

N° 337

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1990 - 1991

Annexe au proces-verbal de la séance du 22 mai 1991.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, portant réforme hospitalière, CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE AUX TERMES DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION, APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE,

Par M. Claude HURIET,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Marc Bœuf, Claude Huriet, Jacques Bimbenet, *vice-présidents* ; Hector Viron, Charles Descours, Guy Penne, Roger Lise, *secrétaires* ; Jose Balarelio, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Gérard César, Jean Chérioux, Marcel Debarge, François Delga, Jean-Pierre Demerliat, Michel Doublet, Jean Dumont, Jean-Paul Emin, Mme Marie-Fanny Gournay, MM. Roger Husson, André Jourdain, Paul Kauss, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Mme Helene Missoffe, MM. Arthur Moulin, Hubert Peyou, Louis Philibert, Claude Prouvoyeur, Roger Rigaudière, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Bernard Seillier, Franck Serusclat, René-Pierre Signe, Paul Souffrin, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) : 1876, 1947 et T.A. 468.

Sénat : 309 (1990-1991).

Hopitaux et cliniques.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS : Pourquoi faut-il examiner le texte au fond ?	11
TITRE I - L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SOINS APPELLE UNE REFORME	13
A. L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SOINS ET DES BESOINS DE LA POPULATION EXIGE UNE ADAPTATION DES INSTRUMENTS DE CONTROLE ET DE PLANIFICATION	13
I. L'EVOLUTION DES TECHNIQUES MEDICALES ET DES BESOINS DE LA POPULATION	14
a) L'évolution des techniques médicales	14
1) <i>Les effets sur les coûts</i>	14
2) <i>Les effets sur les structures</i>	15
b) Les évolutions des besoins de la population	15
1) <i>L'évolution démographique</i>	15
2) <i>L'évolution des pathologies et des comportements</i>	16
II. LES INSTRUMENTS DE LA PLANIFICATION ET DU CONTROLE DU SYSTEME HOSPITALIER SONT INADAPTES .	17
a) L'outil de planification sanitaire est juridiquement inefficace et économiquement médiocre	17
1) <i>Les lacunes du dispositif réglementaire</i>	17
2) <i>La médiocrité des résultats de la politique de maîtrise de l'offre</i>	18
b) Les instruments du contrôle sont peu opérants et paralysants	19
1) <i>Les outils de gestion interne sont souvent rudimentaires</i> . . .	19
2) <i>Les outils de la tutelle sont inadaptés</i>	20
B. LE MALAISE DES ACTEURS DU SYSTEME HOSPITALIER S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE MAITRISE DES DEPENSES	21
I. LE MALAISE DES ACTEURS DU SYSTEME HOSPITALIER ..	21
a) Le faux débat "public-privé"	21
1) <i>Quelques chiffres</i>	21
2) <i>Une réalité composite</i>	22
b) Le découragement de la fonction publique hospitalière	23
1) <i>Le malaise du corps médical</i>	23
2) <i>La crise d'identité des autres catégories de personnel</i>	24

	Pages
	-
II. UN CONTEXTE DE MAITRISE DES DEPENSES	25
a) Les chiffres	25
1) <i>La consommation médicale totale</i>	25
2) <i>La dépense hospitalière</i>	26
b) Un bilan discutable de l'instrument du contrôle financier : la dotation globale	27
1) <i>Un instrument de maîtrise fragile</i>	27
2) <i>Un instrument peu structurant</i>	27
TITRE II - LA REFORME SOUMISE A L'EXAMEN DU SENAT DOIT ÊTRE PROFONDEMENT AMENAGEE	29
A. LA REFORME PRESENTEE PAR LE GOUVERNEMENT : UN DISPOSITIF INACCEPTABLE, MALGRE CERTAINES AMELIORATIONS APORTEES PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE	29
I. LA PLANIFICATION ET L'ORGANISATION SANITAIRES : UN CADRE INCERTAIN ET MENACANT	30
a) La planification sanitaire : un cadre incertain	30
1) <i>Le champ de la planification : un dirigisme excessif</i>	30
2) <i>La mise en oeuvre de la planification : une profession de foi dépourvue de tout engagement sur les moyens</i>	32
b) Le régime d'autorisation : une menace pour l'autonomie et la liberté des établissements	32
1) <i>Des procédures contraignantes et arbitraires</i>	33
2) <i>L'institution d'autorisations à durée déterminée : un facteur de précarité et un frein aux investissements</i>	33
II. LA REFORME DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE : UN DISPOSITIF INACHEVE QUI PORTE ATTEINTE A LA HIERARCHIE NEE DU MERITE	34
a) Une réforme inachevée du statut et du contrôle des établissements publics de santé	34
1) <i>Le statut : un faux semblant</i>	34
2) <i>Le desserrement des tutelles : le maintien d'un contrôle a priori et d'une tutelle financière étroite et asphyxiante</i>	35
b) La réforme de l'organisation des soins et du fonctionnement médical : une menace pour la qualité des soins	35
1) <i>Le modèle initial : un curieux dispositif, aux intentions indiscernables</i>	36
2) <i>L'amendement "Durieux" : une ouverture</i>	36
B. LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION : RENFORCER L'AUTONOMIE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET RESPECTER LA LIBERTE DES ETABLISSEMENTS PRIVES DANS LE CADRE D'UNE PLANIFICATION SOUPLE	37
I. RENFORCER LES GARANTIES OFFERTES AUX ACTEURS DU SYSTEME DE SOINS ET RESPECTER LA LIBERTE DES ETABLISSEMENTS	37
a) Les garanties offertes aux acteurs du système de soins ..	37
1) <i>Une définition claire des principes fondamentaux : les droits du malade, la définition de l'évaluation de l'activité hospitalière</i>	37

