

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1985-1986

Annexe au procès-verbal de la séance du 11 décembre 1985.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi,
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION
D'URGENCE, *relatif à la sectorisation psychiatrique.*

Par M. Henri COLLARD,

Sénateur.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 3098, 3116 et in-8° 946.

Sénat : 171 (1985-1986).

Santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
Travaux de la commission	3
Exposé général	5
Introduction	5
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE DEPUIS 1960	7
A. — Les fondements d'une nouvelle politique de santé mentale	7
1. <i>L'émergence d'une nouvelle conception de la politique de santé mentale</i>	7
2. <i>La mise en place de la sectorisation psychiatrique</i>	8
B. — L'organisation actuelle du secteur psychiatrique	10
1. <i>La psychiatrie hospitalière</i>	10
2. <i>La psychiatrie extra-hospitalière</i>	12
DEUXIÈME PARTIE : LE PROJET DE LOI ENTEND METTRE FIN AUX INCOHÉRENCES DE L'ACTUEL SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE	13
A. — Des déficiences unanimement reconnues	13
1. <i>Le suréquipement des hôpitaux psychiatriques</i>	14
2. <i>Un mode de financement inadapté</i>	15
B. — Les réponses apportées par le projet de loi	17
1. <i>Le dispositif du projet de loi</i>	17
2. <i>Certains points restent en suspens</i>	18
Examens des articles	22
Tableau comparatif	39
Annexes	52

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission s'est réunie pour examiner le projet de loi n° 171 (1985-1986), relatif à la sectorisation psychiatrique, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président.

Après avoir entendu l'exposé général de M. Henri Collard, rapporteur du projet de loi, la commission a procédé à un large échange de vues.

M. Jean Chérioux a souligné la précipitation dans laquelle le texte intervient. Il a également estimé que certains points resteront dans l'ombre et notamment les possibilités de réduire, par la voie de ce texte, les dépenses de personnel de l'ensemble des moyens intra et extra-hospitaliers.

M. Jean Madelain a déclaré qu'il ne pouvait que se féliciter des principes contenus dans le texte en estimant cependant que s'il était envisagé de créer de nouvelles structures d'accueil pour les personnes ne relevant pas de l'hospitalisation, rien n'était prévu quant à leur financement.

M. André Rabineau a souligné les difficultés du redéploiement des personnels.

M. Arthur Moulin a soulevé le problème des jeunes enfants et des personnes âgées hospitalisés en psychiatrie.

M. Gérard Roujas a estimé que ce texte devait intervenir rapidement afin de répondre aux imperfections notoires de l'actuel système.

Mme Cécile Goldet a précisé que ce texte ne devait apporter aucun bouleversement immédiat mais seulement mettre en route une évolution vers la réduction des hospitalisations en psychiatrie.

M. Jean Béranger s'est déclaré favorable aux principes de ce texte en soulignant toutefois les difficultés d'application qui pouvaient en résulter au niveau des caisses d'assurance maladie.

Il s'est prononcé, comme le président Jean-Pierre Fourcade, en faveur d'un report de la date d'application de ce texte.

La commission s'est prononcée en faveur de l'adoption du projet de loi, sous réserve qu'une période transitoire d'un an soit aménagée.

Elle a ensuite procédé à l'examen des articles.

A l'article 3, elle a supprimé la notion trop générale de responsabilité des établissements dans la lutte contre les maladies mentales, estimant qu'une telle rédaction pouvait, dans une interprétation extensive, porter atteinte à l'autonomie des personnes privées participant au secteur.

A l'article 5, elle a adopté :

— un amendement indiquant que les services publics d'hygiène mentale seront mis à la disposition des établissements en charge du secteur à compter du 1^{er} janvier 1987 et sont placés sous sa responsabilité ;

— un amendement précisant que les dépenses supplémentaires liées à cette prise en charge feront l'objet d'un abondement en conséquence de la dotation globale hospitalière ;

— deux amendements rédactionnels relatifs aux dépenses maintenues au budget départemental et aux conditions de leur remboursement.

A l'article 6, la commission a prévu la possibilité pour les établissements d'acquérir les biens meubles et immeubles des services mis à leur disposition.

Elle a adopté un amendement de conséquence à l'article 7.

A l'article 8, elle a reporté au 1^{er} janvier 1987 la mise à disposition des personnels des services publics d'hygiène mentale et elle a précisé la situation des personnels recrutés au cours de l'année 1987, supprimant en conséquence l'article 11.

Aux articles 9, 10, 13 et 14, elle a adopté des amendements de conséquence reportant d'une année la prise d'effet de ces articles.

Elle a enfin adopté le projet de loi ainsi amendé.

MESDAMES, MESSIEURS,

Le projet de loi relatif à la sectorisation psychiatrique, qui est soumis à votre examen, constitue un des volets des réformes de l'organisation de la psychiatrie intervenues en 1985.

En effet, l'article 8 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social a donné une base légale à la notion de secteur psychiatrique qui reposait jusqu'alors sur un ensemble de mesures d'ordre réglementaire édictées depuis 1960.

Par ailleurs, l'article 67 du projet de loi de finances pour 1986 prévoit la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des activités extra-hospitalières actuellement financées par l'Etat.

Le présent projet découle largement de ces deux dispositions.

Votre commission a suffisamment souligné par le passé les graves difficultés résultant des incohérences de l'organisation de la psychiatrie, pour pouvoir, aujourd'hui, approuver les principes d'un texte qui vise à apporter trois améliorations notables dans ce domaine important de la politique sanitaire :

- doter le secteur psychiatrique d'une organisation cohérente ;
- unifier le financement des activités de lutte contre les maladies mentales, afin de favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation ;
- unifier les statuts des personnels publics exerçant dans le secteur psychiatrique.

La reconnaissance de ces principes doit constituer une étape vers le renforcement de la complémentarité des activités intra et extra-hospitalières, l'objectif étant, comme le proclame l'exposé des motifs du projet de loi, la réduction de lits de psychiatrie, conformément aux objectifs du IX^e Plan.

Elle doit, également, favoriser le transfert vers les activités extra-hospitalières, de moyens en personnels et de moyens financiers et aboutir à réduire certains coûts excessifs de notre système de santé mentale.

Un tel dispositif recueilli dans l'ensemble l'avis favorable de votre commission.

Elle souhaite cependant exprimer son regret de n'avoir pu examiner dans son entier le problème de l'organisation de la psychiatrie, mais seulement au travers de textes épars.

Elle regrette également la précipitation dans laquelle ce projet de loi a été déposé et le peu de temps laissé au Parlement pour étudier un texte dont les dispositions doivent entrer en vigueur dès le 1^{er} janvier prochain.

A cet égard, elle ne doit pas cacher son inquiétude devant le manque de préparation des mesures d'application de ce texte, notamment en ce qui concerne le transfert de charge vers l'assurance maladie.

Votre commission se propose de rappeler en quoi ce texte s'inscrit dans l'évolution de la politique psychiatrique menée depuis une vingtaine d'années, avant d'apprécier les réponses qu'il entend apporter aux incohérences et aux difficultés de notre actuel système de santé mentale.

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE DEPUIS 1960

Le projet de loi présenté par le Gouvernement se situe dans le prolongement d'une longue évolution de la politique de santé mentale, qui s'est manifestée officiellement en 1960 par la mise en place de la sectorisation.

A. — Les fondements d'une nouvelle politique de santé mentale.

L'organisation de la psychiatrie en France repose encore largement sur la loi du 30 juin 1838, fondée sur le principe de l'internement des malades mentaux.

Mais parallèlement, de nouvelles structures vont se développer.

1. *L'émergence d'une nouvelle conception de la politique de santé mentale.*

Pendant longtemps, le droit positif de la psychiatrie est resté en grande partie constitué par la loi du 30 juin 1838.

C'est cette loi qui a obligé chaque département à posséder sur son territoire un établissement spécialement destiné à accueillir les aliénés. Des hôpitaux psychiatriques ont ainsi été créés dans une finalité thérapeutique.

La loi de 1838 a également défini des conditions d'hospitalisation qui demeurent toujours en vigueur. Elle a distingué le placement volontaire du placement d'office.

Le placement volontaire concerne les malades ayant fait l'objet d'une demande d'internement par un membre de la famille ou un proche ; cette demande doit être assortie d'un certificat médical attestant l'état mental de l'intéressé.

Le placement d'office a, quant à lui, pour objet d'interner toute personne dont l'état d'aliénation met en danger l'ordre public ou la sûreté des personnes. Il est prononcé par le préfet qui peut seul décider de la sortie du malade.

Cette loi détermine également la situation juridique du malade, notamment en matière de patrimoine et de responsabilité civile.

Les progrès effectués dans le domaine du traitement des maladies mentales ont conduit les praticiens à envisager de nouvelles formes de soins dont le développement s'est effectué en marge de la législation.

Au sein même de l'hôpital psychiatrique se sont créés des services dits « libres ou ouverts » non soumis à la loi de 1838.

Par ailleurs, il est apparu nécessaire de développer la prévention des maladies mentales et le suivi des patients, par la voie de soins ambulatoires ou de post-cure, la seule hospitalisation étant insuffisante.

Afin de tenir compte des particularités de la maladie mentale, maladie du comportement soumise à une appréciation subjective, deux impératifs ont été dégagés :

- suivre le malade dans sa vie courante et son travail ;
- assurer la continuité de sa prise en charge, si possible par une équipe unique.

Le premier point a conduit à l'apparition, avant la seconde guerre mondiale, de dispensaires d'hygiène mentale, dans le cadre des départements. Puis de nouvelles structures sont apparues : hôpitaux de jour et de nuit, foyers de post-cure, etc.

Le second impératif débouchait plus directement sur la notion de secteur confié à une équipe à caractère pluridisciplinaire, prenant en charge une aire géographique déterminée.

La reconnaissance de la notion de secteur psychiatrique apparut pour la première fois dans une circulaire du 15 mars 1960.

2. La mise en place de la sectorisation psychiatrique.

La sectorisation psychiatrique a été longue à mettre en place. Si la circulaire du 15 mars 1960 en définissait les principes, elle n'a pu réellement se concrétiser qu'à partir de 1972, sur la base de textes réglementaires.

La circulaire de 1960 avait pour objectif de diversifier les structures de soins en réduisant autant que possible l'hospitalisation en milieu psychiatrique. Elle insistait également sur la nécessité de faire prendre en charge le malade par une équipe unique.

Elle a dessiné les grandes lignes de l'organisation du secteur.

