaitement celle du texte proposé par le Gouvernement :

La première phrase apparaît désormais tout à fait acceptable. Le directeur, exécutif de l'hôpital, est « responsable de la conduite générale de l'établissement ».

La première partie de la seconde phrase est également satisfaisante dès lors qu'elle précise que « à cet effet (la conduite générale de l'établissement), il (le directeur) exerce son autorité sur l'ensemble du personnel ».

L'autorité dont il dispose à cet égard se définit comme l'ensemble des moyens nécessaires à la conduite générale de l'établissement.

Par ailleurs, les principes généraux de la Fonction publique lui reconnaissent un pouvoir hiérarchique sur les personnels non médicaux, sans qu'il soit besoin de l'écrire dans le présent projet de loi.

Elle lui reconnaît également un pouvoir hiérarchique sur les autres catégories de personnel dans l'accomplissement de leurs missions administratives.

Quant aux infirmiers et aux sages-femmes, les textes législatifs, réglementaires et professionnels qui les régissent, protègent les actes qu'ils accomplissent de par la spécificité de leurs fonctions. Ces actes, et cela est important, sont toutefois exercés sous l'autorité du médecin qui assume la responsabilité médicale des soins apportés aux malades.

En revanche, la seconde partie de la phrase qui stipule que le directeur exerce son autorité... « dans le respect de la déontologie médicale et pharmaceutique et des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins », est tout à fait insuffisante.

D'abord, et cette remarque s'adresse aux députés qui ont accepté cet ajout, ou bien l'on doit parler de déontologie médicale, qui, dans son acception la plus large couvre toutes les formes d'exercice de l'art du soin, ou bien alors il convient d'étendre cette référence déontologique aux activités des odontologistes.

Ensuite, l'autorité ne peut être limitée au seul respect de la responsabilité médicale que comporte, déontologiquement, l'administration des soins.

Le rapport singulier qui s'établit entre le praticien et le malade, et la responsabilité, civile et pénale, qu'il peut entraîner, exigent le respect absolu de l'indépendance professionnelle des praticiens, reconnue par l'article 75 du Code de déontologie médicale. L'indé-

pendance professionnelle suppose donc que le médecin puisse mettre en œuvre tous les moyens en matériel et en personnel qui sont mis à sa disposition, pour l'administration des soins.

Enfin, l'autorité du directeur ne peut mettre en cause celle qui est reconnue au chef de département par l'article 5 du projet de loi, comme celle qu'accorde l'amendement de votre Commission au chef de service.

Une dernière disposition est également absente du texte du Gouvernement, qu'il paraît pourtant nécessaire d'introduire.

Si le directeur est responsable de la conduite générale de l'établissement, il assume cette responsabilité non point seulement en vertu de ses prérogatives propres, mais dans le respect des décisions du conseil d'administration, dont il est l'exécutif.

Il conviendrait donc de le préciser, d'autant que la mise en œuvre des décisions du conseil implique notamment l'application du programme médical de l'établissement, qui s'exprime en termes de besoins.

b) *La rédaction proposée par votre Commission.*

La rédaction proposée par votre Commission tente de satisfaire aux exigences qui ont été précédemment développées :

Les deux premières phrases définissent, dans le respect du premier alinéa de l'article 22-2, les fonctions du directeur. Il met en œuvre la politique et, notamment, le programme de soins arrêté par le conseil d'administration. A cette fin, et dans l'exercice de ses compétences propres, il est responsable de la conduite générale de l'établissement.

Cette responsabilité implique qu'il exerce son autorité sur l'ensemble *des personnels*. Ce pluriel permet d'attirer l'attention sur la diversité des statuts des personnels des établissements hospitaliers et les modulations qu'ils apportent à l'exercice de l'autorité du directeur, selon qu'elle s'adresse ou non à des personnels dont l'exercice professionnel est strictement défini et protégé par la loi. S'agissant du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, l'exercice de l'autorité du directeur ne peut porter atteinte aux règles de déontologie respectives de ces trois professions, et notamment, à l'indépendance professionnelle du praticien vis-à-vis du malade. Cette rédaction répond à l'ensemble des préoccupations précédemment exprimées.

Enfin, l'autorité du directeur s'exerce dans les limites de celle qui est reconnue par la loi du 31 décembre 1970 aux chefs de services ou aux coordonnateurs des départements (chefs de département dans le texte du Gouvernement).

Cette rédaction semble devoir satisfaire à la fois les praticiens, les directeurs d'hôpitaux et les professions paramédicales dotées d'un statut. La concertation à laquelle a donné lieu l'élaboration de ce texte, conforte votre Commission dans cette conviction. Ainsi aurait-elle eu le sentiment de réconcilier gestionnaires et praticiens, que les auteurs du projet de loi avaient (involontairement ?) opposés un bref instant.

L'efficacité de l'hôpital repose avant tout sur l'unité de ses acteurs. Il convient qu'elle soit convenablement garantie. Il en va de l'avenir de l'hôpital et donc du droit à la santé de nos concitoyens.

II. — LES ORGANES CONSULTATIFS

L'article 10 du projet de loi modifie sensiblement les compétences des deux organes consultatifs de l'hôpital que sont la commission médicale consultative médicale et le comité technique paritaire.

A. — La commission médicale consultative.

S'agissant de la commission médicale consultative, le projet étend aux services non médicaux liés aux activités de soins les avis qu'elle émet obligatoirement. En outre, la commission est chargée de l'élaboration d'un rapport sur l'évaluation des soins, transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire.

1. LA CONSULTATION OBLIGATOIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE CONSULTATIVE

a) *Le texte du projet de loi.*

La première phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970 impose la consultation de la commission médicale consultative sur le budget, sur les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des départements. En cela, il reprend la rédaction actuelle, remplaçant simplement, par coordination, le terme « service » par le terme « département ».

La consultation sur le budget et sur les comptes est rendue aujourd'hui d'autant plus nécessaire que le budget global entrera prochainement en application.

La budgétisation par service suppose qu'une large concertation, au sein de la C.M.C., permette un développement harmonieux des arbitrages souvent complexes que supposera la négociation budgétaire entre les gestionnaires et les praticiens, dans une conjoncture difficile pour les établissements.

La consultation de la commission médicale sur l'organisation des départements (ou des services) permettra de maintenir la cohésion médicale de l'hôpital. Il n'est pas exclu non plus que la commission puisse formuler des propositions aux chefs de service en vue de les inciter à constituer un département. S'appliquant au texte gouvernemental, la consultation de la commission garantira aux praticiens la possibilité d'exercer une influence que votre Commission souhaite décisive sur le découpage des unités fonctionnelles. Tout cela, bien sûr, dans l'hypothèse où le Gouvernement n'emprunterait pas la voie de la sagesse, qui impose l'adoption des amendements de votre Commission.

Enfin, et c'est la première novation du projet de loi, le texte étend la consultation de la commission médicale au fonctionnement des services non médicaux qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades. Cet ajout, fort heureux, tient compte du développement de structures techniques nouvelles, qui, pour ne pas participer directement à l'administration des soins, apportent une aide non négligeable aux services médicaux. La consultation de la commission médicale permettra d'améliorer l'adéquation des services rendus par ces structures aux nécessités qu'imposent les soins et l'amélioration de leur qualité.

b) Les propositions de votre Commission.

Votre Commission vous demande d'accepter le texte du Gouvernement sous deux réserves. D'une part, elle souhaite réintroduire, pour des raisons de pure conséquence, la référence aux services.

D'autre part, votre Commission a déjà dit l'importance qu'elle attache au programme adopté par le conseil d'administration. Elle souhaite que la commission médicale consultative émette un avis sur ce programme, et, afin de marquer le rôle décisif de ce dernier dans la définition des objectifs de l'hôpital, elle souhaite accorder à la commission un pouvoir de propositions. Ce programme sera le point d'orgue de la concertation interne et externe de l'hôpital. Après que les chefs de service ou du département auront défini leurs objectifs, la commission doit être à même de participer à l'effort de cohésion du projet médical de l'établissement.

Tel est le second objet de son amendement à cet alinéa de l'article 24 de la loi du 10 décembre 1970.

2. LE RAPPORT SUR L'ÉVALUATION DES SOINS

Le rapporteur à l'Assemblée nationale, M. Bartolone, a voulu, à juste raison, consacrer de larges développements au rapport sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement, que la commission médicale est chargée d'établir chaque année.

a) *Pourquoi un rapport sur l'évaluation des soins ?*

Votre Commission souhaite tout autant que le Gouvernement la mise en œuvre de tous les moyens qui peuvent permettre une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Les soins ont un coût, et il convient donc qu'à la fois le corps médical et les gestionnaires tentent de définir, dans les domaines respectifs de leur compétence, le meilleur rapport « qualité-prix » des prestations offertes par l'hôpital. Les centres de responsabilités (départements ou services) seront le lieu de la mise en place des outils d'investigation et des recueils de données qui permettront de mesurer l'activité et d'évaluer le coût des moyens mis en œuvre. Il est heureux que les auteurs du projet de loi aient entendu confier aux praticiens eux-mêmes le soin d'analyser ces informations. Une telle démarche permettra une meilleure sensibilisation des personnels médicaux aux contraintes de la gestion financière, dans le respect de la fonction de soins, qui reste la principale mission de l'hôpital.

Ainsi que le rappelle fort excellemment le rapport de l'Assemblée nationale, auquel votre Commission vous demande de vous reporter, de très nombreuses expériences ont été menées spontanément dans les établissements hospitaliers.

A la fin de l'année 1982, dix-neuf hôpitaux de l'Assistance publique à Paris étaient dotés d'un comité d'évaluation.

Outre les avantages précédemment soulignés, une tentative d'évaluation incitera à une meilleure transparence des dossiers médicaux.

« La consécration législative de l'évaluation des soins constitue un élément novateur plus important que la simple obligation faite à la commission médicale consultative d'élaborer un rapport annuel. » Votre Commission partage le sentiment exprimé par son homologue à l'Assemblée nationale. Elle veut toutefois espérer que ces études ne serviront pas de faire-valoir à une autorité de tutelle tentée par la compression budgétaire...

b) Les propositions de votre Commission.