	Pages
2) <i>Les missions des établissements de santé, publics ou privés : une clarification du dispositif</i>	38
b) Respecter la liberté des acteurs dans le cadre d'une planification souple et concertée	39
1) <i>Une planification souple et concertée</i>	39
2) <i>Le respect de la liberté des acteurs</i>	39
II. RENFORCER L'AUTONOMIE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ET METTRE UN TERME A LA "GUERRE DE LA DEPARTEMENTALISATION"	41
a) Renforcer l'autonomie des établissements	41
1) <i>La définition d'un statut authentiquement spécifique des établissements publics de santé</i>	41
2) <i>Une innovation essentielle : l'instauration du principe du contrôle a posteriori</i>	41
b) Mettre un terme à la "guerre de la départementalisation"	42
1) <i>L'organisation des soins et le fonctionnement médical : la recherche d'un compromis</i>	42
2) <i>Le consultanat : une issue honorable</i>	43
CONCLUSION : les quatre réserves de votre commission	44
TRAVAUX DE LA COMMISSION	47
I - Audition des Ministres	47
II - Auditions de la commission ou du rapporteur	53
III - Examen du projet de loi	57
EXAMEN DES ARTICLES	69
TITRE PREMIER : DISPOSITIONS MODIFIANT LE TITRE PREMIER DU LIVRE VII DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Articles premier A à 15)	69
<i>Article premier A : Principes fondamentaux : Droits du malade, évaluation et analyse de l'activité hospitalière (chapitre premier A (nouveau) du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	71
Section 1 - Des droits du malade	73
<i>Art. L.710-1 du code de la santé publique : Libre-choix du malade</i>	73
<i>Art. L. 710-2 du code de la santé publique : Droit du malade à l'information</i>	74
<i>Art. L. 710-3 du code de la santé publique : Droit du malade à des soins de qualité et évaluation de l'activité hospitalière</i>	75
Section 2 - De l'évaluation et de l'analyse de l'activité hospitalière ..	76
<i>Art. L. 710-4 du code de la santé publique : Evaluation de l'activité hospitalière</i>	77
<i>Art. L. 710-5 du code de la santé publique : Analyse de l'activité hospitalière</i>	77
Section 3 - Art. L. 710-6 du code de la santé publique : De l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale	77
<i>Article Premier : Missions et obligations des établissements de santé (Chapitre premier du titre premier du livre VII du code de la santé publique) - Sections 1 et 2</i>	79
Section 1 - Dispositions générales	80

	Pages
	-
<i>Art. L. 711-1 du code de la santé publique : Missions des établissements de santé</i>	80
<i>Art. L. 711-2 du code de la santé publique : Définition des fonctions des établissements de santé</i>	82
<i>Art. L. 711-3 du code de la santé publique : Suppression</i>	84
Section 2 - Dispositions propres au service public hospitalier	85
<i>Art. L. 711-4 du code de la santé publique : Missions du service public hospitalier</i>	85
<i>Art. L. 711-5 du code de la santé publique : Suppression</i>	88
<i>Art. L. 711-6 du code de la santé publique : Obligations du service public hospitalier et définition des établissements qui y sont soumis</i>	88
<i>Art. additionnel après l'art. L. 711-6 : Coopération des établissements assurant le service public hospitalier avec les autres acteurs du système de santé</i>	91
<i>Art. L. 711-7 du code de la santé publique : Catégories d'établissements publics de santé</i>	93
<i>Art. L. 711-8 du code de la santé publique : Participation au service d'aide médicale urgente</i>	95
<i>Art. L. 711-8-1 du code de la santé publique : Gestion, par les établissements publics de santé, de structures de lutte contre la toxicomanie</i>	97
Art. 2 : Codification et création d'un haut comité hospitalo-universitaire (complément à la section 2 et à la section 3 du chapitre premier du titre premier du livre VII du code de la santé publique)	99
<i>Art. L. 711-15 du code de la santé publique : Création d'un haut comité hospitalo-universitaire</i>	99
Art. 3 : L'organisation et l'équipement sanitaires (chapitre II du titre premier du livre VII du code de la santé publique)	101
Section 1 - Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire	101
<i>Art. L. 712-1 du code de la santé publique : Objet et révision de la carte sanitaire et des schémas d'organisation sanitaire</i>	101
<i>Art. L. 712-2 du code de la santé publique : Contenu de la carte sanitaire</i>	107
<i>Art. L. 712-3 du code de la santé publique : Contenu du schéma d'organisation sanitaire</i>	109
<i>Art. L. 712-3-1 du code de la santé publique : Contenu de l'annexe au schéma d'organisation sanitaire</i>	111
<i>Art. L. 712-4 du code de la santé publique : Contrats pluri-annuels pour la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire</i>	112
<i>Art. L. 712-5 du code de la santé publique : Organes compétents pour arrêter la carte sanitaire et les schémas d'organisation sanitaire</i>	113
<i>Art. additionnel après l'art. L. 712-5 du code de la santé publique : Mission régionale de l'organisation sanitaire et sociale</i>	115
<i>Art. L. 712-6 du code de la santé publique : Composition et organisation du Comité national et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale</i>	116
<i>Art. L. 712-6-1 : Commissions régionales d'évaluation</i>	118
<i>Art. L. 712-7 du code de la santé publique : Mise en place d'un système d'informations</i>	118