Le secteur psychiatrique est une aire géographique rattachée à un établissement psychiatrique, intégrant une population de 60.000 à 70.000 habitants pour la psychiatrie générale et de 200.000 habitants environ pour la psychiatrie infanto-juvénile, dotée d'intersecteurs.

Le secteur se voit reconnaître une mission de prévention, de diagnostic, de traitement et de post-cure. Il est animé par une équipe placée sous la responsabilité d'un médecin-chef de psychiatrie et comporte aussi bien des médecins et des infirmiers que des psychologues ou des assistantes sociales.

Cette équipe intervient tant en milieu hospitalier que dans les structures extra-hospitalières, dont la circulaire encourage le développement : dispensaires d'hygiène mentale, hôpitaux de jour ou de nuit, foyers de post-cure, appartements thérapeutiques, etc.

Définie en 1960, cette politique a cependant tardé à entrer dans les faits. Elle a été renforcée par l'intervention de mesures réglementaires et notamment l'arrêté du 14 mars 1972. Cet arrêté avait pour objet de déterminer les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales.

Il impose à tout département de définir par arrêté préfectoral son organisation sectorielle. Cela a permis d'établir une carte de la sectorisation psychiatrique, selon une procédure déconcentrée, en marge de la définition de la carte sanitaire qui est d'ailleurs intervenue plus tardivement.

D'autre part, l'arrêté du 14 mars 1972 prévoit la passation d'une convention entre le département et l'hôpital, afin de doter celui-ci des moyens nécessaires à l'accomplissement de son rôle au sein du secteur.

Une circulaire du 16 mars 1972 concerne l'organisation des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dont l'aire géographique regroupe plusieurs secteurs de psychiatrie générale.

Enfin, toujours par voie de circulaire, un conseil de santé mentale fut institué dans chaque département. Cet organisme consultatif avait pour mission de coordonner au sein du département les activités de sectorisation. Dans la quasi-totalité des cas, ces conseils n'ont pu jouer leur rôle, notamment en raison de leur composition inadaptée.

Ces mesures intervenues à partir de 1972 ont permis de donner une impulsion nouvelle à la politique de sectorisation définie dès 1960.

Elles ont donné au secteur psychiatrique sa physionomie actuelle.

B. — L'organisation actuelle du secteur psychiatrique.

Il faut tout d'abord mentionner que les moyens de lutte contre la santé mentale comportent un important secteur privé qui ne participe pas au secteur psychiatrique. Il s'agit d'établissements de soins privés, dont l'activité est évaluée à 10 % de l'hospitalisation en psychiatrie, mais également de la médecine libérale, où peuvent intervenir des spécialistes comme des généralistes.

Cet ensemble n'est pas concerné par le projet de loi, qui vise les intervenants du dispositif public de lutte contre les maladies mentales, organisé dans le cadre du secteur.

Le secteur psychiatrique est constitué de deux pôles :

- les activités hospitalières,
- les activités extra-hospitalières.

1. La psychiatrie hospitalière.

Les établissements hospitaliers intervenant en psychiatrie sont de deux types :

— les hôpitaux publics qui peuvent être spécialisés (centres hospitaliers spécialisés) ou généraux, dans la mesure où ceux-ci possèdent un service de psychiatrie ;

— des établissements privés participant au service public. Il s'agit dans la plupart des cas d'établissements à but non lucratif, mais quelques établissements à but lucratif ont pu également bénéficier d'une concession du service public hospitalier.

Selon une récente enquête des services statistiques du ministère des affaires sociales, la psychiatrie hospitalière comportait, au 31 décembre 1982, 237 établissements répartis comme suit :

- 101 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;

- 23 hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics ;
- 113 services de psychiatrie dépendant d'hôpitaux généraux.

Ces 237 établissements totalisaient une capacité d'accueil de 177 134 lits, dont :

- 81.617, soit 69,9 %, dans les centres hospitaliers spécialisés ;
- 18.035, soit 15,3 %, dans les hôpitaux privés ;
- 18.482, soit 15,6 %, dans les hôpitaux généraux.

Depuis une dizaine d'années, le nombre de lits se situe autour de 120 000. Toutefois, une tendance à la diminution s'est manifestée dès 1980. Elle atteint principalement les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux privés qui ont respectivement perdu entre 1980 et 1982, 2.500 et 1.200 lits. La capacité des services de psychiatrie des hôpitaux généraux tend, quant à elle, à augmenter très légèrement (200 lits entre 1980 et 1982).

S'agissant des malades, on peut constater que leur nombre se réduit d'année en année, à un rythme de 3 à 4 % l'an. Au 31 décembre 1982, il se situait aux alentours de 91.000, ce qui permet d'apprécier l'ampleur de la surcapacité des établissements.

Ce chiffre comptabilise les malades hospitalisés à une date donnée. En fait, le nombre d'admissions s'est maintenu durant ces dernières années. Il était de 283.000 en 1982. Mais la durée moyenne de séjour tend à diminuer. En dix ans, elle s'est réduite de moitié pour avoisiner 115 jours.

Au total, le nombre de journées d'hospitalisation a nettement baissé : il était de 42 millions de journées en 1971, 36 millions en 1979 et 32 millions en 1982.

On doit également souligner que l'hospitalisation libre tend à devenir le mode le plus courant de traitement. En 1982, elle concernait 65,7 % des malades, alors que 30,6 % faisaient l'objet d'un placement volontaire et 3,7 % seulement d'un placement d'office.

Enfin, ces établissements emploient près de 120.000 personnes, dont 8.000 médecins et internes et plus de 110.000 agents relevant du livre IX du code de la santé publique, appelé à devenir le titre IV du statut de la fonction publique.

2. La psychiatrie extra-hospitalière.

Par nature, les activités extra-hospitalières peuvent difficilement faire l'objet d'appréciations précises. Elles s'organisent autour de structures qui se sont diversifiées au cours des ans.

Il s'agit, en premier lieu, des dispensaires d'hygiène mentale où sont effectuées les consultations de dépistage et de diagnostic, les traitements ambulatoires et entretiens de post-cure.

L'hôpital de jour est destiné aux personnes dont l'état ne justifie pas une hospitalisation à plein temps et qui peuvent regagner leur domicile en fin de journée.

A l'inverse, l'hôpital de nuit permet d'apporter des soins aux personnes pouvant exercer une activité dans la journée.

Les foyers de post-cure assurent une surveillance médicale du malade afin d'assurer une transition avant sa réadaptation à la vie courante.

Enfin, il faut mentionner l'apparition d'« appartements thérapeutiques » regroupant trois à cinq malades qui bénéficient de l'aide d'un infirmier.

Dans le domaine extra-hospitalier on retrouve aussi bien des structures à caractère public comme les dispensaires qui, dans la plupart des cas, dépendent du département, que des institutions résultant de l'initiative privée et gérées par des associations ayant passé convention avec le département.

Bien que ces activités échappent à tout recensement exhaustif, on peut donner quelques indications sur leur importance.

En 1983, le nombre de dispensaires et points de consultation d'hygiène mentale s'élevait à 4.600. Ils avaient accueilli plus de 600.000 consultants. Les équipes de secteur ont effectué 855.000 visites à domicile et 2.700 placements familiaux spécialisés en psychiatrie.

S'agissant des personnels exerçant exclusivement dans l'extra-hospitalier, on ne dispose de renseignements que pour ceux qui relèvent du statut d'agent départemental. En 1984, on comptait 3.183 agents dont 2.058 titulaires ou contractuels et 1.125 vacataires. Il faut ajouter à cela 1.241 médecins vacataires, représentant 503 postes équivalents en temps plein.

Telles sont les principales caractéristiques du dispositif public de lutte contre les maladies mentales. Il n'a pas manqué de soulever dans la pratique bon nombre de difficultés qui minent sa cohérence et son efficacité.

DEUXIÈME PARTIE

LE PROJET DE LOI ENTEND METTRE FIN AUX INCOHÉRENCES DE L'ACTUEL SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE

Dès 1980, les pouvoirs publics ont engagé une réflexion sur les déficiences de notre système de santé mentale.

Ces études ont conclu à la nécessité d'entreprendre une réforme dans le sens de la réduction de la capacité d'accueil des hôpitaux psychiatriques et d'une révision des mécanismes financiers. Le présent projet de loi s'inscrit en droite ligne dans cette perspective, même s'il laisse certains problèmes irrésolus.

A. — Des déficiences unanimement reconnues.

Les pratiques extra- et intra-hospitalières ont eu davantage tendance à s'opposer qu'à se compléter depuis la mise en place de la sectorisation.

Cette situation fut largement dénoncée, notamment par un rapport du ministère de la santé et de la sécurité sociale établi à la demande de M. Jacques Barrot et publié en 1980.

Il dégagait deux caractéristiques remettant en cause le bien-fondé du système actuel d'hygiène mentale :

- le suréquipement hospitalier,
- un mode de financement inadapté.

1. *Le suréquipement des hôpitaux psychiatriques.*

Au début des années 1960, les pouvoirs publics, constatant l'encombrement des hôpitaux psychiatriques et la vétusté de certains d'entre eux, ont entrepris un vigoureux effort de modernisation et de construction, notamment dans le cadre du IV^e Plan (1962-1965).

Vingt ans plus tard, toutes les études constatent un suréquipement des hôpitaux psychiatriques. Dès 1976, la Cour des comptes signalait cette situation, qu'elle estimait provenir de deux éléments :

— l'absence de véritable planification reposant sur une évaluation correcte des besoins. En effet, à l'époque prévalait la norme fixée par l'Organisation mondiale de la santé en 1955, égale à trois lits de psychiatrie pour 1.000 habitants. On se prononce actuellement pour des capacités environ deux fois moins élevées, un secteur devant être doté de 100 lits en moyenne ;

— l'insuffisance prise en compte de la mise en place de la sectorisation psychiatrique et des nouvelles thérapeutiques, qui ont contribué à vider les hôpitaux.

Cette politique d'équipement s'est traduite par la création de services spécialisés au sein d'hôpitaux généraux et par l'ouverture de nouveaux hôpitaux psychiatriques.

Selon l'enquête du ministère des affaires sociales précédemment citée, « les capacités installées diminuent moins vite que le nombre de malades hospitalisés : la proportion de lits vides au 31 décembre de chaque année augmente toujours : de 7 % environ en 1975, elle atteignait 11,5 % en 1980 pour dépasser 14 % en 1982 ».

La nécessité de diminuer les capacités hospitalières paraît donc particulièrement impérieuse.

Le IX^e Plan situait à 12.000 le nombre de lits à supprimer progressivement et à 18.000 le nombre de ceux qui devront être transformés en maisons de retraite, soit en long séjour, soit en séjour de cure médicale.