Votre Commission vous propose de maintenir l'obligation faite à la commission médicale consultative d'établir un tel rapport. Toutefois, la formule « rapport sur l'évaluation des soins » lui paraît à la fois imprécise et trop ambitieuse. L'évaluation des soins passe par une appréciation de l'activité médicale. Cette appréciation préalable paraît plus aisée que le projet plus ambitieux d'une évaluation directe des soins. En conséquence, le rapport devrait être consacré à l'analyse des « activités médicales de l'établissement en vue d'une meilleure évaluation des soins ». Tel est le premier objet de l'amendement de votre Commission.

En outre, elle ne souhaite pas soumettre ce rapport à l'examen du comité technique paritaire, et ce, pour deux raisons. D'une part, il n'est pas possible d'imaginer que le personnel non médical soit appelé à formuler une opinion sur l'activité médicale sans mettre en cause, par-là même, l'autorité des praticiens, et ce d'autant plus que les personnels intéressés ne disposent pas des moyens de juger de telles questions. D'autre part, ainsi qu'il sera dit plus loin, le comité technique paritaire est le lieu de la concertation entre les organisations représentatives des personnels et l'administration. Il ne saurait être associé à des tâches liées directement à l'activité médicale de l'établissement. A chaque institution ses sphères de compétences.

B. — Le comité technique paritaire.

**1. UNE EXTENSION NOTABLE DU RÔLE
DU COMITÉ TECHNIQUE PARITAIRE**

a) Le texte du projet de loi.

Aux termes de l'actuel article 24 de la loi du 31 décembre 1970, le comité technique paritaire est consulté « sur l'organisation du fonctionnement des services, et notamment sur les conditions de travail dans l'établissement ».

Malgré une rédaction maladroite — qu'est-ce que l'organisation du fonctionnement — le législateur entendait limiter à l'examen de ses seules conditions de travail l'avis du comité technique paritaire. Le texte du projet de loi, tel qu'amendé à l'Assemblée nationale, étend sa consultation au budget et aux comptes, ainsi qu'au rapport sur l'évaluation des soins.

Votre Commission a déjà exprimé son sentiment sur le second point. S'agissant du budget et des comptes, de la même manière,

on ne saurait admettre que le comité technique paritaire soit associé à la procédure d'élaboration du budget. Certes, 70 % des dépenses de l'hôpital sont des dépenses de personnel. A l'occasion de l'examen des problèmes soulevés par la politique salariale, le comité a tout le loisir d'engager une large concertation sur ce point.

b) Un rappel du rôle du comité technique paritaire.

Votre Commission ne voudrait pas que l'on interprêtât la limitation des compétences du comité technique paritaire comme l'expression d'une méfiance, voire d'une hostilité au personnel non médical.

Simplement, la nature du comité technique paritaire lui paraît incompatible avec le rôle que les auteurs du projet de loi entendent lui confier. Le comité est une structure paritaire qui réunit, pour moitié, les représentants de l'administration et, pour l'autre, les délégués des organisations représentatives du personnel. Son rôle est de gérer la revendication dans la concertation et non point de participer à la gestion. Il existe pour cela d'autres lieux et d'autres voies.

2. LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION

a) Le contenu de son amendement.

Votre Commission, pour tenir compte des éléments précédents, vous suggère de prévoir que le comité technique paritaire est obligatoirement consulté sur l'organisation et le fonctionnement des services et, le cas échéant, des départements, dans les conséquences qu'ils comportent sur les conditions de travail dans l'établissement.

Tel est l'objet de son amendement qui tend à reprendre, en l'améliorant et en l'actualisant, le texte en vigueur.

b) La participation du personnel à la gestion.

Ainsi qu'elle l'a déjà souligné, votre Commission n'entend nullement écarter le personnel d'une participation à la gestion.

C'est la raison pour laquelle, dans les services ou dans certains départements, elle a rendu obligatoire une consultation annuelle des agents, consacrée à l'examen des problèmes que soulève la gestion des unités de soins et à la définition de leurs objectifs. C'est aussi la raison pour laquelle elle a souhaité inscrire dans la loi le rôle décisif joué par l'encadrement paramédical.

Elle n'a donc, sur ce sujet, aucune leçon à recevoir de quiconque.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 7.

(Alinéas premier à 18.)

Pouvoirs du conseil d'administration.

A cet article, votre Commission vous propose d'adopter trois amendements tirant les conséquences des développements du présent titre, qui s'ajoutent aux cinq amendements examinés dans le cadre du titre III.

Article 8.

Pouvoirs du directeur.

A cet article, votre Commission vous propose d'adopter deux amendements tirant les conséquences de ses développements.

Article 10.

Organes consultatifs de l'hôpital.

A cet article, votre Commission vous propose d'adopter trois amendements tirant les conséquences de ses développements.

AUDITIONS DE LA COMMISSION

Soucieuse de développer une large concertation avec les acteurs du système de santé, votre commission des Affaires sociales a voulu, compte tenu des délais qui lui étaient impartis, entendre les principales organisations représentatives et les personnalités les plus qualifiées et leur permettre ainsi de formuler les interrogations et les propositions que leur inspirait le projet de loi qui vous est soumis.

Ainsi, après avoir reçu M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat à la Santé et Mme Paulette Hofman, rapporteur du conseil économique et social, a-t-elle entendu vingt personnalités ou délégations, dont il lui a semblé utile de résumer les propos dans le cadre du présent rapport. Il lui est également apparu nécessaire de publier, en annexe, la motion adoptée par l'Académie nationale de médecine.

Les auditions ont permis de faire notamment ressortir :

— la quasi-unanimité des intervenants pour regretter que les problèmes liés à la planification sanitaire et aux alternatives à l'hospitalisation n'aient pas été abordés à l'occasion de la discussion de ce projet de loi ;

— la volonté souvent exprimée d'une départementalisation souple, volontaire et progressive, et le souhait fréquent qu'elle soit mise en œuvre dans le respect de la hiérarchie du savoir et de la compétence ;

— une condamnation unanime, à travers les nuances exprimées par les uns et par les autres, du renforcement de la tutelle financière de l'Etat sur les établissements.

— la volonté d'un rapprochement, pour des motifs toutefois divergents, entre les secteurs public et privé d'hospitalisation.

Votre Commission espère que la lecture de ces brefs comptes rendus révélera sa volonté de répondre, par les amendements qu'elle soumet à votre examen, aux doléances les plus unanimement exprimées par les acteurs du système de santé.

Votre Rapporteur doit préciser qu'il a, par ailleurs, reçu les organisations représentatives des sages-femmes, qui l'ont convaincu, s'il ne l'était déjà, ainsi que les amendements de la Commission le

montrent, du rôle essentiel joué par cette profession médicale spécifique.

Quant aux travaux de la Commission, dont le compte rendu a été publié dans le Bulletin des commissions (1), ils ont fait notamment apparaître :

— l'unanimité de la Commission sur la nécessité de réformer les conditions de la création et du fonctionnement des syndicats interhospitaliers ;

— l'opposition très ferme des groupes socialiste et communiste ainsi que de la formation des radicaux de gauche, aux amendements aux articles 5 et 6, relatifs à la départementalisation ;

— une volonté commune, au-delà des divergences liées à la rédaction des amendements, de desserrer la tutelle et notamment la tutelle financière exercée par le représentant de l'Etat sur les hôpitaux ;

— un consensus pour tenter de mettre un terme aux conflits entre directeurs d'hôpitaux et praticiens, soit par une amélioration de la rédaction du Gouvernement, soit à travers celle de la Commission.

— un accord sur les compétences de la commission médicale consultative et une opposition des groupes socialiste et communiste, comme de la formation des radicaux de gauche, à l'amendement du Rapporteur sur les compétences du comité technique paritaire.

Le rapport a été ainsi adopté par la majorité de la Commission, les groupes socialiste et communiste et la formation des radicaux de gauche votant contre.

C'est donc à l'issue d'une concertation et d'un travail très approfondis que votre Commission vous demande d'adopter le projet de loi, sous la réserve de nombreux amendements qu'elle a l'honneur de soumettre à votre examen et des observations contenues dans le présent rapport.

1. Audition de M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat à la Santé.

Le secrétaire d'Etat a d'abord indiqué que le projet constituait l'une des étapes de la démarche gouvernementale, qui, après avoir conduit à réformer les études médicales, s'attache actuellement à doter les praticiens des établissements d'hospitalisation publics d'un statut authentique, et visera à mieux définir les conditions de la coordination et de la planification sanitaires, ainsi que les alternatives à l'hospitalisation, tous sujets qui feront l'objet d'un autre pro-

(1) N° 6, première session ordinaire de 1983-1984.

jet qui devrait être soumis à l'examen du Parlement au printemps 1984.

Le projet de loi examiné actuellement par le Parlement tend à achever la mise en œuvre du budget global au sein de l'hôpital et à créer les départements. Il vise par ailleurs à tirer les conséquences législatives des données jurisprudentielles et réglementaires relatives aux pouvoirs des conseils d'administration et des directeurs, ainsi qu'aux tutelles qui s'exercent sur les établissements. Il a enfin l'ambition de permettre un développement effectif des syndicats interhospitaliers.

Dans son exposé, et à la suite des questions posées par le Président, M. Jean-Pierre Fourcade, le rapporteur, M. Jean Chérioux, et M. André Bohl, le Secrétaire d'Etat a tenu notamment à indiquer que le département devait constituer un centre d'autorité déconcentré de la gestion des établissements, laissant aux unités fonctionnelles constituées en son sein, le soin d'assurer pleinement la fonction médicale. M. Edmond Hervé a, en outre, indiqué que le directeur, exécutif de l'établissement, assurait la mise en œuvre des décisions du conseil d'administration, et coordonnait l'activité de l'hôpital dans le respect de la déontologie médicale et dans le souci constant d'entendre les avis de la commission consultative médicale et du comité technique paritaire. A cette organisation, le projet de loi se contente simplement d'apporter une base législative, sans modifier les rapports actuels de pouvoirs au sein de l'hôpital. Quant à la disparition des services, le Secrétaire d'Etat a indiqué que les futurs chefs d'unités fonctionnelles seraient nommés dans des conditions et selon des critères comparables à ceux qui sont retenus pour la désignation des chefs de service (1).