	Pages
	-
Section 2 - Autorisations	119
<i>Art. L. 712-8 du code de la santé publique : Projets soumis à autorisation</i>	119
<i>Art. L. 712-9 du code de la santé publique : Conditions d'autorisation</i>	121
<i>Art. L. 712-10 du code de la santé publique : Régime d'autorisation dérogatoire, applicable aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation</i>	122
<i>Art. L. 712-11 du code de la santé publique : Régime d'autorisation dérogatoire, applicable aux regroupements d'établissements</i>	123
<i>Art. L. 712-12 du code de la santé publique : Dispositions générales applicables à l'autorisation</i>	124
<i>Art. L. 712-12-1 du code de la santé publique : Conditions d'évaluation et de maîtrise des coûts</i>	125
<i>Art. L. 712-13 du code de la santé publique : Conditions particulière d'autorisation</i>	126
<i>Art. L. 712-14 du code de la santé publique : Durée de l'autorisation et conditions de son renouvellement</i>	127
<i>Art. L. 712-15 du code de la santé publique : Périodicité de l'examen des demandes</i>	129
<i>Art. L. 712-16 du code de la santé publique : Procédure d'attribution ou de renouvellement des autorisations</i>	131
<i>Art. L. 712-17 du code de la santé publique : Caducité des autorisations</i>	133
<i>Art. L. 712-18 du code de la santé publique : Suspension de l'autorisation en raison de l'urgence</i>	133
<i>Art. additionnel après l'article L. 712-18 du code de la santé publique : Structures alternatives à l'hospitalisation - Champ d'application</i>	134
<i>Art. 4 : Codification (complément à la section 2 du chapitre II du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	135
<i>Art. 5 : Actions de coopération (Section 1 du chapitre III du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	135
Section 1 : Les conférences sanitaires de secteur	135
<i>Art. L. 713-1 du code de la santé publique : Constitution et composition</i>	136
<i>Art. L. 713-2 du code de la santé publique : Compétences</i>	137
<i>Art. L. 713-3 du code de la santé publique : Modalités de représentation des établissements</i>	137
<i>Art. L. 713-4 du code de la santé publique : Participation éventuelle d'organismes concourant aux soins</i>	138
<i>Art. 6 : Codification et conventions de coopération (Sections 2 et 3 du chapitre III du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	139
<i>Art. L. 713-12 du code de la santé publique : Conventions de coopération</i>	139
<i>Art. 7 : Dispositions applicables aux établissements publics de santé (chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	141
Section 1 - Organisation administrative et financière	142
<i>Art. L. 714-1 du code de la santé publique : Statut des établissements publics de santé</i>	142

	Pages
	-
Art. additionnel après l'art. L. 714-1 : Régime juridique particulier des établissements publics de santé	145
Art. L. 714-2 du code de la santé publique : Composition du Conseil d'administration des établissements publics de santé	146
Art. L. 714-3 du code de la santé publique : Incompatibilités encourues par les membres du conseil d'administration	149
Art. L. 714-4 du code de la santé publique : Attributions du conseil d'administration	151
Art. L. 714-5 du code de la santé publique : Modalités d'exécution de délibérations du conseil d'administration - Instauration du principe du contrôle a posteriori	153
Art. additionnel après l'art. L. 714-5 du code de la santé publique : Contrôle a priori de certaines délibérations - champ d'application	155
Art. L. 714-6 du code de la santé publique : Rapport prévisionnel d'activité	156
Art. L. 714-7 et L. 714-8 du code de la santé publique : Procédure d'élaboration et d'approbation du budget	158
Art. L. 714-9 du code de la santé publique : Procédure applicable au cas de refus du conseil d'administration de délibérer sur le budget	162
Art. L. 714-10 du code de la santé publique : Déséquilibre financier grave et durable	163
Art. L. 714-11 du code de la santé publique : Procédure d'approbation des marchés - Contrôle a posteriori	163
Art. L. 714-12 du code de la santé publique : Projet d'établissement	164
Art. L. 714-13 du code de la santé publique : Attributions du directeur	165
Art. L. 714-14 du code de la santé publique : Autorisation d'exploiter des brevets et d'assurer des prestations de service	166
Art. L. 714-15 du code de la santé publique : Attributions de l'agent comptable et relations avec l'ordonnateur	167
Section 2 - Organes consultatifs	168
Art. L. 714-16 du code de la santé publique : Constitution, composition et attributions de la commission médicale d'établissement	168
Art. L. 714-17 du code de la santé publique : Constitution et composition du comité technique d'établissement	171
Art. L. 714-18 du code de la santé publique : Attributions du comité technique d'établissement	172
Art. L. 714-19 du code de la santé publique : Modalités d'application des articles L. 714-17 et L. 714-18	173
Section 3 - Organisation des soins et fonctionnement médical	174
Art. L. 714-20 du code de la santé publique : Organisation médicale des établissements - Modèle normatif d'organisation	175
Art. L. 714-21 du code de la santé publique : Mode de nomination des chefs de service ou de département	177
Art. L. 714-22 du code de la santé publique : Institution, composition et attribution du conseil de service ou de département	180

	Pages
	-
<i>Art. L. 714-23 du code de la santé publique : Attribution des chefs de service ou de département</i>	181
<i>Art. L. 714-24 du code de la santé publique : Modalités d'organisation des unités fonctionnelles</i>	182
<i>Art. L. 714-25 du code de la santé publique : Fédérations</i>	183
<i>Art. L. 714-25-1 : Responsabilités particulières de sages-femmes</i>	184
<i>Art. L. 714-25-2 : Application du principe de l'autonomie des établissements à la détermination de leur organisation interne</i>	184
<i>Art. L. 714-26 du code de la santé publique : Institution et attributions du service des soins infirmiers</i>	185
Section 4 - Les personnels des établissements publics de santé	186
<i>Art. L. 714-27 du code de la santé publique : Fonction publique hospitalière</i>	186
<i>Art. L. 714-28 du code de la santé publique : Droit d'expression directe et collective</i>	187
<i>Art. 8 : Codification (compléments à la section 4 et à la section 5 du chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	188
<i>Art. 9 : Codification et représentation des salariés dans les établissements de santé privés (chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	189
<i>Art. L. 715-1 : Représentation des salariés dans les établissements de santé privés</i>	189
<i>Art. 10 : Codification et dispositions propres aux établissements de santé privés assurant l'exécution du service public hospitalier ou associés à son fonctionnement (section 2 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	191
<i>Art. L. 715-5 du code de la santé publique : Obligations des établissements de santé privés admis à assurer le service public hospitalier</i>	191
<i>Art. L. 715-6 du code de la santé publique : Obligations des établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier</i>	192
<i>Art. L. 715-7 du code de la santé publique : Règles budgétaires applicables aux établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier et recours à des praticiens hospitaliers</i>	193
<i>Art. L. 715-8 du code de la santé publique : Instances de représentation du personnel médical des établissements privés de santé participant au service public hospitaliers</i>	194
<i>Art. 11 : Etablissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier</i>	196
Section 3 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique : Etablissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier	196
<i>Art.L. 715-12 du code de la santé publique : Conférence médicale</i>	196
<i>Art. 12 : Expérimentations et dispositions diverses (chapitre VI du titre premier du livre VII du code de la santé publique)</i>	198
Section 1 - Expérimentations	198
<i>Art. L. 716-1 du code de la santé publique : Régime expérimental d'autorisation d'installation des équipements lourds</i>	198