Cette réduction de la capacité hospitalière n'a pas manqué de susciter des résistances.

Elle implique un redéploiement des effectifs qui pose des problèmes administratifs et statutaires mais également humains.

L'implantation des hôpitaux psychiatriques en fait souvent un des plus importants sinon le principal employeur de la commune. Il existe souvent, au niveau local, un fort attachement au maintien de la capacité de l'hôpital et de ses effectifs.

Il faut ajouter que ce suréquipement constitue un frein au développement des activités extra-hospitalières et une source de gaspillage et de coût financier supplémentaire.

Ces conséquences sont aggravées par l'inadaptation du mode de financement de l'extra-hospitalier.

2. Un mode de financement inadapté.

La séparation entre psychiatrie hospitalière et extra-hospitalière se retrouve au niveau du financement.

Elle est fondée entre la distinction, pourtant délicate en psychiatrie, entre les dépenses de soins à la charge de la sécurité sociale et les dépenses de prévention qui ont pendant longtemps relevé du département.

Pour ce qui est de l'hospitalisation, l'assurance maladie supporte une charge financière qui s'élevait à 32 milliards de francs en 1985.

Le financement des structures extra-hospitalières résulte quant à lui de mécanismes plus complexes, qui ont évolué au cours des années.

Le décret du 20 mars 1955 relatif à la prophylaxie des maladies mentales prévoyait la prise en charge par le département, au titre des dépenses obligatoires, des frais de fonctionnement des dispensaires d'hygiène mentale. Le principe selon lequel la prévention incombait au département a par la suite joué pour l'ensemble des pratiques engagées dans le cadre de la sectorisation.

Ces dépenses étaient, jusqu'en 1983, remboursées à hauteur de 83 % en moyenne par l'Etat.

Par ailleurs, dans certains départements, les caisses d'assurance maladie ont accepté d'apporter leur participation au financement de l'extra-hospitalier.

Cette pluralité d'intervenants n'a pas manqué de provoquer des difficultés, dans la mesure où le développement des pratiques extra-hospitalières a accru les charges incombant aux collectivités publiques. Les départements n'ont pas toujours eu les moyens de faire face à cette situation, ce qui a en partie freiné la mise en place de la sectorisation.

Depuis la loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales, l'ensemble des dépenses de secteur imputées jusqu'alors aux budgets départementaux sont prises en charge par l'Etat.

Inscrites au chapitre 47-14, elles s'élevaient, dans la loi de finances pour 1985, à 2 milliards 445 millions de francs.

Il n'en reste pas moins que la dualité de financement persiste.

Elle présente en premier lieu de sérieux inconvénients techniques. En effet, elle est fondée sur une distinction parfaitement artificielle entre prévention et soins, qui ne correspond pas à la vocation et à la réalité de la sectorisation. Dans le domaine de la psychiatrie, il paraît au contraire difficile de dissocier ces deux notions, ce qui plaide en faveur d'une unification de financement, par ailleurs moins lourde, dans sa gestion, que le système actuel.

Cette dualité hypothèque également fortement l'efficacité de la politique de santé mentale, fondée sur la diversification des moyens thérapeutiques et les alternatives à l'hospitalisation.

Elle tend à opposer l'hôpital et les structures extra-hospitalières alors qu'ils devraient en toute logique renforcer leur complémentarité.

L'équilibre financier des établissements hospitaliers dépend étroitement du nombre de malades qu'ils accueillent, ce qui les incite à maintenir leur taux d'occupation, d'autant plus que l'hôpital n'est pas habilité à gérer des structures alternatives à l'hospitalisation.

Cela n'est pas pour favoriser le développement des activités extra-hospitalières qui a sa propre source de financement.

En résumé, la séparation des financements est doublement dommageable pour la collectivité :

— du point de vue de la politique sanitaire, elle freine l'émergence de modes de traitement plus appropriés aux besoins des malades ;

— du point de vue de la bonne gestion des deniers publics, elle entretient un gaspillage inutile, les charges nouvelles se superposant aux anciennes alors qu'elles devraient s'y substituer.

Ce constat a inspiré la recherche de solutions qui se retrouvent, pour une grande part, dans le dispositif du projet de loi qui nous est présenté.

B. — Les réponses apportées par le projet de loi.

Ce projet de loi relatif à la sectorisation psychiatrique se fonde principalement sur l'unification du financement, dont la nécessité a été largement reconnue.

Il laisse cependant de nombreux points en suspens, tant sur le plan technique que sur le plan de la politique psychiatrique.

1. *Le dispositif du projet de loi.*

Il faut tout d'abord rappeler que ce projet de loi ne peut se comprendre si on ne se réfère à la loi du 25 juillet 1985 ayant, par son article 8, légalisé la notion de secteur psychiatrique, et au projet de loi de finances pour 1986, qui prévoit la prise en charge des dépenses de santé mentale par l'assurance maladie.

On peut dégager dans ce texte trois objectifs principaux.

Le premier consiste à assurer la cohérence du dispositif public de lutte contre les maladies mentales.

En incluant le secteur psychiatrique dans le mécanisme de la carte sanitaire, il entend favoriser une planification plus efficace des moyens hospitaliers et extra-hospitaliers, ces derniers s'étant développés très inégalement sur le territoire national. Il propose également de supprimer le cloisonnement entre l'intra- et l'extra-hospitalier, en permettant à l'hôpital de gérer les alternatives à l'hospitalisation, en mettant à sa disposition l'ensemble des services publics d'hygiène mentale et en lui donnant la responsabilité dans la gestion du secteur. Il supprime également le monopole des établissements psychiatriques dans l'accueil des malades relevant de la loi de 1838.

Le deuxième objectif vise à permettre le redéploiement des moyens hospitaliers vers l'extra-hospitalier, en globalisant le financement de l'hôpital et des services publics d'hygiène mentale. La distinction contestée entre prévention et soins disparaît puisque l'assurance maladie prend en charge la totalité des dépenses de lutte contre les maladies mentales.

Elle verse pour cela aux établissements en charge du secteur une dotation globale qui prend en compte aussi bien les dépenses d'hospitalisation que les dépenses correspondant aux activités extra-hospitalières de l'hôpital ou des services publics d'hygiène mentale.

Par ailleurs, la « caisse pivot » alimente également les personnes morales de droit privé participant à la sectorisation, dont le rôle et l'autonomie sont reconnus.

Enfin, le troisième objectif du texte consiste à permettre une gestion plus adaptée des personnels en unifiant leur statut puisque les agents départementaux seront intégrés dans la fonction publique hospitalière, à moins qu'ils ne demandent à conserver leur situation statutaire dans un cadre d'extinction. Cette unification devrait favoriser le redéploiement des personnels hospitaliers vers l'extra-hospitalier. Il faut en outre rappeler que le titre IV du statut général des fonctionnaires, actuellement en discussion devant le Parlement, prévoit des procédures de mobilité au sein de la fonction publique hospitalière et plus généralement à l'intérieur de l'ensemble de la fonction publique.

Ces trois objectifs qui donnent sa cohérence à ce texte recueillent un assentiment assez général. Il faut toutefois constater que le dispositif du projet de loi laisse un certain nombre de points en suspens.

2. Certains points restent en suspens.

Les incertitudes qui demeurent peuvent se répartir en deux catégories :

— celles qui ont trait aux principes mêmes du projet de loi et à ses conditions d'application ;

— celles qui résultent de problèmes qui ne sont pas abordés par le projet de loi.

Au titre de la première catégorie, il faut mentionner la question de la globalisation du financement, à la charge de l'assurance maladie.

Lors de la discussion devant le Sénat, en juin dernier, du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, le représentant du Gouvernement se justifiait de ne pas présenter un projet de loi d'ensemble sur la psychiatrie par la nécessité d'attendre les résultats de quatre expériences pilotes de financement global dans les départements des Ardennes, du Gard, de l'Isère et de l'Essonne.

Sur ces quatre expériences engagées en 1984, une seule a donné des résultats probants. Selon les renseignements fournis à votre commission par le secrétaire d'Etat à la santé, les résultats concernant le site de Charleville-Mézières ont été les suivants : 80 lits de psychiatrie ont été fermés, 6 structures alternatives à l'hospitalisation nouvelles ont été créées. 8 millions de francs et 39 emplois ont pu être transférés de l'hôpital vers l'extra-hospitalier.

Ces résultats sont-ils suffisants pour conclure à la validité du système proposé ?

Il aurait sans doute été plus prudent d'agir en disposant d'éléments moins partiels.

On ne peut s'empêcher de constater que le transfert des dépenses extra-hospitalières à l'assurance maladie posera de sérieuses difficultés.

De quels moyens disposeront les caisses pour évaluer des activités par essence difficilement quantifiables, pour lesquelles les critères traditionnels de son intervention financière sont inadaptés ?

Ces inquiétudes sont d'autant plus justifiées qu'elles se situent dans le contexte d'un désengagement brutal de l'Etat.

La loi de finances pour 1986 ne prévoit aucun crédit relatif aux dépenses de santé mentale. Dès le 1^{er} janvier 1986, celles-ci seront à la charge de la sécurité sociale, sans que celle-ci ait été réellement consultée.

On peut craindre que le délai très bref qui lui est laissé pour mettre en place ses nouvelles modalités d'intervention et pour répartir la charge entre les différents régimes ne se traduise par des difficultés lors de l'instauration du nouveau dispositif.

Alors qu'elle se trouve dans une situation difficile, l'assurance maladie se voit transférer une charge de 2,5 milliards de francs sans contrepartie.

Dans ces conditions, il existe un risque réel pour les établissements de ne pouvoir assurer leurs charges hospitalières et extra-hospitalières.

Il aurait été souhaitable d'effectuer ce transfert progressivement, en permettant notamment aux caisses d'assurance maladie d'installer les instruments techniques nécessaires à la prise en charge des dépenses extra-hospitalières.

Le Gouvernement n'a pas envisagé de telles dispositions puisqu'à compter du 1^{er} janvier 1986, l'Etat ne disposera plus des crédits nécessaires à son intervention.

Cette précipitation nuisible à la réussite du nouveau dispositif ne peut s'expliquer que par la volonté de décharger le budget de l'Etat et de diminuer artificiellement son déficit.

On doit également souligner que ce projet de loi n'aborde pas un certain nombre de points importants.

Comme votre commission l'avait remarqué en juin dernier, le Gouvernement ne précise pas la place qu'il entend donner au secteur privé dans la politique psychiatrique.