2. Audition de Mme Paulette Hofman, rapporteur du Conseil économique et social.

Mme Paulette Hofman a rappelé d'abord les aspects positifs de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, qui a permis notamment un accroissement considérable des moyens techniques et des lits d'hospitalisation, accompagnée, corrélativement, par une humanisation des établissements. Elle a également souligné les aspects négatifs d'une loi qui n'a pas reçu tous ses textes d'application, singulièrement en matière de tarification. Elle a indiqué ensuite les effets récents de la crise économique, qui devaient relativiser les jugements souvent sévères formulés à l'encontre des gestionnaires et des praticiens hospitaliers. Elle a considéré enfin qu'une action prioritaire devait s'attacher à la définition des alternatives à l'hospitalisation, dont le coût serait élevé, et au développement d'une politique de prévention.

(1) Précision contradictoire avec la note d'orientation ministérielle.

S'agissant du projet gouvernemental, Mme Paulette Hofman a regretté d'abord que la dotation globale constitue avant tout, pour les pouvoirs publics, l'instrument d'un ajustement de la politique hospitalière aux contraintes économiques et risque ainsi de conduire à un rationnement de la santé. Elle a condamné ensuite l'empressement avec lequel était menée une réforme oubliée à la fois des nécessités de la planification sanitaire et de la clarification des charges et des ressources des établissements. Elle a souhaité enfin que le processus de départementalisation s'appuie sur le volontariat et la compétence dans le respect des structures actuelles de l'hôpital.

3. Audition de M. Bernard Debré, Association solidarité médicale.

M. Bernard Debré a d'abord rappelé la qualité exceptionnelle des hôpitaux français, dont une réforme juste devait s'attacher à mieux gérer les moyens, mieux soigner les malades et améliorer la carrière des praticiens. Condamnant les fausses querelles qui ont opposé gestionnaires et praticiens hospitaliers, il a souhaité ensuite que l'organisation de l'hôpital s'appuie sur le respect de la hiérarchie du savoir, de l'équilibre des pouvoirs administratifs et médicaux et d'une élaboration concertée et ascendante des budgets des établissements. Il a enfin condamné le projet de loi, qui visait, par la départementalisation, à atteindre gravement le pouvoir médical et à réduire à néant le triptyque défini par la réforme engagée en 1968, enseignement, recherche et soins.

En conclusion, M. Bernard Debré a formulé la triple proposition d'une mise en œuvre volontaire des départements, appuyée sur une procédure budgétaire ascendante et une meilleure appréciation des coûts de l'activité hospitalière par une initiation des praticiens à l'économie de la santé.

4. Audition de M. Derlin, président de la Caisse nationale d'assurance maladie.

M. Derlin a d'abord rappelé que, depuis 1967, les gestionnaires de la Sécurité sociale avaient pressenti les questions décisives que poserait l'évolution de la dépense hospitalière, qui absorbe aujourd'hui 56 % des ressources de l'assurance maladie. Il a souhaité ensuite que la réforme de la tarification soit mise en œuvre avec tact et mesure, en souhaitant que la pratique conventionnelle des rapports qui s'établissent entre la médecine libérale et les caisses

s'étende aux relations avec les établissements publics d'hospitalisation. Il a souligné enfin que la dotation globale était trop rapidement mise en œuvre en montrant toutefois les intérêts pratiques du système des caisses pivot et en espérant que les difficultés de trésorerie liées à la réforme seront rapidement résolues.

En conclusion, M. Derlin a admis la nécessité de réformer l'organisation hospitalière et, sans vouloir se prononcer sur le principe de la départementalisation, il a insisté sur la priorité d'une meilleure planification des moyens sanitaires.

**5. Audition de Mme Duboys-Fresney,
présidente de l'Association nationale française des infirmières
et infirmiers diplômés et élèves.**

Mme Duboys-Fresney, après avoir souligné la fonction déterminante du personnel infirmier à l'hôpital, a souhaité d'abord que la loi consacre le rôle irremplaçable que jouent aujourd'hui les cadres infirmiers auprès des chefs de service et, demain, auprès des responsables des départements. Elle a clairement indiqué que, selon elle, la nouvelle organisation hospitalière devait être fondée sur le talent et la compétence, plutôt que sur l'élection. Elle a enfin désiré une meilleure représentation des personnels de santé non médicaux au sein de la commission médicale consultative et un renforcement corrélatif de sa participation à la vie quotidienne des services.

En conclusion, Mme Duboys-Fresney a souligné la très forte représentativité de son organisation, reconnue par les pouvoirs publics, au plan strictement professionnel.

**6. Audition de MM. Masson et Sacco,
représentants de la Fédération nationale des services de santé
(C.F.D.T.).**

MM. Masson et Sacco ont d'abord reconnu l'opportunité de la réforme des structures hospitalières, en regrettant toutefois que n'aient pas été traités au préalable les problèmes posés par la décentralisation de la politique d'équipement, la planification sanitaire, les alternatives à l'hospitalisation et la place du secteur privé dans le service public hospitalier. Ils ont souligné ensuite l'effort de maîtrise des coûts et de démocratisation des hôpitaux que constituaient la départementalisation, respectueuse à la fois de l'autorité médicale et du rôle des autres personnels, le renforcement des compétences du

comité technique paritaire et l'institution du budget global. Ils ont enfin souhaité que le rôle des conseils et des chefs de département soit précisé, que les compétences du C.T.P. soient alignées sur celles de la C.M.C., et que la tutelle soit limitée par une véritable concertation budgétaire.

En conclusion, approuvant le nouvel équilibre des pouvoirs instaurés, MM. Masson et Sacco ont toutefois indiqué que, selon eux, le renforcement de l'autorité du conseil d'administration doit s'accompagner d'un engagement financier des collectivités locales.

7. Audition de M. le Professeur Villey, président du Conseil national de l'ordre des Médecins

M. le Professeur Villey a indiqué d'abord que si le projet de loi visait à un meilleur contrôle budgétaire des hôpitaux, nécessaire selon lui, il n'en constituait pas moins un risque grave pour la qualité des soins et l'indépendance professionnelle des praticiens. Il a souligné ensuite et par conséquence la nécessité d'une départementalisation volontaire, progressive, appuyée non sur l'élection mais sur la compétence et sur le respect des unités actuelles de soins. Une reconnaissance du rôle des auxiliaires médicaux lui est également apparue nécessaire.

Il a enfin souhaité, d'une part, que l'autorité du directeur ne puisse mettre en cause l'indépendance professionnelle des médecins, reconnue par le code de déontologie médicale, dont l'opposabilité à la norme administrative avait été reconnue par le Conseil d'Etat, et a admis d'autre part la nécessité de remettre en cause l'inamovibilité des chefs de service, selon une procédure garante du respect de l'éthique médicale, à chaque fois qu'il en va de la qualité de la gestion des unités de soins.

En conclusion, le Professeur Villey a considéré que la maîtrise des coûts devait passer plus par la réduction des gaspillages matériels et administratifs que par une limitation des soins et que la tutelle ne devait pas étrangler les établissements.

8. Audition de Mme Girard, représentant le syndicat des professions de santé (non médicales) (C.G.C.).

Mme Girard a d'abord indiqué la nécessité d'une réforme hospitalière, en raison de la mauvaise répartition des lits, des incohérences de la gestion budgétaire, des excès du recrutement de personnel médical et de l'insuffisance corrélative de personnel paramédical. Elle a ensuite émis des réserves sur le principe de l'élec-

tion du chef et du conseil de département et a condamné les pouvoirs exorbitants attribués au représentant de l'Etat dans le département. Elle a enfin souhaité que le rôle des cadres infirmiers soit reconnu par la loi, autant au sein de l'hôpital que dans les administrations de tutelle, et que le texte fasse référence à la déontologie des infirmières.

En conclusion, elle a considéré que la départementalisation ne devait pas conduire à la disparition des services, et que l'urgence exigeait surtout une amélioration des conditions de travail des personnels au sein de ces derniers.

9. Audition de M. Desormière, représentant la Fédération de la santé et de l'action sociale (C.G.T.).

M. Desormière a d'abord exprimé la satisfaction de son organisation face à une réforme qui renforçait la coopération interhospitalière et le rôle du personnel hospitalier dans la gestion, en regrettant toutefois que le projet de loi ni ne traite de la planification sanitaire, ni ne confie aux conseils d'administration le soin de négocier les marchés des établissements.

Il a souhaité ensuite que soit substitué au comité technique paritaire, dont il se félicite de l'accroissement du rôle, un comité d'établissement, à l'instar des comités d'entreprise institués dans le secteur privé.

Il a enfin considéré que les conditions nouvelles d'exercice de la tutelle lui paraissaient acceptables dès lors qu'elles respectent les besoins de la population.

En conclusion, M. Desormière a souligné que la démocratisation des hôpitaux était le gage d'une meilleure gestion.

10. Audition du docteur Morin, secrétaire général de la Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée.

M. le Docteur Morin s'est d'abord élevé contre la vision collectiviste de la santé que traduisait le projet de loi, qu'il s'agisse de la coopération interhospitalière, de la départementalisation ou de la réforme de la tarification hospitalière.

Il a ensuite considéré que le budget global ne serait pas forcément moins coûteux que le système de prix de journée et qu'il compromettrait toute liberté de gestion.

Il a enfin souligné que le budget global, appliqué au secteur privé d'hospitalisation, risquait d'occasionner de graves difficultés aux établissements privés en cas de déficit de fin d'année.

Il a, en conclusion, émis des doutes sur l'efficacité, la compétence et l'autorité d'un chef de département élu, pour une durée limitée, par ses collaborateurs directs.