	Pages
<i>Art. L. 716-2 du code de la santé publique : Expériences relatives au budget et à la tarification</i>	199
Section 2 - Dispositions diverses	200
<i>Art. L. 716-3 du code de la santé publique : Régime applicable aux grands groupements hospitaliers - Régime des marchés</i> ..	200
Art. 13 : Codification et mesures réglementaires applicables (Complément à la section 2 du chapitre VI du titre premier du livre VII du code de la santé publique)	201
Art. 14 : Codification et modifications des articles maintenus de la loi du 31 décembre 1970	201
Art. 15 : Modifications diverses du code de la santé	202
TITRE II - DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE (Articles 16 à 19)	203
Art. 16 : Echange d'informations entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale	203
Art. 17 : Obligations faites aux établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier de fournir des informations aux organismes d'assurance-maladie	203
Art. 18 : Dotation globale des établissements publics de santé et des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier	204
Art. 19 : Modalités de versement de la dotation globale	205
TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES (Articles 20 à 28)	206
Art. 20 : Régime d'incompatibilité électorale	206
Art. 21 : Coordination avec des dispositions de la loi relative à la fonction publique hospitalière	206
Art. additionnel avant l'art. 22 : Calendrier de la planification sanitaire	207
Art. 22 : Régime applicable aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation déjà installées	208
Art. 23 : Régime applicable aux activités de soins exercées avant l'entrée en vigueur de la loi	209
Art. 23 bis et 23 ter : Autorisations accordées avant l'entrée en vigueur de la loi	210
Art. 24 : Maintien d'unités d'obstétrique dans les hôpitaux locaux	210
Art. 25 : Dispositions transitoires applicables aux services gérés par des établissements publics de santé et ne répondant pas à la mission du service public hospitalier	211
Art. 25 bis : Evaluation des évolutions de l'organisation des soins et du fonctionnement médical des établissements	212
Art. 25 ter : Délibération obligatoire des conseils d'administration sur la création des unités fonctionnelles	212
Art. 26 : Dispositions applicables aux praticiens hospitaliers à temps partiel	212
Art. 26 bis : Report de la suppression du "consultanat" au 30 septembre 1993	213
Art. 27 : Coordination des dispositifs législatifs en vigueur	213

	Pages
	-
Art. 28 : Coordination avec la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sanitaires et sociales	214
TABLEAU COMPARATIF	215
ANNEXES :	319
Tableau de correspondance entre les articles de la loi de 1970, les articles du projet de loi et les articles du futur code de la santé publique	320
Texte intégral de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970	323

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi portant réforme hospitalière, soumis aujourd'hui à votre examen, a été, aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, le 30 avril dernier, à l'issue d'un "marathon législatif" qui, entrepris le 10 du même mois, n'a pas exigé moins de trois semaines et de quatorze séances publiques.

Quelles raisons ont donc conduit le Gouvernement à recourir, avec cette dextérité que seule l'habitude permet d'acquérir, à l'arme constitutionnelle absolue et à priver ainsi le Président de l'Assemblée nationale -pour longtemps, peut-être- du plaisir d'inaugurer la procédure nouvelle et conjoncturellement ambitieuse du vote personnel à la tribune ?

Quelles raisons peuvent justifier qu'un tel texte, prétendument consensuel, inspire, ainsi que l'ont montré les très nombreuses auditions auxquelles ont procédé votre commission et votre rapporteur, au mieux le scepticisme et, au pire, la plus farouche hostilité de ses lecteurs ?

Ces raisons ne résident pas dans les objectifs énoncés par l'exposé des motifs du projet de loi, qui emportent, sans réserve, l'adhésion de ceux qui sont soucieux de mettre un terme à la crise de l'hôpital et au malaise de ses acteurs.

Elles se trouvent assurément, selon votre commission, dans l'écart qui sépare le dispositif retenu des ambitions affichées et ce, malgré les améliorations qui ont été apportées au projet de loi, en première lecture, par l'Assemblée nationale, grâce à la pression sagace, constante et vigilante de l'opposition et une volonté, malheureusement trop timide et peut-être bridée, du Ministre délégué à la santé, de tenter de réunir, sans succès, les conditions du consensus.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, deux voies s'offraient à votre commission.

La première pouvait la conduire à adresser au Gouvernement, devant le Sénat, la réponse qu'appelait la procédure retenue au Palais Bourbon, en vous demandant de ne pas procéder à l'examen du texte, par l'adoption d'une motion tendant à lui opposer la question préalable.

La seconde, qu'elle a choisi de retenir, ambitionne, par un remaniement profond du dispositif soumis à votre examen, de doter le système hospitalier d'un cadre législatif rénové, à la hauteur des aspirations et de la qualité de ceux qui ont la lourde charge de le faire fonctionner.