Ce texte tend en effet à coordonner les différentes interventions publiques au sein du secteur et y associe les associations gérant les structures extra-hospitalières.

Par contre, les cliniques de soins privées, qui représentent 10 % des lits de psychiatrie, et la médecine libérale ne sont pas mentionnées. On peut se demander si le cloisonnement entre deux filières de soins est souhaitable.

Par ailleurs, ce texte n'apporte pas de solution à la situation difficile de certains établissements médico-sociaux accueillant des malades mentaux stabilisés.

Le financement de ces établissements créés dans le cadre de la loi sociale du 30 juin 1975 reste précaire. Si l'hébergement relève du département, celui-ci est souvent réticent à prendre en charge les dépenses afférentes aux soins médicaux. L'absence de dispositions précises impliquant la sécurité sociale met en péril l'existence de ces établissements.

Enfin, l'exposé des motifs le rappelle, ce projet de loi doit aboutir à une réduction du nombre de lits de psychiatrie.

Si celle-ci est souhaitable, elle ne saurait se réaliser sans création de structures d'accueil. En effet, tous ceux qui quitteront l'hôpital ne pourront s'insérer dans les structures extra-hospitalières du secteur psychiatrique.

Ce point est particulièrement préoccupant pour les malades actuellement hospitalisés en psychiatrie et qui relèvent du long séjour.

Le problème de la prise en charge de ces malades reste posé et nécessitera une réelle concertation entre les intervenants.



Tels sont les principaux points que votre commission souhaitait souligner avant d'aborder l'examen des articles. Elle se déclare favorable aux principes qui inspirent le dispositif du présent projet de loi.

L'unification du financement de la psychiatrie, si elle se traduit par une charge immédiate pour l'assurance maladie, devrait permettre, à terme, de réaliser de notables économies, par la voie d'une gestion plus cohérente des moyens intra- et extra-hospitaliers.

Votre commission doit cependant se montrer réservée sur l'attitude du Gouvernement qui ne semble pas avoir entrepris tous les efforts nécessaires en vue de réunir les conditions les plus satisfaisantes pour la mise en œuvre de ce texte.

Les mécanismes financiers prévus pour effectuer le transfert de prise en charge sont, en apparence, cohérents. Leur fragilité apparaît lorsque l'on prend conscience qu'ils devront être mis en place en quelques jours. Dans ces conditions, il paraît techniquement impossible d'assurer correctement l'application des nouvelles dispositions.

C'est pourquoi votre commission, tout en acceptant les principes essentiels de ce projet de loi, propose de renvoyer son application au 1^{er} janvier 1987.

En affirmant cette position, elle demande au Gouvernement de reconsidérer sa position quant à son désengagement brutal, sans quoi, elle ne pourra donner son accord au présent texte.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier.

Institution d'une carte sanitaire de la psychiatrie.

L'article L. 236 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 8 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, a donné une consécration législative au secteur psychiatrique. Dans son quatrième alinéa, il prévoit que, dans chaque département, le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, la planification des équipements sont déterminés, après avis du conseil départemental de la santé mentale, conformément aux dispositions figurant dans la loi hospitalière de 1970, et notamment ses articles 5 et 44.

Ceux-ci ont trait à l'établissement de la carte sanitaire déterminant les secteurs et régions d'action sanitaire.

L'article premier du présent projet, ainsi que l'article 2, ont pour objet d'inclure dans la loi hospitalière de 1970 des dispositions relatives à la carte sanitaire de la psychiatrie.

La carte sanitaire générale, définie par la loi de 1970, constitue un instrument de planification et de programmation qui, en principe, doit commander la réalisation du tout nouveau projet d'équipement hospitalier.

Elle est élaborée par arrêtés du ministre chargé de la santé, après le déroulement d'une procédure consultative.

Ces principes et ces procédures n'ont pas été appliqués à la psychiatrie, en dépit du champ d'application très large de la carte sanitaire générale.

En effet, après de nombreux retards, la mise en place d'une véritable carte sanitaire de la psychiatrie a été progressivement effectuée au début des années 1970, au niveau du département, selon une procédure déconcentrée.

Afin de ne pas freiner la mise en place de ce système propre à la psychiatrie, les pouvoirs publics ne l'ont pas rattachée à la carte sanitaire générale, en cours d'élaboration à ce moment là.

On s'est donc trouvé devant la coexistence de deux cartes :

— la carte générale élaborée à partir des dispositions de la loi du 31 décembre 1970 ;

— une carte sanitaire de la psychiatrie n'ayant pas de base légale, résultant d'une procédure différente.

Une harmonisation progressive du secteur psychiatrique avec les différents types de secteurs sanitaires et sociaux existants étant toutefois prévue.

Dans son rapport du 1^{er} juillet 1976, la Cour des comptes s'interrogeait sur la compatibilité des arrêtés préfectoraux portant règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, avec les dispositions de la loi hospitalière du 31 décembre 1970.

Elle signalait, à ce titre, une différence de procédure entraînant, en matière psychiatrique, deux inconvénients principaux :

— la préparation de la carte psychiatrique s'est effectuée sans consultation des groupements interhospitaliers de secteur. Cela n'a pas permis que s'instaure la coopération nécessaire entre tous les établissements publics et privés d'une même zone géographique ;

— la notion d'indice de besoin, retenue dans l'élaboration de la carte sanitaire générale, n'a pas été prise en compte dans la mise en place de la carte psychiatrique. Selon la Cour, cette lacune aurait dû être comblée dans la mesure où la politique d'investissement dans le secteur psychiatrique s'est fondée, durant plusieurs années, sur une appréciation erronée des besoins, en fonction d'une norme théorique établie par l'organisation mondiale de la santé dans les années 1950. Le Cour y a vu un élément déterminant de suréquipement hospitalier en psychiatrie.

L'article premier du présent projet légalise la carte sanitaire de la psychiatrie élaborée dans un cadre départemental.

Il faut rappeler qu'elle comporte actuellement :

— 750 secteurs de psychiatrie générale ;

— 286 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, appelés également intersecteurs.

La carte sanitaire générale comporte quant à elle 250 secteurs sanitaires.

L'harmonisation des deux cartes est souhaitable, en prévoyant des dérogations tenant compte des particularités locales. Toutefois, elle ne pourra être que partielle dans la mesure où la carte psychiatrique s'est élaborée dans un cadre départemental et la carte générale dans un cadre régional.

Par ailleurs, il existe une différence de nature entre le secteur sanitaire et le secteur psychiatrique, aire géographique au caractère fonctionnel plus marqué.

La carte sanitaire de la psychiatrie doit servir de référence en matière de planification et de programmation des équipements.

Elle conditionne les autorisations accordées en vue de la création ou l'extension des établissements privés ou publics.

En cela, elle doit permettre d'apporter une plus grande cohérence, dans un domaine qui s'est développé très inégalement sur le territoire national, au gré des initiatives locales.

C'est pourquoi votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 2.

Conditions d'élaboration de la carte sanitaire.

Comme le précédent, cet article vise à mettre en conformité l'article L. 326 du code de la santé publique avec les dispositions de la loi du 31 décembre 1970. Il s'agit ici de modifier l'article 44 de cette loi afin d'aligner les modalités d'édition de la carte psychiatrique sur celles prévues pour la carte sanitaire.

La carte sanitaire de la psychiatrie, en vertu de l'article 44 de la loi du 31 décembre 1970, sera donc fixée par arrêté du ministre chargé de la santé publique, après avis de la commission régionale et d'une commission nationale de l'équipement sanitaire. Le conseil départemental de santé mentale sera également consulté, conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi du 25 juillet 1985.

Elle déterminera les limites des secteurs psychiatriques et, pour chaque secteur, la nature, l'importance et l'implantation des installations nécessaires pour répondre aux besoins.

Pour chaque installation, elle précise les équipements immobiliers et les équipements matériels lourds à réaliser.

La carte sanitaire peut être révisée à tout moment.

Cet article 2 découle du principe évoqué à l'article précédent, visant à appliquer le dispositif de la carte sanitaire à la lutte contre les maladies mentales.

Votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

Article 3.

**Missions des établissements
assurant le service public hospitalier.**

Cet article tire les conséquences du dernier alinéa de l'article L. 326 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, afin de définir les missions des établissements assurant le service public hospitalier et luttant contre les maladies mentales.

Il vise à insérer, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article 4 *ter* ayant un triple objet :

— affirmer la responsabilité de l'établissement dans les secteurs qui lui sont rattachés ;

— lui confier un rôle de prévention, de diagnostic et de soins, conformément à l'article L. 326 du code de la santé publique. Cette disposition permet à l'hôpital de développer les alternatives à l'hospitalisation ;

— permettre à certains services d'exercer leur activité hors de l'établissement.

Cet article 3 confie un rôle majeur à l'hôpital dans l'organisation du secteur. A ce titre, il peut s'agir d'un centre hospitalier spécialisé ou d'un hôpital général, doté d'un service de psychiatrie.

L'hôpital responsable du secteur peut être, soit un hôpital public, soit un établissement privé participant au service public.

La responsabilité de l'hôpital dans le secteur recouvrera deux aspects :

— sur le plan financier, il prendra la charge des dépenses de l'ensemble des services publics participant à la lutte contre les maladies mentales dans le secteur ;

— sur le plan technique, il gèrera ces services. Par contre, les personnes privées habilitées à exercer des activités extra-hospitalières de lutte contre les maladies mentales seront associées à l'organisation du secteur, par voie de conventions.

Le dispositif permet donc de garantir l'indépendance des associations participant à la sectorisation.

Toutefois, la rédaction de cet article 3 est ambiguë. Bien que s'insérant dans le chapitre premier de la loi hospitalière de 1970,

relatif au service public hospitalier, le texte dispose que l'établissement est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans les secteurs qui lui sont rattachés.

Il semble que les auteurs du projet de loi aient voulu viser la responsabilité de l'hôpital dans la gestion des services publics intra- et extra-hospitaliers. Néanmoins, une interprétation extensive de cette rédaction peut conduire à étendre son droit d'intervention sur les personnes privées participant à la sectorisation.

C'est pourquoi il vous est proposé de supprimer cette notion beaucoup trop générale de responsabilité, telle qu'elle figure à cet article 3, pour la réintroduire à l'article 5, qui ne vise que les services publics d'hygiène mentale.

Tel est l'objet de l'amendement qui vous est proposé à cet article.

Article 4.

Etablissements habilités à soigner les personnes atteintes de maladies mentales.

L'actuel article L. 326-2 du code de la santé publique prévoit, afin d'assurer le service public hospitalier en matière de lutte contre les maladies mentales, que chaque département doit :

— soit disposer d'un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ;

— soit traiter à cet effet avec un établissement public ou privé.