11. Audition de M. le Professeur Derenne, président du Syndicat de la médecine hospitalière (intersyndicale n° 1).

M. le Professeur Derenne a d'abord souligné l'importance du projet de départementalisation, à la double vocation administrative et médicale, qui, associé à la déconnexion du grade et de l'emploi, respectait et renforçait la responsabilité médicale des praticiens, reconnaissait le rôle joué par les professions paramédicales et consacrait dans la loi la collégialité nécessaire de l'équipe médicale. Il a ensuite condamné une politique hospitalière qui subordonnerait l'activité médicale à des critères purement économiques et a craint que la dotation globale, par le poids de la tutelle et de la gestion, n'affecte la fonction de soins et ne conduise à un dépérissement de l'hôpital public.

Il a enfin constaté que la fonction de chef de département, par son poids, exigeait un renouvellement régulier de celui qui l'exerce et il a souhaité que cette réforme s'appuie à la fois sur une modification du statut des praticiens qui conduise à un recrutement par concours national et sur le respect de la liberté du choix du médecin par le malade.

En conclusion, M. Derenne a formulé l'équation : budget global + non-embauche de jeunes médecins + grille salariale peu satisfaisante = fuite du secteur public vers le secteur privé et naissance d'une médecine de pauvres et d'une médecine de riches.

12. Audition de M. Cadène, délégué général de la Fédération hospitalière de France.

M. Cadène a d'abord souligné que si le département pouvait permettre de raffermir l'autorité médicale, d'éviter la balkanisation des services et de favoriser une approche pluridisciplinaire des malades, il convenait toutefois d'éviter la précipitation, de garantir le respect de la responsabilité médicale individuelle et, afin de circonscrire son autorité, de confier l'élection du chef de département aux praticiens

élus au sein du conseil du département. Il a ensuite dénoncé la dotation globale, qui conduisait à subordonner la dépense hospitalière aux choix économiques et il a souhaité que le conseil d'administration puisse, comme le préfet, saisir la chambre régionale des comptes en cas de non-approbation du budget au 1^{er} janvier. Il a enfin douté de l'efficacité de l'évaluation des soins et exprimé son souhait qu'une loi-cadre définisse la politique globale de la santé. En conclusion, M. Cadène a indiqué que, selon lui, les vraies priorités étaient la planification sanitaire, l'examen des conséquences du vieillissement de la population et la définition des choix qu'imposera la crise de financement de la protection sociale, que les seuls instruments technocratiques les plus sophistiqués ne suffiront pas à résoudre.

**13. Audition de M. Beaupère,
président de la Confédération des syndicats médicaux français.**

M. Beaupère a d'abord souligné que la complémentarité nécessaire de la médecine hospitalière et de la médecine de ville supposait le respect de l'indépendance professionnelle de la première, le maintien de la pratique hospitalière à temps partiel et le respect des intérêts propres du secteur privé hospitalier. Il a ensuite regretté que la départementalisation, pourtant souhaitable, soit engagée trop vite, ne respecte pas la compétence, par l'introduction de l'élection, et soit l'instrument d'un renforcement du poids de la gestion, soutenu par une volonté d'évaluation des soins à laquelle il s'est déclaré opposé. Enfin, M. Beaupère a condamné l'introduction de la dotation globale, qui subordonnait l'activité de soins à la contrainte économique et conduisait les médecins à gérer la pénurie, aux dépens de la qualité de leurs prestations. En conclusion, M. Beaupère a souhaité que l'indépendance professionnelle des praticiens et la déontologie médicale ne soient nullement compromises par l'autorité du directeur et les prérogatives de la tutelle.

**14. Audition de M. Hébert,
délégué général de l'Union hospitalière privée.**

M. Hébert a d'abord condamné, au-delà de la coopération inter-hospitalière promue par le projet de loi, la création future de groupements d'intérêt public dont le statut convenait d'être précisé, afin d'éviter une nationalisation « rampante » de notre système de santé.

Il a regretté ensuite que l'institution du budget global creuse un peu plus le fossé entre le secteur privé et le secteur public d'hos-

pitalisation, et il a souhaité qu'un esprit conventionnel anime les rapports entre les acteurs du système de santé.

Il a enfin dénoncé les risques d'une départementalisation qui s'incriminait elle aussi dans une perspective de collectivisation du système de santé.

En conclusion, M. Hébert a insisté sur les charges que supportait le secteur privé d'hospitalisation et sur la qualité de la gestion des établissements qui le composent.

15. Audition de M. Vincent, président du Syndicat national des cadres hospitaliers.

M. Vincent a d'abord souligné que, au contraire de l'objectif annoncé de décentralisation, le projet de loi augmentait le poids de la tutelle et que son organisation, dans le souci du respect de l'autonomie des établissements, avait fait accepter au Gouvernement qu'il accepte de confier au conseil d'administration la mission d'élaborer un programme de soins.

Il a ensuite solennellement affirmé que le directeur devait être responsable de la conduite générale de l'établissement dans le respect de la politique définie par le conseil d'administration, de la déontologie médicale et de l'indépendance professionnelle des praticiens.

Il s'est enfin déclaré favorable au budget global, source de « responsabilisation » à travers une budgétisation « éclatée », et à un encadrement des pouvoirs d'une tutelle, qui, respectueuse des orientations de l'Etat, ne devait pas toutefois étouffer les établissements.

En conclusion, M. Vincent a exprimé sa préférence pour la nomination des responsables médicaux, qui, au contraire de l'élection, permet de reconnaître sûrement la compétence et a souhaité que la départementalisation ne conduise pas à une suppression pure et simple des services.

16. Audition du représentant de M. Frachon, directeur de la Fédération des établissements d'hospitalisation privée.

Le représentant de cette fédération a d'abord rappelé que, pour le secteur privé à but non lucratif, le bilan de la loi de 1970 avait été très favorable, notamment depuis 1976.

Il a condamné ensuite le renforcement de la tutelle financière sur les établissements et sa subordination à des critères exclusivement économiques, qui risquaient de conduire à une dégradation

des soins, et s'est interrogé tout particulièrement sur la portée de l'application de cette tutelle au secteur privé non lucratif.

Il a indiqué la réticence des établissements privés non lucratifs à leur intégration dans les syndicats interhospitaliers, et a souhaité la création de groupements d'intérêt public, respectueux des intérêts privés et publics.

En conclusion, le représentant de cette fédération a condamné une fois encore le « garrotage » des budgets hospitaliers et a craint dans ces conditions, pour l'avenir de notre système de soins.

**17. Auditions de M. Lepère (cadres) et de M. Champeau (personnel),
représentant les Fédérations de santé (F.O.-C.G.T.).**

M. Lepère a d'abord indiqué l'hostilité des cadres hospitaliers à la dotation globale et à l'alourdissement de la tutelle ainsi que l'absence d'une tentative de rapprochement des secteurs privé et public d'hospitalisation.

Il a souhaité que les pouvoirs des directeurs soient précisés et s'est déclaré favorable à la départementalisation et à l'élection de ses instances.

M. Champeau a ensuite dit également son hostilité au budget global. Il a indiqué que, selon lui, la départementalisation pouvait conduire à la balkanisation des établissements et modifier le rôle de l'hôpital public.

Il a précisé que l'élection des instances du département n'était pas une priorité et qu'il valait mieux renforcer le rôle des cadres des professions paramédicales et les compétences des comités techniques paritaires.

Les intervenants ont alors exprimé leur totale adhésion aux conclusions du rapport présenté, au nom du Conseil économique et social, par Mme Paulette Hofman.

**18. Audition de M. Michel Miroudot,
vice-président de l'Association des maires de France.**

M. Michel Miroudot, après avoir brièvement décrit la consultation de l'Association par M. Jack Ralite, alors ministre de la Santé, a indiqué que le projet de loi n'avait donné lieu à aucune concertation avec l'Association des maires de France.

Il s'est d'abord interrogé sur les attributions des instances du département et le rôle de celui-ci.

Il a ensuite condamné les propos de ceux qui accusaient les élus locaux d'être plus « bâtisseurs que gestionnaires » en rappelant le rôle décisif joué par les élus, au sein des conseils d'administration, dans la gestion quotidienne des établissements.

Il a enfin rejeté avec vigueur l'hypothèse d'une décentralisation financière du système de santé qui se ferait aux dépens des finances locales, au moment où l'Etat accentue sa mainmise sur les budgets des hôpitaux.

En conclusion, M. Michel Miroudot a rappelé que les élus assureraient au sein des conseils d'administration à la fois la représentation de la population, donc des malades et le respect des nécessités locales.

19. Audition de M. le Docteur Peigné et d'une importante délégation de l'intersyndicale du « 12 février » (intersyndicale n° 2).

M. le Docteur Peigné a dénoncé le projet de loi qui, selon lui, entend compromettre l'indépendance médicale des praticiens au profit des directeurs d'hôpitaux et met en œuvre trop brutalement une départementalisation très rigide.

Il a souhaité au contraire que le département soit mis en place dans le respect du volontariat. Il a dénoncé enfin l'accroissement des contrôles financiers et des compétences du comité technique paritaire, qui, s'ajoutant aux pouvoirs du directeur, enserrerait les praticiens dans une tutelle administrative, financière et syndicale.

Le professeur Garbay a rappelé que si 54 % des praticiens appartenant à l'intersyndicale étaient favorables au département, la plupart d'entre eux étaient opposés au projet gouvernemental.

Il a condamné, dans le projet de statut, l'absence de la nécessité de l'inscription au conseil de l'ordre. Il a vu dans tous ses projets une volonté de démanteler l'hôpital public.

M. Valty, dénonçant la composition des conseils de département, a rappelé que l'hôpital avait pour mission de soigner les malades et non de gérer les intérêts des personnels.

M. Piette a souhaité l'institution de départements fédérateurs de services, dans le respect de la déconnexion du grade et de l'emploi, de la responsabilité et de l'indépendance médicales personnelles de chaque praticien.

20. Audition de MM. Vinsonneau et Sauty, représentant la Fédération nationale des syndicats chrétiens (C.F.T.C.).

MM. Vinsonneau et Sauty ont d'abord souligné l'importance de la réforme des syndicats interhospitaliers, dans les conseils d'administration desquels ils ont souhaité que soit garantie la représentation des personnels.