Votre commission veut donc, avant de vous proposer de procéder à un examen attentif des articles du projet de loi, légitimer son choix, en tentant, d'une part, de démontrer la nécessité impérieuse d'une réforme hospitalière et, d'autre part, de définir les moyens de la réussite d'une telle réforme, par une analyse critique du dispositif adopté par l'Assemblée nationale et la présentation des orientations qui ont présidé à l'élaboration des très nombreux amendements qu'elle a l'honneur de soumettre à votre approbation.

TITRE I

L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SOINS APPELLE UNE RÉFORME

Le professeur Steg, rapporteur du projet de loi devant le Conseil économique et social, a rappelé avec force que les progrès technologiques, l'évolution des pathologies et des comportements des malades, l'inadaptation des instruments de la planification sanitaire et du contrôle des établissements, la dégradation des structures des hôpitaux publics, le malaise de l'ensemble des personnels, tous phénomènes qui s'inscrivent dans un contexte de maîtrise des dépenses, imposent une réforme du système hospitalier.

A - L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SOINS ET DES BESOINS DE LA POPULATION EXIGE UNE ADAPTATION DES INSTRUMENTS DE CONTRÔLE ET DE PLANIFICATION

Les ordonnances de 1958, dites Debré, ont mis en place un système de formation hospitalo-universitaire qui a permis à la France de disposer d'un personnel médical, hospitalier ou non hospitalier, d'une qualité exceptionnelle. La loi du 31 décembre 1970 a tiré les conséquences du développement considérable de l'appareil hospitalier, amorcé au cours de la décennie qui l'a précédée et maîtrisé, tant bien que mal, grâce à sa mise en oeuvre, au cours de celle qui l'a suivie.

Il convient désormais de prendre en compte l'évolution profonde des techniques médicales et des besoins de la population par une adaptation, à cette évolution, des instruments de la planification et du contrôle du système de soins.

I - L'ÉVOLUTION DES TECHNIQUES MÉDICALES ET DES BESOINS DE LA POPULATION

a. L'évolution des techniques médicales

L'évolution des techniques médicales constitue un véritable défi lancé à l'hôpital, par ses effets sur les coûts et sur les structures de soins et d'hébergement.

1) Les effets sur les coûts

Au cours des années récentes, les investissements à des coûts unitaires en très forte croissance n'ont cessé de se multiplier, tandis que se banalisaient, corrélativement, des appareils de très haute technicité.

L'introduction de ces équipements nouveaux ne s'est pas accompagnée, bien au contraire, d'une substitution "capital-travail" et n'a donc, en aucune manière, favorisé des réductions d'effectifs. Le progrès technologique exige une main-d'oeuvre de plus en plus qualifiée et de plus en plus coûteuse et accélère les phénomènes d'obsolescence du savoir médical, exigeant le développement de programmes ambitieux et coûteux de formation continue.

En termes de sécurité thérapeutique, les investissements dans les nouvelles techniques, s'inscrivent dans une logique de rendements décroissants, qui s'applique d'ailleurs à l'ensemble de l'appareil de soins.

La concentration de l'industrie biomédicale mondialise un secteur dont l'hôpital est le client exclusif, induisant un déséquilibre extérieur important aux dépens de la France, qui absorbe à elle seule 6 % de ce marché et enregistre, à ce titre, un déficit annuel de plus de 4 milliards de francs.

2) Les effets sur les structures

Le recours aux techniques nouvelles a induit une sophistication croissante des thérapeutiques, rendues de ce fait moins invalidantes.

Ces évolutions aboutissent à une réduction sensible de la durée d'hospitalisation et exercent donc des effets structurants sur le parc hospitalier, dont chacun s'accorde à reconnaître la surcapacité des moyens d'accueil et l'excédent du nombre de lits.

Elles exigent en outre l'organisation de réseaux de soins coordonnés, associant mieux les établissements sanitaires, les établissements médico-sociaux et sociaux et la médecine libérale.

La concentration des moyens hospitaliers doit enfin s'accompagner d'une réduction des structures d'accueil, d'une redéfinition des niveaux de soins et de prise en charge des malades, et, par conséquent, de solidarités nouvelles entre les établissements.

b. Les évolutions des besoins de la population

1) L'évolution démographique

Dix millions de Français ont actuellement plus de soixante ans ; ils seront seize millions en 2020.

En 1985, la part des personnes âgées de plus de soixante cinq ans était, en France, de 12,9 %. Elle sera de 20,6 % en 2025. Les personnes âgées de plus de 80 ans, représentent aujourd'hui 3,3 % de la population totale. Ce pourcentage passera à 4,4 % en 2025.

Les dépenses médicales des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans sont deux fois supérieures à celles du reste de la

population et celles des personnes de plus de quatre-vingts ans le sont deux fois et demie.

Ces coûts, contrairement à une idée reçue, correspondent plus à des affections aiguës qu'aux dépenses de nursing. Les maladies cardio-vasculaires des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans représentent 53 % de leurs dépenses de soins, contre 16 % pour les autres classes d'âge.

Viennent ensuite les maladies ostéo-articulaires -22 % contre 11 %- puis, seulement les affections mentales -19 % contre 16 %-. Les dépenses de santé des personnes âgées ont varié, selon les tranches d'âge, de 16 à 23 % par an entre 1970 et 1980.

2) L'évolution des pathologies et des comportements

Il convient d'observer d'abord que la diminution très forte des maladies infectieuses s'est accompagnée de l'apparition simultanée de nouvelles maladies virales, dont le SIDA est l'exemple le plus spectaculaire.

La fréquence des maladies dégénératives augmente sensiblement. Le vieillissement de la population, déjà évoqué, tend à accroître sensiblement la part de la population atteinte de handicaps ou d'affections chroniques. Mais il est d'autres causes, dites "de civilisation", à la croissance des maladies dégénératives, qu'il s'agisse des accidents de la route, de l'abus du tabac ou de l'alcool ou de toutes autres formes de pathologies violentes.