Cette disposition résulte de l'article premier de la loi du 30 juin 1838 réservant l'internement des aliénés à des établissements spécialisés.

L'hospitalisation des malades mentaux qui ont fait l'objet d'un placement prévu par la loi de 1838 (placement volontaire ou placement d'office) se fait en principe exclusivement dans ces établissements.

La lettre de la loi de 1838 s'est cependant trouvée dépassée par la pratique puisque certains hôpitaux généraux accueillent dans leur service psychiatrique des malades mentaux en placement d'office ou en placement volontaire. Toutefois, leur nombre tend à se réduire au profit des malades en placement libre. Cette pratique a été admise par la jurisprudence administrative, dans la mesure où les services présentaient des caractéristiques analogues à celles dont disposent les hôpitaux psychiatriques.

La rédaction actuelle de l'article L. 326-2 ne correspond plus à la réalité et se révèle inadaptée.

L'article 4 entend supprimer le monopole des établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

Il ouvre la possibilité d'accueillir des personnes atteintes de maladies mentales à l'ensemble des établissements assurant le service public hospitalier, à condition d'avoir été habilités par le représentant de l'Etat à cet effet.

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement visant à supprimer le second alinéa de l'article L. 326-2 du code de la santé publique, que le texte initial maintenait en vigueur.

Il semble en effet que le dispositif de cet article 4 rende sans objet ce second alinéa.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 5.

Mise à disposition des services publics de lutte contre les maladies mentales.

L'article L. 326 du code de la santé publique désigne l'ensemble des établissements et services appelés à participer à la lutte contre les maladies mentales : établissements assurant le service public hospitalier, services dépendants de l'Etat, ainsi que toute personne morale de droit public ou privé ayant passé une convention avec l'Etat.

Les articles 5 et 6 du présent projet concernent uniquement les services publics mentionnés à l'article L. 326, alors que l'article 7 détermine les dispositions applicables aux personnes morales de droit privé.

Cet article 5 a un double objet :

- il met les services publics susvisés à disposition des établissements en charge du secteur ;
- il prévoit le régime financier de ces établissements.

• S'agissant du premier point, l'article 5 dispose que les services publics participant à la lutte contre les maladies mentales dans le cadre du secteur, sont mis à la disposition des établissements assurant le service hospitalier, désignés par le représentant de l'Etat dans le département.

La portée essentielle de cette disposition consiste en l'instauration d'une unité de gestion des services publics au sein du secteur.

La nécessité d'une telle unité de gestion n'est pas contestée dans la mesure où une certaine rivalité a pu être observée entre les différents intervenants, alors que les deux modes thérapeutiques, hospitalier et extra-hospitalier, devraient se compléter. Trop souvent, les activités extra-hospitalières se sont superposées à l'hospitalisation traditionnelle, entretenant par cela une concurrence rendant impossible la réduction de capacité d'accueil des hôpitaux psychiatriques.

La détermination de l'autorité ou de l'organisme prenant en charge la gestion des services publics du secteur a cependant suscité des appréciations divergentes. Le rapport Demay, publié en 1982, soulignait le risque d'hospitalo-centrisme, de mise sous tutelle des activités extra-hospitalières engendré par une gestion confiée à l'hôpital.

Ce rapport préconisait l'instauration d'un cadre juridique nouveau : l'établissement public de psychiatrie chargé de la gestion administrative et financière du secteur.

La création d'une structure nouvelle, à l'efficacité incertaine, ne manquait pas de poser de nombreuses difficultés.

Ce projet de loi a retenu une solution différente.

Il a confié à l'hôpital un rôle de maître-d'œuvre et de chef de file dans la gestion du secteur. Ce choix peut se comprendre dans la mesure où le médecin-chef de l'hôpital dirige l'équipe de secteur et assure des responsabilités tant dans les services médicaux que dans les structures extra-hospitalières.

Par ailleurs, l'hôpital doit constituer, dans le secteur, un support technique sur lequel peuvent s'appuyer les activités extra-hospitalières.

Enfin, il faut signaler que la mise en place de ce dispositif devrait s'accompagner de mesures visant à préciser le rôle et la composition du conseil départemental de la santé mentale, organisme consultatif en matière de coordination et de planification.

• Cet article 5 précise également les modalités de gestion financière des services publics appartenant au secteur.

L'article 67 du projet de loi de finances pour 1986 prévoit que les régimes de base d'assurance maladie remboursent les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L. 326 du code de la santé publique, à compter du 1^{er} janvier 1986. Il précise également que ces dépenses sont arrêtées par le représentant de l'Etat dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat, qui doit en outre prévoir le versement d'acomptes.

L'article 5 décrit plus complètement le mécanisme de prise en charge en spécifiant que les dépenses qui incombent au départe-

tement demeurent inscrites au budget départemental jusqu'au 31 décembre 1986, et au-delà de cette date pour certaines d'entre elles, déterminées par un décret en Conseil d'Etat.

Le représentant de l'Etat détermine le montant des remboursements au département devant être effectués par les établissements au titre de ces dépenses, des acomptes pouvant être versés le cas échéant.

Enfin, l'article 5 précise que ces acomptes pourront eux-mêmes être financés par des versements de la « caisse pivot » à qui incombe le règlement de la dotation globale hospitalière.

En fin de compte, on peut résumer les modifications introduites par cet article comme suit :

— jusqu'à présent, les dépenses afférentes aux activités extra-hospitalières sont à la charge de l'Etat. Toutefois, les frais afférents aux personnels départementaux exerçant dans le secteur sont imputés au budget du département et font l'objet d'un remboursement de l'Etat. Cette situation devait se maintenir dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi portant statut de la fonction publique territoriale, c'est-à-dire jusqu'au 26 janvier 1986 ;

— le nouveau dispositif prévoit que désormais, les dépenses de lutte contre les maladies mentales sont à la charge de l'assurance maladie.

Les dépenses qui étaient imputées au budget départemental y demeurent inscrites jusqu'au 31 décembre 1986. Elles ne sont plus remboursées par l'Etat mais par l'établissement, lui-même financé par la « caisse pivot ». Ce remboursement peut être effectué sous la forme d'acomptes dont le montant est fixé par le représentant de l'Etat.

Toutefois, la prise en compte des dépenses afférentes aux actions des services d'hygiène mentale mis à leur disposition, dans le budget des établissements, ne pourra être effective dès le 1^{er} janvier 1986.

D'après les renseignements fournis par les services ministériels, il est prévu d'arrêter, au cours de l'année 1986, un budget rectificatif intégrant ces dépenses dans le budget de l'établissement.

Il donnera lieu à une rectification en conséquence de la dotation globale annuelle, sur la base des dépenses extra-hospitalières de 1985, majorées du taux directeur de 3,4 %.

Durant la période transitoire allant du 1^{er} janvier 1986 à la décision modificative, les établissements devraient assurer les dépenses supplémentaires par voie de virement de crédits. En tout état de cause, le représentant de l'Etat peut fixer le montant des avances de trésorerie à verser, éventuellement, par la « caisse pivot ».

Il est apparu à votre commission que ce mécanisme financier, qui devra être mis en place dans des délais extrêmement brefs, laisse planer bon nombre d'incertitudes.

L'assurance maladie, outre le transfert de charge qu'elle devra supporter, risque de ne pas avoir la possibilité d'instaurer valablement les instruments techniques de son intervention financière.

Or, toute difficulté au niveau du financement se répercutera nécessairement sur le budget des établissements et, en fin de compte, sur la qualité de ses services.

Devant les difficultés d'application que risque de soulever ce texte, il aurait été souhaitable de prévoir une période transitoire permettant à chaque intervenant de se préparer à la nouvelle réglementation.

C'est pourquoi, il vous est proposé de reporter d'une année la mise en place des dispositions prévues à cet article 5 et aux articles suivants.

C'est là une condition essentielle de la réussite de la réforme que ce projet de loi entend mettre en œuvre.

Votre commission tient à affirmer avec force cette position qui lui semble relever du bon sens et de la raison.

Il appartient au Gouvernement de prendre ses responsabilités, notamment en reconsidérant sa position quant aux choix de la date d'application du 1^{er} janvier 1986, inscrite dans le projet de loi de finances.

Votre commission vous propose d'adopter à cet article quatre amendements :

— le premier indiquant que les services mis à disposition sont placés sous la responsabilité de l'établissement à compter du 1^{er} janvier 1987 ;

— le deuxième précisant que les dépenses supplémentaires résultant de la prise en charge des services publics d'hygiène mentale donnent lieu à un abondement en conséquence de la dotation globale ;

— les deux autres clarifiant la rédaction des dispositions relatives aux remboursements effectués par les établissements aux départements.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 6.

**Mise à disposition des biens meubles et immeubles
afférents aux services publics de lutte contre les maladies mentales.**

Cet article dispose que la mise à disposition auprès des établissements hospitaliers de secteurs, des biens meubles et immeubles, affectés aux services publics visés à l'article précédent, ne s'effectuera qu'à compter du 1^{er} janvier 1987, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Il est apparu, en effet, nécessaire de reporter la date de mise à disposition dans la mesure où, dans certains départements, les conventions sur le partage des biens entre le département et l'Etat n'ont pas encore été arrêtées. Une prise d'effet immédiat de cet article 6 pourrait donc créer quelques difficultés.

Le dispositif retenu par cet article s'apparente à celui qui a prévalu lors du transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales.

La mise à disposition ne se traduit pas par un transfert de propriété.

A cet égard, il paraît souhaitable de permettre aux établissements qui le désirent d'acquérir, en accord avec le département, les biens meubles et immeubles affectés à la lutte contre les maladies mentales. Les établissements peuvent avoir intérêt à intégrer ces biens dans leur patrimoine et constituer à ce titre des provisions d'amortissement leur permettant de reconstituer leur actif.

Tel est l'objet de l'amendement que votre commission vous propose à cet article.

Article 7.

**Régime financier applicable
aux personnes morales de droit privé.**

Les articles 5 et 6 visaient les services publics de lutte contre les maladies mentales.

Cet article 7 concerne, quant à lui, les personnes morales de droit privé participant à l'activité du secteur psychiatrique.

Il leur applique le régime de la dotation globale hospitalière. Cette dotation est versée directement à la personne morale de droit privé, par la caisse d'assurance maladie, sans intervention de l'établissement hospitalier de secteur. Il s'agit là, pour des intervenants privés, d'une garantie d'autonomie vis-à-vis du secteur public.