Ils se sont ensuite déclarés favorables à l'institution des départements, qui devrait permettre une meilleure utilisation des moyens, en regrettant toutefois que le délai de leur mise en place ne soit pas plus long et ont insisté sur l'importance des prérogatives reconnues aux comités techniques paritaires, à condition que les comités ne procèdent pas de l'élimination de la représentation de certaines organisations syndicales.

Ils ont enfin souhaité que le rôle du directeur soit plus clairement précisé et se sont félicités de l'introduction de la logique de l'évaluation des soins.

En conclusion, les intervenants ont dénoncé le renforcement de la tutelle financière, qui, selon eux, porte une atteinte grave à l'autonomie des établissements et menace l'avenir du système de santé.

21. Audition de M. le Docteur Gatelmand, représentant la Fédération des médecins de France, et du docteur Peigné, représentant la Fédération des médecins (C.G.C.).

M. le Docteur Gatelmand a d'abord condamné une réforme, qui, développée telle une mosaïque, renforce l'autorité de l'Etat, amoindrit les responsabilités des conseils d'administration et des élus locaux et conduit à assimiler les médecins à un corps technique soumis à l'autorité hiérarchique des directeurs, eux-mêmes soumis à celle du préfet.

Il a craint ensuite que les malades retirent leur confiance à des praticiens privés de toute indépendance professionnelle et dont les moyens thérapeutiques seraient rationnés. Il a souhaité à cette occasion que la déontologie médicale soit respectée et, qu'à l'instar de nombreux pays occidentaux, les médecins occupent, à la direction des hôpitaux et dans les administrations de la santé, les plus hauts postes de responsabilité administrative.

Il a enfin souhaité que soient mieux prises en compte les réalités locales, par le respect des compétences des conseils d'administration

et des praticiens, et qu'en conséquence le Gouvernement renonce à un projet de démantèlement de l'hôpital public.

En conclusion, le docteur Gatelmand a souhaité que les praticiens soient sensibilisés aux problèmes de gestion et le docteur Peigné a proposé à la Commission un texte définissant les rapports entre les directeurs d'établissement et les médecins.

22. Audition de M. le Professeur Canlorbe, président du Syndicat autonome de l'enseignement supérieur et de la recherche, de M. le Professeur Milhaud et du docteur Cugnenc, chef de clinique.

M. le Professeur Canlorbe a d'abord indiqué que, s'il acceptait une départementalisation pragmatique et volontaire des hôpitaux, il refusait un projet gouvernemental, selon lui dogmatique et contraignant, imposé dans des délais beaucoup trop courts.

Il a souhaité que les départements constituent des fédérations de service et s'appuient sur la hiérarchie du savoir et de la compétence, plutôt que sur une hiérarchie élective.

M. le Professeur Milhaud, ensuite, après avoir constaté, depuis plus de deux ans, la dégradation des plateaux techniques et l'émergence de graves problèmes de personnel, a rappelé que l'organisation actuelle en services s'appuyait sur la légitimité de la compétence.

M. le Docteur Cugnenc a enfin condamné le projet de statut, qui, miroir aux alouettes, négligeait des problèmes aussi graves que la grille salariale et la retraite.

Il a affirmé que la dissociation du grade et de la fonction n'était pas primordiale et a regretté que certains jeunes médecins, séduits par la départementalisation, tombent dans le piège tendu par les pouvoirs publics.

En conclusion, les intervenants ont condamné unanimement un projet qui bouleverserait l'hôpital par un renforcement indu des pouvoirs du directeur et des prérogatives syndicales et ont proclamé que l'avenir du système de santé était en jeu.

ANNEXE

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE MOTION SUR LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

au nom d'un groupe de travail (1).

Au moment où s'élabore une réforme hospitalière, l'Académie nationale de médecine, conseillère du Gouvernement en matière de santé, soucieuse de la qualité des soins hospitaliers et du prestige de la médecine française, tient à affirmer son attachement aux principes généraux suivants en médecine hospitalière :

1. Maintien des titres, rang et prérogatives des chefs de service. Le chef de service, choisi par ses pairs pour sa compétence et son autorité, est l'animateur permanent d'une équipe hiérarchisée qui, sous sa direction, travaille au maintien de la meilleure qualité, dans les domaines du traitement, de l'enseignement et de la recherche pour sa spécialité.

2. La hiérarchie hospitalière *administrative* est couronnée par le directeur de l'hôpital ; la hiérarchie *médicale* est au sommet représentée par le Président élu de la commission médicale consultative dont l'autorité est reconnue par le directeur de l'hôpital, seul gestionnaire responsable, mais aussi dans le cas des C.H.U. par le doyen élu de médecins dont l'autorité est reconnue pour tout problème universitaire.

3. La constitution de départements unissant, pour une meilleure efficacité thérapeutique et un meilleur rendement du matériel technique lourd, des services divers relevant d'une même discipline ou de disciplines voisines ne semble possible que si elle est créée sur une base *volontaire* des participants. Elle n'est concevable que dans les hôpitaux réunissant un nombre suffisant de services, et laisse la possibilité de services non intégrés au département.

(1) Membres du groupe de travail :

MM. de Seze, président, Hamburger, Lazorthes, Lechat, Richet, Sureau, Tayeau, Gounelle de Pontanel, Léger, Gouazé, Bourgeois, Mirouze, Vague, Lépine, Sournia, Delmas, Crosnier.

4. La participation du personnel médical et non médical à la gestion du département ne peut avoir lieu que dans des conditions respectant l'autorité et la liberté du Chef médical de département, élu et rééligible, choisi par les médecins titulaires du département, œuvrant dans des conditions indépendantes de toute ingérence non médicale.

5. Aucune contrainte ne peut être exercée sur le corps médical pour l'amener à des décisions ou des choix thérapeutiques qui seraient contraires à l'éthique médicale ou à la déontologie professionnelle.



L'Académie, saisie dans sa séance du 18 octobre 1983, a adopté cette motion à l'unanimité.

Pour copie conforme,
le Secrétaire perpétuel,

M. le Professeur André Demaire.

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.	Article premier.	Article premier.	Article premier.
<p>Art. 8. — Les syndicats interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi sont des établissements publics dont la création est autorisée par arrêté préfectoral.</p>	<p>L'article 8 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>L'article 8... ... décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière est remplacée... ... suivantes :</p>	<p>Il est inséré, après l'article 14 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière une section II bis ainsi rédigée :</p>
<p>Un syndicat interhospitalier peut être créé dans un secteur d'action sanitaire entre deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande de ces établissements.</p>	<p>« Art. 8. — Un syndicat interhospitalier peut être créé à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier. Sa création est autorisée par arrêté du représentant de l'Etat dans le département siège du syndicat.</p>	<p>« Art. 8 — Sans modification.</p>	<p>« Section II bis. « Des syndicats interhospitaliers.</p>
<p>Un syndicat interhospitalier peut être créé dans une région d'action sanitaire entre le ou les centres hospitaliers régionaux et soit un ou plusieurs syndicats interhospitaliers de secteur, soit un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande des organismes intéressés.</p>	<p>« Les syndicats interhospitaliers sont des établissements publics. »</p>	<p>« Art. 14-1. — Un syndicat interhospitalier peut être créé à la demande de plusieurs établissements assurant le service public hospitalier. Sa création est autorisée par arrêté du représentant de l'Etat dans le département siège du syndicat.</p>	<p>« Le syndicat interhospitalier est un établissement public.</p>
<p>Tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier du secteur auquel il appartient. Tout syndicat interhospitalier de secteur, et</p>			

Texte en vigueur

—

tout établissement assurant le service public hospitalier, est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier de la région à laquelle il appartient.

Art. 9. — Voir *infra*.

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

—

« Art. 14-2. — *Le syndicat interhospitalier est administré par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la Santé, après avis du président du conseil d'administration.*

« *Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui font partie du syndicat, compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges. Le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat sont membres de droit du conseil d'administration. Le directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.*

« *La représentation des personnels médicaux et des personnels non médicaux employés par le syndicat est assurée au sein de son conseil d'administration. Cette représentation ne peut être, en pourcentage, supérieure à celle dont ces personnels bénéficient dans l'établissement adhérent au syndicat où ils sont le mieux représentés.*

« *Le conseil d'administration élit son président parmi ses membres. Il peut déléguer à un bureau élu en son sein certaines de ses attributions. Cette délégation ne*

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

Art. 10. — Voir *infra*.

peut porter sur les matières énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et 7° de l'article 22 qui demeurent de la compétence exclusive du conseil d'administration. Lors de chaque réunion du conseil d'administration, le bureau et le président rendent compte de leurs activités.

« La composition du bureau et le mode de désignation de ses membres sont fixés par décret.