La médicalisation des problèmes sociaux n'est pas non plus contestable. Les admissions et réadmissions en psychiatrie ont augmenté de 152 % entre 1984 et 1986. Cette très forte augmentation s'est accompagnée, certes, d'une diminution sensible des durées de séjour. Il reste que, débarrassé de la hausse corrélative des réadmissions, le recours à la psychiatrie a cru de 100 % en trois ans.

La population est, d'une manière générale, plus exigeante. Plus spontanément conduite à en appeler directement aux médecins

spécialistes, elle exige de bénéficier des techniques médicales nouvelles, dont elle suit attentivement les progrès, aidée en cela par une médiatisation importante de la science médicale.

II. LES INSTRUMENTS DE LA PLANIFICATION ET DU CONTRÔLE DU SYSTÈME HOSPITALIER SONT INADAPTÉS

Force est de constater que les instruments de la planification et du contrôle du système hospitalier n'ont pas été suffisamment adaptés aux évolutions qui viennent d'être décrites.

Votre commission ne fera ici que développer les conclusions de divers rapports récents, présentés par les grands corps de contrôle de l'Etat. Il ne s'agit nullement de mettre en cause des services, dont la qualité et le dévouement sont au-dessus de tout soupçon, mais, plutôt, de souligner la pénurie des moyens humains, juridiques et techniques, mis à leur disposition.

a. L'outil de planification sanitaire est juridiquement inefficace et économiquement médiocre

Si la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 contenait de grandes ambitions, dans la gestion des capacités d'hospitalisation et des équipements lourds mis à la disposition de la population, les buts qu'elle s'assignait n'ont malheureusement pas été atteints.

1) Les lacunes du dispositif réglementaire

La carte sanitaire n'a jamais couvert que les seuls lits d'hospitalisation et les équipements lourds ; les textes qui auraient permis le contrôle du développement de l'hospitalisation de jour n'ont jamais été pris.

L'harmonisation des procédures d'autorisation ou d'approbation appliquées aux secteurs public ou privé, prévue par la loi du 24 juillet 1987, est à ce jour, restée lettre morte et le présent projet de loi s'attache à la réécrire dans des termes nouveaux.

La planification s'est donc réduite à la seule appréciation des besoins de lits par rapport à la population, calculés par grandes disciplines, alors que les techniques se sont diversifiées et que les plateaux techniques et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation se sont développés.

L'obligation de révision de la carte sanitaire n'a jamais été respectée et, depuis vingt ans, une révision est intervenue dans quinze régions, alors qu'aucune n'a été enregistrée dans les dix autres.

Quelques exemples de planification réussie méritent toutefois d'être soulignés, qui se sont appliqués à des techniques de pointe, comme la transplantation d'organes ou la procréation médicalement assistée.

2) La médiocrité des résultats de la politique de maîtrise de l'offre

Faute, depuis quinze ans, d'avoir conduit une politique effective de réduction du nombre des lits de court séjour ou d'avoir su les convertir en lits de moyen ou de long séjour, des travaux récents font ressortir un excédent de 60 000 lits d'aigus, soit pas moins de 25 % des besoins, eux-mêmes surestimés. Les disparités régionales n'ont en aucune manière été réduites.

La faiblesse du développement et de la mise en place d'outils statistiques informatisés et, quelquefois, une rigueur méthodologique insuffisante font apparaître des déficits de besoins, en réalité inexistantes.

L'absence quasi totale de coopération interhospitalière a interdit d'organiser une complémentarité des moyens et leur reconversion concertée.

L'Assistance publique de Paris a pourtant montré, par son plan directeur appliqué sur la période 1985-1989 et le plan stratégique qu'elle a arrêté pour les années 1990-1995 qu'il était possible de procéder, sans difficultés graves, aux redéploiements nécessaires.

Des expériences régionales récentes, si elles se sont révélées, partiellement, comme des échecs, pour des raisons méthodologiques identifiées, ont toutefois montré que des voies nouvelles pouvaient être dégagées.

b. Les instruments du contrôle sont peu opérants et paralysants

Les moyens du contrôle, interne et externe, de l'hôpital s'avèrent, dans l'état actuel des choses, assez peu efficaces.

1) Les outils de gestion interne sont souvent rudimentaires.

La généralisation, intervenue en 1990, du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à tous les établissements assurant le service public hospitalier ne peut suffire à cacher le caractère expérimental d'un outil pourtant décisif.

Les centres de responsabilités ne se sont pas développés autour des services, alors que rien ne saurait être obtenu des praticiens sans leur participation effective.

La tâche des hôpitaux n'a pas été simplifiée par la mise en oeuvre de la dotation globale, car, à la facturation individuelle, s'est substituée la transmission de feuilles de séjour, pourtant de peu

d'usage. Les relations entre les organismes d'assurance-maladie et les établissements s'avèrent, en outre, très insuffisantes.

2) Les outils de la tutelle sont inadaptés

Les effectifs des Directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS) sont restés, au mieux, stables depuis 1983. Les efforts de formation, destinés à permettre de passer d'une tutelle administrative classique à une véritable analyse économique et financière, sont très nettement insuffisants.

Les outils propres aux DDASS font presque totalement défaut. Le système d'information "PAGE", pourtant rudimentaire, n'est pas en place partout. Le système "EXPERT", plus performant, est seulement en cours d'expérimentation.

Les DRASS ne jouent qu'à peine le rôle d'impulsion, dans l'analyse économique et financière, que leur confiait pourtant la réforme, intervenue en 1977.

A partir de l'application informatique du système "AGIR", quelques éléments ponctuels d'analyse de gestion ont été mis au point, mais ils sont très inégalement utilisés.

Or, les organismes d'assurance-maladie disposent de systèmes de gestion beaucoup plus pertinents (SAAB ou, surtout, BRISE, en Ile-de-France). Il convient donc de renforcer leur coopération avec les services extérieurs de l'Etat, départementaux ou régionaux.