Les organismes privés se voient appliquer les dispositions analogues à celles prévues par l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, tel qu'il résulte de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 et de la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984.

Le montant de la dotation globale est fixé par le représentant de l'Etat, qui peut diminuer ou supprimer les prévisions de dépenses en fonction de l'appréciation des besoins de la population et du taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières.

Cette dotation peut être révisée en cours d'année, par le représentant de l'Etat, s'il se produit une modification importante et imprévisible dans les conditions économiques ou des exigences de la lutte contre les maladies mentales.

L'article 7 prévoit des règles analogues à celles applicables à l'établissement hospitalier de secteur en ce qui concerne l'avis des organismes d'assurance maladie, les modalités de versement de la dotation et la répartition entre les différents régimes d'assurance maladie.

Enfin, il est prévu que le représentant de l'Etat décidera du montant des acomptes éventuels versés par la caisse de l'établissement. Il est prévu de recourir à la formule des douzièmes mensuels prévue en matière de dotation globale hospitalière.

Votre commission vous propose d'adopter à cet article un amendement de conséquence, reportant sa date d'effet au 1^{er} janvier 1987.

Article 8.

Mise à disposition des fonctionnaires des collectivités territoriales.

Cet article concerne les personnels titulaires ou stagiaires des établissements de lutte contre les maladies mentales ayant le statut de fonctionnaires des collectivités territoriales.

Conformément au principe énoncé à l'article 5, confiant la responsabilité de la gestion du secteur à l'établissement hospitalier, ces personnels sont mis à disposition de cet établissement, à compter du 1^{er} janvier 1986.

Cet article ne vise que les fonctionnaires ou stagiaires des collectivités territoriales, c'est-à-dire des personnels non médicaux départementaux.

Pendant la période de mise à disposition, les personnels continueront à être rémunérés et gérés par la collectivité territoriale, qui sera remboursée pour cela dans les conditions examinées à l'article 5.

Les recrutements éventuels au cours de l'année 1986 seront effectués par l'autorité territoriale.

Par contre, les agents exerceront leurs fonctions sous l'autorité du chef d'établissement.

Votre commission vous demande d'adopter à cet article un amendement précisant que cet article prendra effet au 1^{er} janvier 1987 et indiquant que la mise à disposition s'effectuera à compter de la date de recrutement si celui-ci a lieu au cours de l'année 1987.

Article 9.

Statut des fonctionnaires et stagiaires des collectivités territoriales.

Cet article ouvre, à compter du 1^{er} janvier 1987, un droit d'option aux fonctionnaires titulaires ou stagiaires relevant actuellement du statut du titre III de la fonction publique et exerçant leur activité dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales.

Les agents bénéficient de l'option suivante :

— soit être maintenus dans leur actuel statut (titre III du statut général de la fonction publique). Dans ce cas, ils sont détachés d'office dans un des corps ou emplois de la fonction publique hospitalière ;

— soit être intégrés dans un corps ou emploi de la fonction publique hospitalière, relevant du titre IV du statut général, actuellement discuté devant le Parlement.

En tout état de cause, les agents stagiaires ne peuvent être détachés ou intégrés qu'à compter de la date de leur titularisation.

En raison du faible nombre d'agents concernés (2.000 environ), le délai d'option choisi est relativement bref, la situation des personnels pouvant être rapidement réglée.

Votre commission vous propose d'adopter à cet article un amendement de conséquence repoussant d'une année la prise d'effet de l'option.

Article 10.

Dispositions dérogatoires applicables aux fonctionnaires ayant opté pour le statut de fonctionnaires de l'Etat.

L'article 122 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, prévoit que les fonctionnaires de l'Etat exerçant leurs fonctions dans un service transféré aux collectivités locales et les fonctionnaires des

collectivités territoriales exerçant leurs fonctions dans un service de l'Etat peuvent opter, selon le cas, pour le statut de fonctionnaire territorial ou pour le statut de fonctionnaire de l'Etat.

Cet article tirait la conséquence de la nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales.

Certains personnels départementaux participant au fonctionnement des secteurs, ont pu demander leur intégration dans la fonction publique de l'Etat, la psychiatrie relevant désormais de la compétence étatique.

L'article 10 du présent projet règle la situation de ces personnels. Il prévoit de maintenir leur situation statutaire actuelle, s'ils confirment leur choix dans un délai déterminé. Ils sont alors détachés dans la fonction publique hospitalière.

S'il n'existe pas, à la date de promulgation de la loi, un corps susceptible de les accueillir dans la fonction publique d'Etat, ils seront intégrés, à compter du 1^{er} janvier 1987, dans un corps ou un emploi de la fonction publique hospitalière, sauf s'ils expriment le souhait d'être maintenus dans leur statut actuel. Dans ce cas, ils sont détachés d'office dans la fonction publique hospitalière.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de conséquence relatif à sa date d'application.

Article 11.

**Dispositions applicables aux agents recrutés
entre la date de promulgation du présent texte et le 1^{er} janvier 1987.**

Cet article précise simplement que les dispositions des articles 8 et 9 sont également applicables aux fonctionnaires et stagiaires recrutés pendant la période allant de la date de la promulgation de la présente loi au 1^{er} janvier 1987.

L'amendement que vous a proposé votre commission à l'article 8 rend inutile cet article 11 dans la mesure où les fonctionnaires et stagiaires recrutés au cours de l'année 1986 sont mentionnés à l'article 8, auquel se réfère en outre l'article 9.

Votre commission vous propose donc de supprimer cet article.

Article 12.

Fin du détachement des fonctionnaires.

Cet article prévoit que lorsque l'autorité auprès de laquelle le fonctionnaire est détaché, demande qu'il soit mis fin au détachement,

pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice des fonctions, l'intéressé est immédiatement réintégré dans son corps ou emploi d'origine.

Ces dispositions sont à rapprocher des articles 45 du titre II et 66 du titre III du statut général des fonctionnaires, qui concernent le cas de l'agent en détachement remis à la disposition de son administration d'origine, pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice de ses fonctions.

Il est prévu, dans cette hypothèse, que le fonctionnaire est rémunéré par l'organisme de détachement jusqu'à sa réintégration effective.

Qu'il soit fonctionnaire d'Etat ou fonctionnaire territorial, l'agent détaché auprès de l'établissement hospitalier ne sera donc pas pénalisé par rapport à ses homologues ayant choisi d'être intégrés dans la fonction publique hospitalière.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 13.

Dispositions applicables aux agents non titulaires.

Cet article 13 prévoit le régime applicable aux agents non titulaires des collectivités territoriales, exerçant dans le secteur psychiatrique : il s'agit de personnels non médicaux contractuels ou vacataires.

Comme les agents titulaires, ils seront tout d'abord mis à la disposition de l'établissement hospitalier de secteur, à compter du 1^{er} janvier 1986. La durée de cette mise à disposition n'est pas spécifiée. L'article 13 précise simplement qu'elle ne peut dépasser la date d'expiration de leur engagement.

Le texte prévoit qu'à l'issue de cette période de mise à disposition, sous réserve que leur engagement ne soit pas venu à expiration, ils sont recrutés par l'établissement hospitalier en tant qu'agents non titulaires et conservent leurs conditions de rémunérations antérieures.

Les agents non titulaires pourront alors bénéficier des conditions de titularisation prévues dans le titre IV du statut de la fonction publique, en cours de discussion devant le Parlement.

Il faut rappeler que ces conditions sont les suivantes :

— être en fonction ou en congé à la date de publication de la loi portant statut de la fonction publique hospitalière ;

— avoir accompli, à la date de dépôt des candidatures, des services effectifs d'une durée équivalente à deux ans au moins de services à temps complet ;

— remplir les conditions prévues à l'article 5 du titre premier du statut général, pour se voir reconnaître la qualité de fonctionnaire.

L'article 13, dans son dernier alinéa, précise que les services accomplis en qualité d'agent non titulaire de la collectivité territoriale sont considérés comme services accomplis dans les établissements d'hospitalisation publics.

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement supprimant la condition de non expiration de l'engagement préalable au recrutement comme agent non titulaire de la fonction publique hospitalière.

D'après les explications fournies par les services ministériels, cette disposition visait à ne pas obliger les établissements à recruter des personnels engagés à titre temporaire ou exceptionnel. Dans sa rédaction, elle pouvait également s'appliquer à des non titulaires dont le contrat est régulièrement renouvelé par tacite reconduction et qui exercent souvent leurs fonctions depuis de longues années dans l'établissement.

Les titres II et III du statut général donnent à ces agents, sous certaines conditions, vocation à être titularisés. Dans ce cas, ils ne peuvent être licenciés que sous certaines conditions, limitativement énumérées.

Il aurait été choquant qu'à la fin de la mise à disposition certains établissements puissent invoquer l'arrivée à échéance du contrat pour refuser de recruter l'agent, alors que celui-ci, en l'absence de modification législative, possédait une certaine garantie d'emploi.

C'est pourquoi votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de conséquence.

Article 14.

Dispositions applicables aux médecins vacataires départementaux.

En 1984, près du tiers des médecins psychiatres exerçaient en tant que vacataires pris en charge par le département : d'après les renseignements fournis par les services ministériels, ils étaient 1.241 en 1984, les psychiatres hospitaliers étant quant à eux au nombre de 2.515.

L'article 14 leur applique des dispositions comparables à celles figurant à l'article précédent, pour les agents non médicaux non titulaires.

Les médecins vacataires départementaux sont mis à disposition des établissements hospitaliers de secteur à compter du 1^{er} janvier 1986 pour une période non précisée ne pouvant, en tout état de cause, dépasser la date d'expiration de leur engagement.

L'article 14 dispose simplement qu'à l'issue de cette période de mise à disposition, ils sont recrutés par l'établissement et consevent leurs conditions de rémunération.

L'exposé des motifs du projet de loi précise quant à lui que les conditions de leur intégration dans le corps des praticiens hospitaliers, à temps plein ou à temps partiel, sera aménagé en tant que de besoin.

Le Gouvernement n'avait pas jugé utile d'inscrire une telle disposition dans le texte initial de cet article 14.

Il a toutefois présenté un amendement en ce sens qui a été adopté par l'Assemblée nationale.

Il semble en effet que cela constitue pour ces médecins une perspective souhaitable.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de conséquence.

Article 15.

Application du projet de loi.