« Art. 14-3. — Le syndicat interhospitalier peut exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :

« 1° La création et la gestion de services communs ;

« 2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;

« 3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;

« 4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;

« 5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipement obtenues par ces établissements ;

« 6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p><i>Art. 11.</i> — Sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, les articles 20, 21, 22 et 25 de la présente loi sont applicables aux syndicats interhospitaliers.</p> <p>Un décret fixera les conditions de l'application de l'article 24 de la présente loi à ces établissements.</p>	<p>Art. 2.</p>	<p><i>I (nouveau).</i> — Il est inséré, après la première phrase du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, la nouvelle phrase suivante :</p> <p>« La représentation des personnels médicaux et des personnels non médicaux employés par le syndicat est assurée au sein du conseil d'administration. »</p>	<p>« Les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie.</p> <p>« <i>Art. 14-4.</i> — Sous réserve des dispositions des articles 14-1 à 14-3, les articles 20, 21, 22, 22-1, 22-2 et 25 de la présente loi sont applicables au syndicat interhospitalier.</p> <p>« Un décret fixe les conditions de l'application de l'article 24 de la présente loi au syndicat.</p> <p><i>Art. 14-5.</i> — Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté du représentant de l'Etat dans le département. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat.</p> <p>« Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat. »</p>
<p><i>Art. 9.</i> — Les syndicats interhospitaliers sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la Santé publique, après avis du président du conseil d'administration.</p> <p>Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui en font</p>			<p>I. — Dans l'intitulé de la section II du chapitre premier de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, les mots :</p> <p>« et des syndicats interhospitaliers » sont supprimés.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>partie compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges du conseil. Il élit son président parmi ses membres. Le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat interhospitalier sont membres de droit du conseil d'administration. Le directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.</p>	<p>Il est ajouté à l'article 9 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 un troisième alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>II. — Il est ajouté, au même article 9 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée, les nouveaux alinéas suivants :</p>	<p>II. — <i>Le quatrième alinéa de l'article 5, le dernier alinéa de l'article 6 et les articles 8, 9, 10, 11, 12 et 13 de ladite loi sont abrogés.</i></p>
<p>Art. 5, 6, 10, 13 et 14. — Voir <i>infra</i>.</p>	<p>« Le conseil d'administration peut déléguer à un bureau élu en son sein certaines de ses attributions. Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article 22 qui demeurent de la compétence exclusive du conseil d'administration.</p>	<p>« Le conseil... ... aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 7° de l'article 22... ... d'administration.</p>	<p>III. — 1) <i>A la fin du premier alinéa de l'article 14 de ladite loi, les mots : « ou d'un syndicat interhospitalier » sont supprimés.</i> 2) <i>A la fin du troisième alinéa de cet article, les mots : « ou du conseil d'administration du syndicat intéressé » sont supprimés.</i></p>
<p>Art. 8, 9, 11 et 12. — Voir <i>Supra</i>.</p>			<p>IV. — <i>Dans la première phrase du second alinéa de l'article 43 de ladite loi, après les mots :</i></p>
<p>Art. 6. — Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.</p>			<p>« syndicat hospitalier » les mots : « du secteur sur lequel ils sont implantés » sont remplacés par les mots : « du lieu de leur implantation »</p>
<p>Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.</p>			
<p>Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur ou de région sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 46 de la présente loi.</p>			
<p>Les conseils de ces groupements proposent la création de services communs, soit dans le cadre des dispo-</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>sitions de l'article 8, soit par voie de convention bilatérale entre établissements.</p>	<p>« La composition du bureau et le mode de désignation de ses membres sont fixés par décret. »</p>	Alinéa sans modification.	
<p>Art. 14. — Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.</p>			
<p>Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.</p>			
<p>L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral, sur avis conforme du conseil du groupement ou du conseil d'administration du syndicat intéressé.</p>			
	Art. 3.	Art. 3.	Art. 3.
	<p>A l'article 10 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, les mots : « les syndicats interhospitaliers de secteur » et « les syndicats interhospitaliers régionaux » sont remplacés par les mots : « les syndicats interhospitaliers ».</p>	<p>A l'article 10 de la loi du 31 décembre 1970 précitée, les mots : « Les syndicats... » et « les... » régionaux »... mots : « les syndicats interhospitaliers ».</p>	Supprimé.
<p>Art. 10. — Les syndicats interhospitaliers de secteur et les syndicats interhospitaliers régionaux peuvent exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>1° La création et la gestion de services communs ;</p> <p>2° La formation ou le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;</p> <p>3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;</p> <p>4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;</p> <p>5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par ces établissements ;</p> <p>6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires du secteur ou de la région, dans le cadre de la carte sanitaire.</p>	<p>Art. 4.</p> <p>Le troisième alinéa de l'article 5 et l'article 13 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 sont abrogés.</p>	<p>Art. 4.</p> <p>Le quatrième alinéa de l'article 5, l'article 13 et le troisième alinéa de l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970 précitée sont abrogés.</p>	<p>Art. 4.</p> <p>Le troisième alinéa... ... précitée est abrogé.</p>
<p>Art. 5. — Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs d'action sanitaire.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur.</p> <p>Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional.</p> <p><i>Les établissements qui forment un groupement interhospitalier de secteur peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur. Les établissements qui forment un groupement interhospitalier régional peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.</i></p> <p><i>Art. 13. — Lorsque tous les établissements faisant partie d'un groupement interhospitalier de secteur adhèrent au syndicat interhospitalier créé dans ce secteur, le conseil du groupement est automatiquement dissous et ses attributions sont transférées de plein droit au conseil d'administration du syndicat.</i></p> <p><i>Il en va de même pour le conseil d'un groupement interhospitalier régional lorsque tous les établissements qui en font partie adhèrent soit directement, soit par l'intermédiaire d'un syndicat interhospitalier de secteur, au syndicat interhospitalier régional.</i></p> <p><i>Art. 23. — Dans le délai de un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret déterminera les conditions d'assouplissement de la gestion administrative</i></p>			

Texte en vigueur

et financière des établissements d'hospitalisation publics.

Ce décret déterminera également les conditions dans lesquelles les établissements d'hospitalisation publics pourront, à titre exceptionnel, financer leurs équipements en recourant à des emprunts au taux normal du marché.

Il déterminera également les modalités d'association des chefs de service des établissements d'hospitalisation publics à la gestion de leur service et aux responsabilités qui en découlent.

Il prendra toutes mesures de nature à assurer une harmonisation du remboursement des actes médicaux, quel que soit le secteur, public ou privé, auquel appartient l'établissement dans lequel ils sont effectués et compte tenu des charges inhérentes à chacun de ces secteurs.

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

Art. additionnel (nouveau)
avant l'art. 5.

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-1 ainsi rédigé :

« Art. 20-1. — Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services.

« Le fonctionnement médical de chaque service est placé sous la direction technique d'un praticien chef de service. Le chef de service est désigné, pour six ans, par le ministre chargé de la Santé, qui exerce son choix sur une liste d'aptitude établie dans

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

des conditions fixées par décret ; ses fonctions sont renouvelées, sauf opposition exprimée par le conseil d'administration de l'établissement où il exerce après avis conforme de la commission médicale consultative.

« Le personnel non médical du service est, pour l'administration des soins aux malades, placé sous l'autorité exclusive du chef de service.

« Un décret détermine les modalités selon lesquelles le chef de service est associé à la gestion administrative de son service et aux responsabilités qui en découlent et notamment les conditions de sa consultation, par le directeur, lors de l'élaboration du budget de l'établissement et du programme visé à l'article 22-1° de la présente loi sur les prévisions d'activités et de moyens afférentes audit service.

« Le chef de service est assisté, dans sa gestion, par un cadre infirmier ou, dans les services intéressés, par une sage-femme, dont le mode de désignation et les attributions sont fixés par décret.

« Un comité de gestion, composé des praticiens à temps plein, des cadres infirmiers et, le cas échéant, des sages-femmes, est consulté, au moins une fois tous les trois mois, par le chef de service sur l'activité et le fonctionnement du service. Si le service ne comporte pas, ou ne comporte qu'un seul praticien à temps plein, le comité comprend les praticiens à temps partiel.

« Avant d'arrêter les prévisions d'activité et de moyens

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

Art. 5.

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article 20-1 ainsi rédigé :

« Art. 20-1. — Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en départements. Chaque département groupe ceux des membres du personnel de l'établissement qui concourent à l'accomplissement d'une même tâche caractérisée par la nature des affections prises en charge ou des techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre.

« Les activités du département sont placées sous l'autorité d'un chef de département. Cette autorité ne porte pas atteinte aux responsabilités médicales des praticiens telles qu'elles résultent de l'organisation interne de l'établissement. Le chef de département est consulté par le directeur, lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activités et de moyens affectés au département.

« Le chef de département est un praticien à temps plein, à moins que le département ne comporte que des praticiens à temps partiel. Il est élu par les médecins et, le cas échéant, les pharmaciens et les odontologistes du département, sous réserve de

Art. 5.

Il est inséré, dans la loi du 31 décembre précitée, un article 20-1 ainsi rédigé :

« Art. 20-1. — Pour l'accomplissement...

... publics, à l'exception des unités d'hospitalisation visées au 4° de l'article 4 de la présente loi, sont organisés...

... d'une tâche commune caractérisée par la nature...

œuvre.

Alinéa sans modification.

« Le chef...

... partiel. Si le département ne comporte qu'un seul praticien à temps plein, le chef de département peut être un praticien à temps

afférents au service visées au quatrième alinéa du présent article, le chef de service réunit, au moins une fois par an, l'ensemble de des personnels. »

Art. 5.

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-2 ainsi rédigé :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

l'agrément du représentant de l'Etat ; l'agrément ne peut être refusé que dans les cas où l'intéressé ne remplit pas les conditions requises pour accéder auxdites fonctions. Il est assisté d'un conseil de département au sein duquel est représenté l'ensemble du personnel.

« Les membres du conseil de département sont élus par trois collèges formés respectivement des médecins ainsi que, le cas échéant, des pharmaciens et des odontologistes, des personnels soignants et des autres membres du personnel.

« Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

« a) les modalités d'organisation et la structure interne des départements, compte tenu des caractères propres des diverses catégories d'établissements d'hospitalisation publics et de la nature de leurs activités médicales ;

« b) les modalités d'élection des membres des conseils de département et des chefs de département ainsi que les conditions d'agrément de ceux-ci. »

partiel. Il est élu par les médecins à temps plein, à temps partiel, les médecins attachés et, le cas échéant, les pharmaciens et les odontologistes du département qui votent par collèges séparés, sous réserve...

... du personnel. Le conseil de département est consulté par le chef de département, notamment lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activités et de moyens afférentes au département.