Le calendrier budgétaire est étouffant. Il absorbe le temps des gestionnaires hospitaliers et des autorités de tutelle pour un résultat médiocre, tandis que les commissions dites "de l'article 35" ne permettent pas aux organismes d'assurance-maladie de jouer pleinement leur rôle. Il convient donc que ces organismes, qui savent

que pouvoir et responsabilité sont inséparables, occupent pleinement la place qui leur revient.

B - LE MALAISE DES ACTEURS DU SYSTÈME HOSPITALIER S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

L'ensemble des éléments qui viennent d'être décrits nourrissent un malaise croissant des acteurs de l'hôpital, dans un contexte financier rendu difficile, depuis de longues années déjà, par les difficultés rencontrées dans le financement de notre système de protection sociale.

I. LE MALAISE DES ACTEURS DU SYSTÈME HOSPITALIER

Le malaise des acteurs du système hospitalier tient à la fois à la "guerre de religion", entretenue par certains esprits, entre secteur privé et secteur public, et au découragement de la fonction publique hospitalière.

a. Le faux débat "public-privé"

Le secteur privé est paré tout à la fois de toutes les vertus et de tous les vices. La situation est, en vérité plus contrastée. Quelques chiffres suffisent à mieux apprécier la réalité, composite, de ce secteur.

1) Quelques chiffres

Le secteur privé hospitalier représente une capacité d'accueil égale à la moitié de celle du secteur public. Au sens le plus large, il comporte 2 600 établissements disposant de 208 000 lits et il accueille une clientèle égale à 60 % de celle que reçoit le secteur public, grâce à des durées de séjour plus courtes. Il emploie 220 000 personnes. Les dépenses engagées au titre des frais de séjour du

secteur privé s'élèvent à 42 milliards de francs, alors que l'hospitalisation publique reçoit 179 milliards de francs, ces chiffres n'étant toutefois pas strictement comparables.

Les établissements privés réalisent, avec 34 % des équipements, 39 % des entrées et 37 % des journées d'hospitalisation. Ces chiffres tiennent, pour partie, à la nature des pathologies traitées, plus productives. Mais ils tiennent aussi à d'autres motifs...

2) Une réalité composite

Les 2615 établissements privés se décomposent d'abord en deux catégories bien distinctes :

- 1092 établissements privés à but non lucratif, dont 421 assurent le service public et sont, de ce fait, soumis au régime de la dotation globale ou du tarif préfectoral ;

- 1523 établissements privés commerciaux, dont 14 seulement ont conclu un contrat de concession de service public, sont soumis à un régime de tarifs conventionnels.

Le monde du secteur privé hospitalier recouvre, surtout, des réalités économiques très différentes.

Il existe d'abord une quinzaine de très grandes cliniques, qui sont autant de grands établissements concurrents des CHU et qui, par leur qualité, le profit qu'elles retirent du système actuel, la forte motivation des médecins qu'elles emploient, contribuent à donner une image très performante du secteur privé.

Il existe ensuite de petites cliniques, comptant de 50 à 100 lits, dont le nombre, de 1880 en 1962, n'était plus que de 1430 en 1985 et continue de diminuer.

Les cliniques moyennes, enfin, dites "polycliniques", de 150 à 180 lits, offrent, outre des soins de qualité, un accueil qui répond aux besoins des catégories moyennes de la population.

Le secteur privé connaît enfin de très profondes évolutions.

La concentration des moyens techniques permet une meilleure rentabilité que dans le secteur public, en raison de contraintes économiques évidentes. L'évolution du système de tarification ne lui est pas complètement défavorable. La période récente a permis enfin d'observer le développement de "chaînes de cliniques" qui représentent 64 établissements, 5822 lits, soit 7 % du secteur. La faiblesse relative de la qualité des investissements sanitaires ne favorise toutefois pas, quoiqu'en disent les détracteurs du secteur privé, un développement rapide de ces chaînes, détenues par de grands groupes financiers ou industriels.

En somme, seul un rapprochement, sur des bases économiquement et médicalement cohérentes, des systèmes de tarification, permettra de mettre un terme à un conflit "public-privé" que l'examen objectif de la réalité ne justifie pas.

b. Le découragement de la fonction publique hospitalière

Le malaise de l'hôpital public s'exprime essentiellement à travers son personnel, dont la crise d'identité favorise l'incommunicabilité entre les différentes catégories qui le composent.

1) Le malaise du corps médical

Sur 15000 emplois de praticiens hospitaliers, 2500 environ ne sont pas occupés par des praticiens titulaires, et 600 d'entre eux sont inoccupés. Dans certaines disciplines, comme l'anesthésie-réanimation, la radiologie, la gynécologie-obstétrique, la chirurgie, 50 % seulement des postes offerts sont pourvus. 250 à 350 chirurgiens exercent à plein temps sans avoir reçu la qualification de l'ordre des médecins.

Les praticiens les plus expérimentés ont, à juste titre, le sentiment que, face à la crise des structures, la puissance publique veut remettre en cause une hiérarchie assise sur le savoir médical et le talent. Il est donc évident que toute tentative, par les pouvoirs publics, pour remettre en cause l'organisation médicale interne des établissements est reçue comme une atteinte à cette hiérarchie.

Les plus jeunes praticiens désespèrent, quant à eux, de pouvoir exercer, au sein des établissements, les responsabilités auxquelles ils peuvent légitimement prétendre. Ils se plaignent, en même temps, de la faiblesse de leur rémunération, rapportée à celle que reçoivent leurs confrères exerçant, à titre libéral, dans les établissements privés de taille moyenne, ou même, en qualité de salariés, dans les plus grosses cliniques privées.