Cet article précise qu'un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les mesures d'application du présent texte.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE PREMIER</p> <p style="text-align: center;">Du service public hospitalier.</p> <p><i>Section 1.</i> — Dispositions générales.</p> <p><i>Art. 5</i> (premier alinéa). — 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> <p style="text-align: center;">CHAPITRE IV</p> <p style="text-align: center;">De l'équipement sanitaire.</p> <p><i>Art. 44</i> (alinéas 3 à 8). — La carte sanitaire de la France détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :</p> <p>1° Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;</p>	<p style="text-align: center;">Article premier.</p> <p>Le premier alinéa de l'article 5 de la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. 5.</i> — 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 sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques. »</p> <p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>Le 1° et le 2° du troisième alinéa de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est modifié comme suit :</p> <p>« 1° les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques visés par l'article L. 326 du code de la santé publique ;</p>	<p style="text-align: center;">Article premier.</p> <p>Sans modification.</p> <p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>Les quatrième et cinquième alinéas (1° et 2°) de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi rédigés :</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification.</p>	<p style="text-align: center;">Article premier.</p> <p style="text-align: center;">Conforme.</p> <p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p style="text-align: center;">Conforme.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>2° Pour chaque secteur et pour chaque région sanitaire, la nature, l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ;</p>	<p>« 2° pour chaque région sanitaire, pour chaque secteur sanitaire et pour chaque secteur psychiatrique, la nature, l'importance et l'implantation des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population. »</p>	Alinéa sans modification.	
<p>3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.</p>			
<p>Pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipements matériels lourds à réaliser.</p>			
<p>La carte sanitaire peut être révisée à tout moment ; elle est révisée obligatoirement lors de l'élaboration de chaque plan de modernisation et d'équipement.</p>			
	Art. 3.	Art. 3.	Art. 3.
	<p>Il est inséré, après l'article 4 bis de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 4 ter ainsi rédigé :</p>	Alinéa sans modification.	
	<p>« Art. 4 ter. — Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques dont il fait partie. Il met à la disposition de la population des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci. »</p>	<p>« Art. 4 ter. — Chaque établissement...</p>	<p>« Art. 4 ter. — Chaque établissement...</p>
		<p>secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met...</p>	<p>... mentales met à la disposition de la population dans... ... rattachés, des services...</p>
		... de celui-ci. »	... de celui-ci. »

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
Code de la Santé publique.			
LIVRE III			
TITRE IV	Art. 4.	Art. 4.	Art. 4.
LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES	Le premier alinéa de l'article L. 326-2 du code de la santé publique est remplacé par la disposition suivante :	L'article L. 326-2...	Conforme.
CHAPITRE II		... publique est ainsi rédigé :	
Etablissements de soins.	« Art. L. 326-2. — Dans chaque département, un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier sont habilités par le représentant de l'Etat à soigner les personnes qui sont atteintes de maladies mentales et qui relèvent du chapitre III du présent titre. »	« Art. L. 326-2. — Sans modification.	
Art. L. 326-2. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.			
Les traités passés avec les établissements publics ou privés doivent être approuvés par le ministre de la santé publique et de la population.			
CHAPITRE PREMIER			
Dépistage et prophylaxie.	Art. 5.	Art. 5.	Art. 5.
Art. L. 326. (deux premiers alinéas). — La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic et de soins.	A compter du 1 ^{er} janvier 1986, les services publics mentionnés à l'article L. 326 du code de la santé publique sont mis à la disposition des établissements assurant le service hospitalier désignés par le représentant de l'Etat dans le département.	A compter...	A compter du 1 ^{er} janvier 1987, les services...
A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre de circonscriptions géographiques, appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat, ainsi que toute personne morale de droit public ou privé, ayant passé avec l'Etat une convention précisant les objectifs poursuivis,	Ces établissements prennent en charge les dépenses exposées par ces services dans la lutte contre les maladies mentales.	... assurant le service public hospitalier désignés...	... disposition et placés sous la responsabilité des établissements...
		... département.	... département.
		Alinéa sans modification.	Ces établissements...
	Le représentant de l'Etat dans le département fixe le montant des remboursements		... mentales. La dotation globale annuelle versée aux établissements en application de l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale est majorée à hauteur de ces dépenses.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre et, le cas échéant, les relations avec les autres organismes agissant dans le domaine de la santé mentale.</p> <p>.....</p>	<p>à effectuer au département par les établissements mentionnés à l'alinéa précédent en raison des dépenses de lutte contre les maladies mentales. Ces dépenses continuent jusqu'au 31 décembre 1986 à être inscrites au budget départemental; un décret en conseil d'Etat détermine celles d'entre elles pour lesquelles cette inscription sera maintenue au-delà de cette date.</p>	<p>Ces dépenses continuent...</p>	<p><i>Les dépenses de lutte contre les maladies mentales imputées sur le budget du département continuent à y être inscrites jusqu'au 31 décembre 1987; un décret...</i></p>
		<p>...cette date.</p>	<p>...cette date.</p>
	<p>Le représentant de l'Etat dans le département détermine aussi, le cas échéant, les acomptes à verser au département par ces établissements, ainsi que ceux à verser à ces derniers par la caisse à qui incombe le règlement de la dotation globale hospitalière.</p>	<p>Le représentant de l'Etat dans le département fixe le montant des remboursements à effectuer aux collectivités territoriales par les établissements mentionnés au premier alinéa du présent article en raison des dépenses de lutte contre les maladies mentales.</p>	<p>Le représentant... ... remboursements et des acomptes éventuels à verser aux collectivités... ...en raison de leurs dépenses... ...mentales.</p>
		<p>Le représentant de l'Etat...</p>	<p><i>Il détermine aussi le cas échéant les acomptes à verser à ces établissements par la caisse à qui incombe le règlement de la dotation globale hospitalière.</i></p>
		<p>... à verser aux collectivités territoriales par ces établissements...</p>	
		<p>... globale hospitalière.</p>	
	<p>Art. 6.</p>	<p>Art. 6.</p>	<p>Art. 6.</p>
	<p>A compter du 1^{er} janvier 1987, les biens meubles et immeubles affectés aux services publics et nécessaires à l'exercice de leurs activités de lutte contre les maladies mentales sont mis à la disposition des établissements mentionnés à l'article précédent selon les modalités déterminées par décret en conseil d'Etat.</p>	<p>A compter... ... aux services publics de lutte contre les maladies mentales nécessaires à l'exercice de leurs activités sont mis à la disposition... ... conseil d'Etat.</p>	<p>A compter... ... précédent ou acquis par ceux-ci, selon... ... conseil d'Etat.</p>
	<p>Art. 7.</p>	<p>Art. 7.</p>	<p>Art. 7.</p>
	<p>A compter du 1^{er} janvier 1986, les dépenses de chaque personne morale de droit privé habilitée à participer à</p>	<p>A compter... ... personne morale de droit privé participant à la lutte</p>	<p>A compter du 1^{er} janvier 1987, les dépenses...</p>