... odontologistes, des personnels paramédicaux et des autres membres du personnel. Lorsque l'activité d'un département requiert la présence permanente de sages-femmes, celles-ci sont représentées au conseil du département. Dans ce cas, un collège spécifique comportant l'ensemble des sages-femmes élit son ou ses représentants.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
—	—		<p>« Art. 20-2. — A l'initiative conjointe des chefs de service intéressés, il peut être constitué des départements regroupant des services ou certaines activités des services, soit pour l'accomplissement d'une activité médicale commune par la nature de l'affection prise en charge ou par les techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre, soit en vue d'une gestion commune. La création du département est décidée par le conseil d'administration, sur l'avis de la commission médicale consultative.</p>
			<p>« Les activités du département sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur choisi par les chefs de service intéressés. Le coordonnateur est assisté par un cadre infirmier ou, dans les départements intéressés, par une sage-femme, dont le mode de désignation et les attributions sont fixés par décret.</p>
			<p>« Le coordonnateur représente le département. »</p>
			<p>Art. additionnel (nouveau) après l'art. 5.</p>
			<p>Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-3 ainsi rédigé :</p>
			<p>« Art. 20-3. — Lorsque le département est créé en vue de l'accomplissement d'une activité médicale commune par la nature de l'affection prise en charge ou par les techniques de diagnostic et de traitements mises en œuvre, le coordonnateur est chargé de définir une stratégie thérapeutique et d'organiser les moyens nécessaires à sa réalisation.</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

Il rend compte de son activité au comité de coordination, composé des chefs de service intéressés et du cadre infirmier ou, le cas échéant, de la sage-femme placé auprès de lui. »

Art. additionnel (nouveau)
après l'art. 5.

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-4 ainsi rédigé :

« Art. 20-4. — Lorsque le département est créé en vue d'une gestion commune, le coordonnateur exerce, au lieu et place des chefs de service, les fonctions dévolues à ces derniers par l'alinéa 4 de l'article 20-1 de la présente loi.

« Dans l'accomplissement de sa mission, le coordonnateur est assisté d'un comité permanent de gestion, composé des chefs de service intéressés et du cadre infirmier ou de la sage-femme attaché au département, qui définit notamment les modalités de répartition des moyens et du personnel au sein du département.

« Un conseil de département est institué, qui, se substituant aux comités de gestion des services visés au sixième alinéa de l'article 20-1 de la présente loi, comprend, outre les membres du comité permanent de gestion, tous les praticiens titulaires du département, un représentant des praticiens non-titulaires par service et un cadre infirmier ou, le cas échéant, une sage-femme, par service.

« Le conseil est tenu informé de l'activité du département et est consulté sur les

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

prévisions d'activités et de moyens afférentes audit département et destinées à la préparation du budget de l'établissement. »

Art. additionnel (nouveau)
après l'art. 5.

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-5 ainsi rédigé :

« Art. 20-5. — Les dispositions des articles 20-2 à 20-4 de la présente loi ne sont pas applicables aux établissements visés au 4° de l'article 4 de la présente loi. Elles s'appliquent aux seuls établissements d'hospitalisation publics dont la capacité répond à des normes techniques définies par décret. »

« Un décret précise en tant que de besoin les modalités de la participation des pharmaciens et des odontologistes aux instances des services et des départements institués par les articles 20-1 à 20-4 dans des conditions analogues à celles qui sont réservées aux praticiens.

Art. 6.

Aux articles 17 et 27 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, les termes « service » et « chef de service » sont remplacés respectivement par les termes « département » et « chef de département ».

Art. 6.

Aux articles 17 et 27 de la loi du 31 décembre 1970, précitée, les mots : « service » et « chefs de service » sont remplacés respectivement par les mots : « département » et « chefs de département ».

Art. 6.

Supprimé.

Art. 17. — Lorsque l'association d'un ou plusieurs services d'un établissement hospitalier public ou d'un autre organisme public aux mis-

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>sions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établissement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de le faire par décision conjointe du ministre chargé de la Santé publique et du ministre de l'Education nationale.</p>			
<p>Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention ; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'Etat.</p>			
<p><i>Art. 27.</i> — Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles, sous l'autorité des <i>chefs de service</i>, les médecins traitants et sages-femmes peuvent être admis dans les divers <i>services</i> d'hospitalisation publics.</p>			
<p>Ces praticiens seront tenus informés des soins qui auront été dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation.</p>			
<p><i>Art. 22.</i> — Le conseil d'administration délibère sur :</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>L'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. 22.</i> — Le conseil d'administration délibère sur :</p> <p>« 1° le programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire,</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>L'article 22 de la loi du 31 décembre 1970 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>Alinéa sans modification.</p> <p>« 1° le programme...</p> <p>... satisfaire et la politique qu'il adopte pour y parvenir ;</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>Alinéa sans modification.</p> <p>Alinéa sans modification.</p> <p>« 1° le programme...</p> <p>... qu'il adopte en vue de sa réalisation.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;	« 2° le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;	Alinéa sans modification.	
1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;	« 3° le budget, les décisions modificatives et les comptes ;	Alinéa sans modification.	
2° Les propositions de dotation globale et de tarification des prestations ;	« 4° les propositions de dotation globale et de tarifs des prestations mentionnées à l'article 8 et à l'article 11 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale ;	Alinéa sans modification.	
10° « Le tableau des effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 et les textes subséquents et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques. »	« 5° le tableau des emplois permanents à l'exception des catégories de personnel qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques ;	Alinéa sans modification.	
	« 6° les propositions d'affectation des résultats d'exploitation ;	Alinéa sans modification.	
8° Les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de clinique ouverte ;	« 7° les créations, suppressions et transformations des départements hospitaliers ainsi que, le cas échéant, leur structure interne ; les créations, suppressions et transformations des services non médicaux et des cliniques ouvertes ;	Alinéa sans modification.	« 7° les créations, suppressions et transformations des services médicaux et des départements...
			...cliniques ouvertes,
3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;	« 8° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
4° Les emprunts ;	« 9° les emprunts ;	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
6° Le règlement intérieur ;	« 10° le règlement intérieur ;	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
9° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;	« 11° les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 43 de la présente loi ;</p>	<p>« 12° les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, des textes subséquents et de l'article 43 de la présente loi ;</p>	<p>« 12° les conventions... ... 30 décembre 1958 susvisée, des textes subséquents... ... présente loi,</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
<p>11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;</p>	<p>« 13° la création d'un syndicat interhospitalier et l'affiliation de l'établissement à un tel syndicat ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>« 13° la création... ... et l'affiliation ou le retrait de l'établissement d'un tel syndicat,</p>
<p>12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p>	<p>« 14° l'acceptation et le refus des dons et legs ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
<p>13° Les actions judiciaires et les transactions.</p>	<p>« 15° les actions judiciaires et les transactions ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
<p>Les délibérations prévues aux 1° à 11° sont soumises à approbation. L'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes. Les délibérations sont réputées approuvées si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de leur réception.</p>	<p>« 16° les honnages publics. « Les délibérations portant sur les matières mentionnées dans les rubriques 1° à 14° ci-dessus sont soumises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation.</p>	<p>Alinéa sans modification. « Les délibérations... ... mentionnées aux 1° à 14° ci-dessus... ... leur approbation.</p>	<p>Alinéa sans modification. « Les délibérations... ... au représentant de l'Etat dans le département en vue de leur approbation.</p>
<p>(Dernier alinéa : voir infra).</p>	<p>« Elles sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Le délai est de quatre mois pour les délibérations portant sur la matière indiquée au 1° ; de 60 jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux rubriques 2° à 8° ; 30 jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux rubriques 9° à 14°. Ces délais courent à compter de la réception des délibérations par le représentant de l'Etat.</p>	<p>« Elles sont réputées... ... au 1° ; de soixante jours... indiquées aux 2° à 8° ; trente jours... ... indiquées aux 9° à 14°.</p>	<p>« Elles sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat dans le département n'a pas fait... ... de l'Etat</p>
		<p>... de l'Etat. Tout refus ou modification d'approbation des délibérations doit être motivé.</p>	<p>... de l'Etat dans le département. Tout refus d'approbation ou toute modification des délibérations doit être explicitement motivé et ne peut en aucun cas conduire à une suspension des délais prévus au présent alinéa, qui sont impératifs.</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

« Le représentant de l'Etat peut supprimer ou diminuer des prévisions de dépenses s'il estime celles-ci injustifiées ou excessives, compte tenu, d'une part, des possibilités de soins qui sont à la disposition de la population, d'autre part, d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est arrêté en fonction, notamment, des hypothèses économiques générales par les ministres chargés respectivement de l'Economie, du Budget, de la Santé et de la Sécurité sociale. Il peut augmenter les prévisions de dépenses qui lui paraissent insuffisantes.

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Alinéa sans modification.

Propositions
de la Commission

« Le représentant de l'Etat dans le département peut diminuer les prévisions...

....
d'une part, de la satisfaction des besoins de la population et de la mise en œuvre conséquente, par le conseil d'administration, du programme visé au 1° du présent article et, d'autre part, du taux d'évolution des dépenses hospitalières arrêté par les ministres chargés respectivement du budget, de la santé et de la sécurité sociale en fonction des objectifs de la politique sanitaire et sociale de l'Etat. Il peut augmenter...

...
insuffisantes.

« Le taux d'évolution des dépenses hospitalières est arrêté par les Ministres intéressés, au plus tard le 1^{er} octobre de l'année précédant l'exercice auquel il s'applique.

« Le budget de l'établissement est adopté par le conseil d'administration et transmis au représentant de l'Etat dans le département au plus tard dans un délai d'un mois suivant la date de la publication du taux visé à l'alinéa précédent. Si le budget de l'établissement n'est pas approuvé définitivement par le représentant de l'Etat dans le département au 1^{er} janvier de l'année à laquelle il se rapporte, la caisse chargée du versement de la dotation globale prévue à l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale verse des acomptes mensuels égaux au douzième de la dotation globale de l'année précédente, majorée

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

« Si le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration avant le 1^{er} janvier de l'exercice auquel il s'applique, le représentant de l'Etat saisit sans délai la chambre régionale des comptes qui, dans le mois, formule des propositions pour le règlement du budget. Le représentant de l'Etat règle le budget et le rend exécutoire.

« Si le budget...

... formule des propositions permettant d'arrêter le budget. Le représentant de l'Etat arrête le budget et le rend exécutoire.

du taux d'évolution des dépenses hospitalières précité.

« Si le budget de l'établissement est transmis au représentant de l'Etat dans le département au-delà du délai fixé au début de l'alinéa précédent et dans l'hypothèse où le représentant de l'Etat dans le département ne l'a pas approuvé définitivement au 1^{er} janvier de l'année à laquelle il s'applique, la caisse chargée du versement de la dotation globale verse des acomptes mensuels égaux au douzième de la dotation globale de l'année précédente.

« Dans les cas visés aux deux précédents alinéas, les recettes de l'établissement autres que la dotation globale sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

« Si le budget...

..., le représentant de l'Etat dans le département saisit...

... le budget. Le président du conseil d'administration peut, à sa demande, présenter oralement ses observations à la chambre régionale des comptes. Il peut être assisté par le directeur de l'établissement. Le représentant de l'Etat dans le département...

....
exécutoire. Si le représentant de l'Etat dans le département s'écarte des propositions de la chambre régionale des comptes, il assortit sa décision d'une motivation explicite.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Le directeur est chargé de l'exécution des délibérations du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus et doit tenir régulièrement le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.</p>	<p>« En cas de carence de l'ordonnateur, le représentant de l'Etat peut, après mise en demeure et à défaut d'exécution dans un délai d'un mois, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette régulièrement inscrite au budget initial et aux décisions modificatives éventuelles. »</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>« En cas de carence... ...le représentant de l'Etat dans le département peut,...</p>
	<p>Art. 8.</p>	<p>Art. 8.</p>	<p>Art. 8.</p>
	<p>Il est inséré dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 un article 22-2 ainsi rédigé :</p>	<p>Il est inséré, dans la loi du 31 décembre 1970 précitée, un article 22-2 ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
	<p>« Art. 22-2. — Le directeur est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article 22. Il tient le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
	<p>« Le directeur est responsable de la conduite générale de l'établissement. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect de la déontologie médicale et des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins.</p>	<p>« Le directeur... ...déontologie médicale et pharmaceutique et des responsabilités... ... des soins.</p>	<p>« Le directeur met en œuvre la politique définie par le conseil d'administration. Il est responsable de la conduite générale de l'établissement. Il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels. L'exercice de cette autorité à l'égard des personnels médical, pharmaceutique et odontologique ne peut, en aucun cas, porter atteinte aux déontologies médicale, pharmaceutique et odontologique et, notamment, à l'indépendance professionnelle du praticien vis-à-vis du malade. En outre, l'autorité du directeur s'exerce dans les limites de celle qui est reconnue, par la présente loi aux chefs disponibles,</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en première lecture

Propositions
de la Commission

« Le directeur peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits dans la limite du dixième des autorisations de dépenses des comptes concernés et dans des conditions qui sont fixées par décret.

« Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre le paiement d'une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

« 1° d'insuffisance de fonds disponibles,

« 2° de dépense ordonnée sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants, ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée,

« 3° d'absence de justification du service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.

« L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier-payeur général du département qui le transmet à la chambre régionale des comptes.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

de service ou aux coordonnateurs des départements.

« Le directeur prépare le budget de l'établissement. A cet effet, après avoir consulté les chefs de service ou, le cas échéant, les coordonnateurs des départements et la commission médicale consultative, il établit son budget dans le respect du programme et de la politique décidés par le conseil d'administration en application du 1° de l'article 22.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	« En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité. »	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
	Art. 9.	Art. 9.	Art. 9.
	Il est inséré dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 un article 22-3 ainsi rédigé :	Il est inséré dans la loi du 31 décembre 1970 précitée un article 22-3 ainsi rédigé :	Conforme.
	« Art. 22-3. — Les comptables des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal. »	Alinéa sans modification.	
	Art. 10.	Art. 10.	Art. 10.
	L'article 24 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :	L'article 24 de la loi du 31 décembre 1970 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :	Alinéa sans modification.
Art. 24. — Dans chaque établissement public d'hospitalisation, il est institué :	« Art. 24. — Dans chaque établissement d'hospitalisation public, il est institué une commission médicale consultative et un comité technique paritaire.	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
Une commission médicale consultative, qui est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux ;	« La commission médicale consultative est obligatoirement consultée par le directeur sur le budget, sur les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des départements. Elle est également consultée sur le fonctionnement des services non médicaux qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.	« La commission médicale consultative est obligatoirement consultée sur le budget... ...santé des malades.	« La commission médicale... sur le budget et sur les comptes de l'établissement ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et, le cas échéant, des départements. Elle est obligatoirement consultée et, éventuellement, formule des propositions sur le programme de l'établissement décidé par le conseil d'administration, en application du 1° de l'article 22 de la présente loi.
		« La commission médicale consultative établit chaque	« La commission...

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Un comité technique paritaire, qui est obligatoirement consulté sur l'organisation du fonctionnement des services et notamment sur les conditions de travail dans l'établissement.</p>	<p>« Le comité technique paritaire est consulté sur l'organisation et le fonctionnement des départements et des services non médicaux ainsi que sur les conditions de travail dans l'établissement.</p>	<p>année un rapport sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement qui est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire. »</p>	<p>... un rapport sur les activités médicales de l'établissement en vue d'une meilleure évaluation des soins. Ce rapport est transmis au conseil d'administration.</p>
	<p>« La commission médicale consultative établit chaque année un rapport sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement qui est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire. »</p>	<p>« Le comité... ... est consulté obligatoirement sur le budget, sur les comptes, sur l'organisation... ... dans l'établissement.</p>	<p>« Le comité technique paritaire est obligatoirement consulté sur l'organisation et le fonctionnement des services et, le cas échéant, des départements, dans les conséquences qu'ils comportent sur les conditions de travail dans l'établissement.</p>
	Art. 11.	Art. 11.	Art. 11.
	<p>Le troisième alinéa de l'article 41 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>Le troisième alinéa de l'article 41 de la loi du 31 décembre 1970 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	Alinéa sans modification.
<p>Art. 41. — Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont admis à participer, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier.</p>			
<p>Ils font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.</p>			
<p>Leurs dépenses de fonctionnement doivent être couvertes dans les mêmes condi-</p>	<p>« Pour celles de leurs activités qui entrent dans le cadre de leur participation</p>	Alinéa sans modification.	« Pour celles...

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>tions que celles des établissements d'hospitalisation publics.</p>	<p>au service public hospitalier, leur budget est soumis à l'approbation du représentant de l'Etat dans les conditions mentionnées à l'article 22.</p>	Alinéa sans modification.	<p>... du représentant de l'Etat dans le département dans les conditions définies au vingtième alinéa de l'article 22.</p>
<p>Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.</p>	<p>« Pour le calcul de leur dotation globale et des tarifs de leurs prestations, la prise en compte des dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, des dotations annuelles aux fonds de roulement et des annuités d'emprunts contractés en vue de la constitution de ces fonds est effectuée selon des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les règles selon lesquelles le représentant de l'Etat peut subordonner cette prise en compte à un engagement pris par l'organisme gestionnaire de l'établissement de procéder, en cas de cessation d'activité, à la dévolution de tout ou partie du patrimoine de l'établissement à une collectivité publique ou à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire. »</p>	<p>... le représentant de l'Etat dans le département peut subordonner...</p>	<p>... le représentant de l'Etat dans le département peut subordonner...</p>
Code de la Santé publique.	Art. 12.	Art. 12.	Art. 12.
<p>Art. L. 706. — Les hôpitaux et hospices sont soumis, en ce qui concerne leurs fournitures et l'exécution de leurs</p>	<p>L'article L. 706 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	Sans modification.	Alinéa sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>travaux, aux mêmes règles que les communes.</p>	<p>« Art. L. 706. — Les marchés passés par les directeurs des établissements hospitaliers et des hospices publics sont soumis à l'approbation du représentant de l'Etat dans le département, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat qui fixe également les règles de leur passation. »</p>	<p>« Art. L. 706. — Les marchés passés par les directeurs des établissements d'hospitalisation publics et des hospices publics sont soumis à un contrôle préalable de légalité exercé par le représentant de l'Etat dans le département selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret adapte à ce contrôle les règles de passation des marchés, telles qu'elles sont définies par le Code des marchés publics.</p>	<p>« Les marchés dont le montant de la dépense qu'ils engagent est inférieur à un montant fixé annuellement par arrêté ministériel ne sont pas soumis au contrôle de légalité du représentant de l'Etat dans le département. »</p>
<p>Code de la famille et de l'aide sociale.</p>			<p>Art. additionnel (nouveau) après l'art. 12.</p>
<p>Art. 201. — La section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés fixant la dotation globale due conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale par les organismes d'assurance maladie ainsi que sur les recours contre les arrêtés déterminant les prix de journée des établissements publics ou privés. Ces recours peuvent être portés devant elle dans le délai d'un mois à partir de la publication desdits arrêtés par toute personne physique ou morale intéressée, par les ministres</p>			<p>1. — A la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article 201 du Code de la famille et de l'aide sociale, les mots :</p>
			<p>« les prix de journée des établissements publics ou privés »</p>
			<p>sont remplacés par les mots :</p>
			<p>«, selon le cas, les tarifs des prestations ou les prix de journée des établissements publics ou privés ».</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>compétents ou les organismes de sécurité sociale.</p>	Art. 13.	Art. 13.	Art. 13.
<p>La section permanente statue en dernier ressort. Les décisions fixant le montant des prix de journée et des versements globaux ont effet à compter de la date prévue dans l'arrêté donnant lieu à un litige.</p>	<p>Pour l'application des articles 5 et 6 de la présente loi, des dispositions transitoires pourront être adoptées par décret en Conseil d'Etat; ces dispositions ne seront applicables que durant une période ne pouvant excéder cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	<p>Pour l'application... ... ne pouvant excéder trois ans... ... de la présente loi.</p>	<p>II. — Dans la dernière phrase du deuxième alinéa du dit article, après les mots : « des prix de journée » sont insérés les mots : « , des tarifs des prestations ».</p> <p>Un rapport établissant un bilan de l'application des articles 5 à 5 quater de la présente loi sera présenté au Parlement dans un délai de cinq ans suivant sa promulgation. Il examinera les conditions selon lesquelles, compte tenu de ce bilan, pourraient être étendues et aménagées les formules de départementalisation, dans le respect des dispositions du premier alinéa de l'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée.</p>