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.	la lutte contre les maladies mentales telle qu'elle est définie à l'article L. 326 du code de la santé publique sont l'objet, au titre de cette action, d'une dotation globale annuelle qui est à la charge des régimes d'assurance maladie.	contre les maladies mentales dans les conditions définies à l'article L. 326 du code de la santé publique...	... mala- die.
Art. 22. — (Antépénultième et avant dernier alinéas.)	La dotation est fixée par le représentant de l'Etat dans le département selon les modalités déterminées à l'alinéa 4 de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970. Cette dotation est révisée selon les mêmes modalités s'il se produit en cours d'année une modification importante et imprévisible dans les conditions économiques ou dans les exigences de la lutte contre les maladies mentales menée par ces personnes morales.	La dotation... ... dans le département dans les conditions définies à l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale et à l'antépénultième alinéa de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée. Cette dotation... ... per- sonnes morales.	Alinéa sans modification.
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 permettant d'arrêter 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 arrête le budget et le rend exécutoire. Si le représentant de l'Etat s'écarte des proposi-			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>tions de la chambre régionale des comptes, il assortit sa décision d'une motivation explicite.</p>			
<p>Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.</p>			
<p>Art. 8. — Dans les établissements d'hospitalisation publics et dans les établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année, après avis des organismes responsables de la gestion de chacun de ces régimes, d'une dotation globale au profit de chaque établissement.</p>			
<p>Il est procédé, dans les mêmes conditions, à une révision de la dotation globale en cours d'année, s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale.</p>			
<p>Un décret en conseil d'Etat détermine les modalités de fixation de cette dotation globale par arrêté du ministre chargé de la santé ou des commissaires de la République.</p>			
<p>Décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p><i>Art. 30 (premier alinéa). —</i> Le budget ainsi que les propositions de dotation globale et de tarifs de prestations sont transmis avant le 1^{er} novembre de l'année précédant l'exercice auquel il se rapporte, d'une part, à l'autorité administrative mentionnée à l'article 29 et, d'autre part, à la caisse régionale d'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.</p>	<p>Les conditions dans lesquelles l'avis des organismes d'assurance maladie au sujet de la dotation globale est recueilli, les modalités de versement de cette dotation et la répartition de celle-ci entre les régimes obligatoires d'assurance maladie sont celles applicables à la dotation globale de l'établissement responsable du secteur.</p>	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
<p><i>Art. 35. —</i> La caisse régionale d'assurance maladie est chargée de recueillir, au sein d'une commission qu'elle préside, et réunit, l'avis de chacun des organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie, ainsi que les observations formulées par les services du contrôle médical. Ces organismes peuvent déléguer à la caisse régionale d'assurance maladie leur compétence pour exprimer cet avis.</p>			
<p>Les représentants des régimes sont désignés par les conseils d'administration des organismes dont ils relèvent.</p>			
<p>Le représentant de l'établissement assisté de personnes de son choix est entendu par la commission à sa demande ou à celle de la commission.</p>			
<p>L'avis est adressé à l'établissement concerné ainsi qu'à l'autorité administrative chargée d'arrêter la dotation globale, dans le délai d'un mois à compter de la réception par la caisse régionale d'assurance maladie des documents budgétaires et leurs annexes prévus à l'article 13, accompagnés de la délibération du conseil d'administration de l'établissement hospitalier.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Dans les départements d'outre-mer, la caisse générale de sécurité sociale remplit la mission confiée par le premier alinéa du présent article à la caisse régionale d'assurance maladie.</p>	<p>Le représentant de l'Etat dans le département décide si des acomptes doivent être versés par la caisse chargée d'assurer le règlement de la dotation globale; il fixe le montant de ces acomptes.</p>	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
<p>(Voir ci-dessus l'article L. 326 du code de la santé publique.)</p>	<p>Art. 8.</p> <p>Les fonctionnaires et les stagiaires des collectivités territoriales qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales mentionnées à l'article L. 326 du code de la santé publique sont, à compter du 1^{er} janvier 1986, mis à la disposition des établissements désignés par le représentant de l'Etat dans le département.</p>	<p>Art. 8.</p> <p>Les fonctionnaires...</p> <p>... dans le département. Ils continuent à être régis par les statuts qui leur sont applicables lors de l'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	<p>Art. 8.</p> <p>Les fonctionnaires...</p> <p>... mentales mentionnées à l'article...</p> <p>... à compter du 1^{er} janvier 1987 ou à compter de la date de leur recrutement si celui-ci a lieu au cours de l'année 1987, mis...</p> <p>... présente loi.</p>
	<p>Art. 9.</p> <p>Les fonctionnaires et les stagiaires des collectivités territoriales mentionnés à l'article 9 ci-dessus qui auront opté pour le maintien de leur statut sont, à compter du 1^{er} janvier 1987, ou de la date de leur titularisation si celle-ci est postérieure, détachés d'office dans les corps et emplois de la fonction publique hospitalière. S'ils n'optent pas pour le maintien de leur sta-</p>	<p>Art. 9.</p> <p>Les fonctionnaires et les stagiaires visés à l'article 8 ci-dessus peuvent opter pour le maintien de leur statut ou pour leur intégration dans les corps et emplois de la fonction publique hospitalière. Ceux d'entre eux qui auront opté pour le maintien...</p>	<p>Art. 9.</p> <p>Les fonctionnaires...</p> <p>... à compter du 1^{er} janvier 1988, ou de la date...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.</p>	<p>tut, les fonctionnaires mentionnés à l'article 8 ci-dessus sont, à compter du 1^{er} janvier 1987, intégrés dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière. Les agents qui auront, au 1^{er} janvier 1987, la qualité de stagiaire seront intégrés à la date à laquelle ils seront titularisés.</p>	<p>... titularisés.</p>	<p>... à compter du 1^{er} janvier 1988, intégrés...</p>
<p>Art. 122. — Les fonctionnaires de l'Etat exerçant leurs fonctions dans un service transféré aux collectivités locales et les fonctionnaires des collectivités territoriales exerçant leurs fonctions dans un service relevant de l'Etat peuvent opter, selon le cas, pour le statut de fonctionnaire territorial ou pour le statut de fonctionnaire de l'Etat.</p>	<p>Art. 10. Par dérogation à l'article 9 ci-dessus, les fonctionnaires des collectivités territoriales qui, à la date de publication de la présente loi, ont, en vertu des dispositions de l'article 122 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, opté pour le statut de fonctionnaire de l'Etat, conservent le bénéfice de cette option s'ils la confirment dans un délai déterminé. Ils sont, à compter du 1^{er} janvier 1987, détachés d'office dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière.</p>	<p>Art. 10. Alinéa sans modification.</p>	<p>Art. 10. Par dérogation...</p>
<p>Art. 123. — I. — Le droit d'option prévu à l'article 122 est exercé dans un délai de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 1984.</p>	<p>Toutefois, lorsqu'à la date de publication de la présente loi, il n'existe pas pour certains d'entre eux de corps d'accueil dans la fonction publique de l'Etat, les intéressés seront intégrés à compter du 1^{er} janvier 1987 dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière. Dans le cas où, avant une date déterminée, ils auraient demandé à conserver leur statut, ils seront détachés d'office dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière.</p>	<p>Toutefois, lorsqu'il n'existe pas de corps d'accueil...</p>	<p>..., à compter du 1^{er} janvier 1988, détachés... ... hospitalière.</p>
<p>Il est fait droit aux demandes d'option dans un délai maximal de deux ans à compter de la demande.</p>	<p>II. — S'ils ont opté pour le maintien de leur statut antérieur, les fonctionnaires peuvent demander à être détachés dans un emploi de l'Etat, de la collectivité ou de l'établissement auprès duquel ils exercent leurs fonctions. Dans ce cas, ils ont priorité pour y être détachés.</p>	<p>... publi- que hospitalière.</p>	<p>... compter du 1^{er} janvier 1988 dans... ... hospitalière.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Pendant une période de cinq années, s'il est mis fin au détachement à la demande de l'autorité auprès de laquelle le fonctionnaire a été détaché et pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice des fonctions, l'intéressé est immédiatement réintégré.</p>	<p>Art. 11.</p> <p>Les dispositions des articles 8 et 9 ci-dessus sont applicables aux fonctionnaires et aux stagiaires recrutés pour exercer une activité de lutte contre les maladies mentales par les collectivités territoriales entre la date de publication de la présente loi et le 1^{er} janvier 1987.</p>	<p>Art. 11.</p> <p>Sans modification.</p>	<p>Art. 11.</p> <p>Supprimé.</p>
<p>Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.</p>	<p>Art. 12.</p> <p>S'il est mis fin au détachement à la demande de l'autorité auprès de laquelle le fonctionnaire a été détaché et pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice des fonctions, l'intéressé est immédiatement réintégré dans son corps ou emploi d'origine.</p>	<p>Art. 12.</p> <p>Sans modification.</p>	<p>Art. 12.</p> <p>Conforme.</p>
<p>Art. 45 (6^e alinéa). — Le fonctionnaire détaché remis à la disposition de son administration d'origine pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice de ses fonctions, et qui ne peut être réintégré dans son corps d'origine faute d'emploi vacant, continue d'être rémunéré par l'organisme de détachement jusqu'à sa réintégration dans son administration d'origine.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée.			
<p>Art. 67 (1^{er} alinéa). — A l'expiration de son détachement ou en cas de remise à la disposition de son administration d'origine en cours de détachement, le fonctionnaire est réaffecté dans l'emploi qu'il occupait avant son détachement ou dans un autre emploi, relevant de la même collectivité ou du même établissement public, que son grade lui donne vocation à occuper.</p>			
	Art. 13.	Art. 13.	Art. 13.
	<p>Les agents non titulaires des collectivités territoriales qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales mentionnées à l'article L. 326 du code de la santé publique sont, à compter du 1^{er} janvier 1986 ou à compter de la date de leur recrutement si celui-ci a lieu au cours de l'année 1986, mis, pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de leur engagement, à la disposition des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article 5.</p>	Alinéa sans modification.	Les agents...
			... mentales mentionnée à l'article...
			... à compter du 1 ^{er} janvier 1987 ou à...
			... de l'année 1987, mis,...
			... de l'article 5.
Projet de loi portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière actuellement soumis à la discussion du Parlement.	<p>A l'issue de la période de mise à disposition, et sous réserve que leur engagement ne soit pas venu à expiration, les intéressés sont recrutés en qualité d'agents non titulaires par l'établissement d'hospitalisation public où ils exer-</p>	<p>A l'issue de la période de mise à disposition, les intéressés sont recrutés en qualité d'agent non titulaire par l'établissement d'hospitalisation public désigné par le représentant de l'Etat dans le département. Ils conservent, à</p>	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>CHAPITRE PREMIER</p>	<p>cent leurs fonctions. Ils con- servent à titre personnel les conditions de rémunération dont ils bénéficiaient au mo- ment de leur recrutement.</p>	<p>titre personnel... ... leur recrutement.</p>	
<p>Dispositions générales et structures des carrières.</p>			
<p>Art. 9 (premier alinéa). — Par dérogation à l'article 3 du titre premier du statut général, des emplois permanents à temps complet peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les be- soins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'as- surer ces fonctions ou lors- qu'il s'agit de fonctions nou- vellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées.</p>			
<p>CHAPITRE XI</p>	<p>Pour l'application aux agents visés aux alinéas pré- cédents des mesures transi- toires de titularisation concer- nant les agents non titulaires des établissements d'hospita- lisation publics, les services accomplis en qualité d'agent non titulaire des collectivités territoriales sont considérés comme services accomplis dans les établissements d'hos- pitalisation publics.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
<p>Dispositions transitoires.</p>			
<p>Section I. — Titularisation des agents non titulaires (art. 105 à 113).</p>			
<p>Section II. — Autres disposi- tions transitoires (art. 114 à 122).</p>			
	<p>Art. 14.</p>	<p>Art. 14.</p>	<p>Art. 14.</p>
	<p>Les médecins vacataires départementaux qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales sont, à compter du 1^{er} janvier 1986, mis à la disposition des éta- blissements responsables de la lutte contre les maladies men- tales, pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de leur engage- ment.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>Les médecins... ... à compter du 1^{er} janvier 1987, mis... ... engage- ment.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>A l'issue de la période de mise à disposition, et sous réserve que leur engagement ne soit pas venu à expiration, les médecins visés à l'alinéa précédent sont recrutés par l'établissement d'hospitalisation public où ils exercent leurs fonctions. Ils conservent à titre personnel les conditions de rémunération dont ils bénéficiaient auparavant.</p>	<p>A l'issue de la période de mise à disposition, les médecins visés à l'alinéa précédent...</p> <p>... d'hospitalisation public désigné par le représentant de l'Etat dans le département. Ils conservent, à titre personnel, les conditions...</p> <p>... auparavant.</p> <p>Les médecins vacataires pourront bénéficier pour l'accès aux emplois hospitaliers à plein temps ou à temps partiel d'aménagement des conditions de recrutement déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p> <p>Alinéa sans modification.</p>
	Art. 15.	Art. 15.	Art. 15.
	<p>Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les mesures d'application de la présente loi.</p>	Sans modification.	Conforme.

ANNEXES

I. — Article 8 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985.

Art. 8. — I. — L'article L. 326 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 326. — La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic et de soins.

« A cet effet exercent leurs missions dans le cadre de circonscriptions géographiques, appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat, ainsi que toute personne morale de droit public ou privé ayant passé avec l'Etat une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre et, le cas échéant, les relations avec les autres organismes agissant dans le domaine de la santé mentale.

« Il est institué un conseil départemental de santé mentale qui comprend notamment des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des caisses d'assurance maladie, des représentants des personnels de santé mentale, des établissements d'hospitalisation publics ou privés.

« Dans chaque département, le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, la planification des équipements comportant ou non des possibilités d'hospitalisation nécessaires à la lutte contre les maladies mentales sont déterminés, après avis du conseil départemental de santé mentale, conformément aux dispositions des articles 5, 31, 44, 47 et 48 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. — Article 67 du projet de loi de finances pour 1986.

A compter du 1^{er} janvier 1986, les régimes de base d'assurance maladie remboursent les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L. 326 du code de la santé publique.

Ces dépenses sont arrêtées par le représentant de l'Etat dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat qui détermine, en outre, les modalités d'application du présent article et prévoit le versement d'acomptes.