2) La crise d'identité des autres catégories de personnel

Le grand mouvement des infirmières de l'été 1988, puis de l'ensemble des personnels paramédicaux, au cours de l'automne de la même année a exprimé d'une manière spectaculaire l'aspiration de ces catégories de personnels, qui incarnent la vertu dans l'esprit de l'opinion publique, à être reconnus pour le rôle qu'elles jouent dans la société française.

Des accords salariaux ont permis de mettre fin à la crise mais ils n'ont nullement constitué une réponse à cette aspiration. Le résultat est que 50 % des 1800 postes offerts par l'Assistance publique de Paris sont restés vacants. Le niveau d'absentéisme est de l'ordre de 10 % et la durée moyenne des carrières est de 8 ans.

Les autres catégories d'agents des hôpitaux publics, qui se sont moins fait entendre, n'en souffrent pas moins de la dégradation de l'image de marque du service public.

Quant aux cadres hospitaliers, d'une qualité reconnue, ils désespèrent de parvenir à associer l'ensemble des personnels dans un projet commun, qui permette de surmonter les barrières, quelquefois difficiles à franchir, qui séparent les différentes catégories d'agents.

II - UN CONTEXTE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

Le constat, qui vient d'être établi, s'inscrit dans un contexte de maîtrise des dépenses, dont il convient de rappeler rapidement les motifs avant de juger la méthode.

a. Les chiffres

1) La consommation médicale totale

La consommation médicale totale a atteint, en 1990, 538 milliards de francs, soit 9 537 francs par habitant. La progression de cet agrégat est relativement stable depuis 1984 et évolue de 7 à 10 % l'an, exception faite de l'année 1987, marquée par les effets du plan Seguin et qui n'a, de ce fait, enregistré qu'une progression de 5,2 %.

Ces chiffres ne doivent cependant pas effrayer par leur importance. Le niveau des dépenses de santé varie avec le niveau de vie et, plus un pays est riche, plus la part consacrée, par ses habitants, à la santé, est élevée. L'importance des dépenses de santé en France est donc d'abord la conséquence d'une élévation du niveau de vie de nos concitoyens et des modifications de comportements qu'elle induit. Il reste toutefois que, pour un niveau comparable de PIB par habitant, la France consacre aux soins 38 % de plus que le Danemark et 13 % de plus que l'Allemagne. La part de la consommation médicale socialisée est passée de 1,75 % en 1950 à 6,3 % en 1988.

Le tableau ci-dessous décrit, par postes de dépenses, les évolutions constatées depuis dix ans.

TAUX DE CROISSANCE EN VALEUR DES PRINCIPAUX POSTES DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

(en %)

	80-85	1986	1987	1988	1989	1990
Soins hospitaliers et en sections médicalisées	13,0	5,3	5,1	5,1	8,1	6,6
Soins ambulatoires	14,5	12,4	5,8	11,2	10,0	8,0
Transports de malades	19,0	16,6	3,2	2,0	11,6	15,3
Médicaments et prothèses	13,9	9,2	5,0	11,8	9,9	8,1
Consommation de soins et biens médicaux	13,7	8,2	5,3	8,1	9,1	7,4

La France a, en outre, pris un retard réel sur ses partenaires dans l'effort de maîtrise de ses dépenses de santé ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Pays	Année où la dépense est la plus élevée	Dépense de santé par rapport au PIB	
		Dépense totale/PIB	Dépense socialisée/PIB
Royaume Uni	1983	6,1 %	5,4 %
RFA	1981	8,2 %	6,5 %
Canada	1983	8,7 %	6,6 %
Suède	1982	9,7 %	8,9 %
France	1989	9,4 %	6,7 %
Etats-Unis	1989	10,8 %	4,4 %

2) La dépense hospitalière

La consommation de soins hospitaliers a atteint, en 1990, 253 milliards de francs, soit 4 489 francs par habitant, enregistrant au cours de cet exercice une forte croissance en volume, de 3,1 % contre 2 % au cours des années récentes. La part des dépenses hospitalières dans la totalité des dépenses de consommation médicale est passée de 53 % en 1980 à 47 % en 1990. Cette diminution tient autant, pour des raisons médicales et épidémiologiques, à des transferts de soins vers la médecine ambulatoire, qu'aux effets de la dotation globale.

L'hôpital constitue un élément essentiel de l'économie française. Les personnels hospitaliers représentent 4 % de la population active, soit près d'un million d'emplois. Les établissements publics emploient 740 000 personnes, dont 100 000 médecins -40 000 internes étudiants, 31 000 attachés, 20 000 praticiens, 8 500 hospitalo-universitaires- 640 000 agents paramédicaux, 62 500 agents administratifs, 131 000 agents techniques et informatiques, 440 agents sociaux et éducatifs et 3 800 cadres de direction.

Sans tenir compte des déséquilibres conjoncturels de l'assurance-maladie, dont le nouveau Ministre des affaires sociales aura à corriger les effets, ni des problèmes posés par le mode de

financement, collectif ou individuel, de notre système de santé, la dimension européenne obligera à dégager, dans le cadre de l'harmonisation qu'elle impose, une économie de 300 milliards sur notre dépense de protection sociale, soit une somme supérieure à la dépense hospitalière.

b. Un bilan discutable de l'instrument du contrôle financier : la dotation globale

Face à ces enjeux, la dotation globale, instrument du contrôle financier, apparaît à la fois fragile et peu structurante.

1) Un instrument de maîtrise fragile

Sauf les dérapages importants constatés en 1989 et en 1990, la décennie 1980, marquée par l'introduction de la dotation globale, a permis à la dépense hospitalière d'accompagner celle du PIB. Toutefois, ainsi qu'il a été déjà dit, des raisons techniques et médicales expliquent une évolution que justifient aussi des considérations liées à la conjoncture économique, qu'il s'agisse de la modération salariale et d'une relative stabilisation des effectifs. Il convient d'ajouter que la moindre progression de l'évolution des coûts fixes dissimule les dérapages de certaines catégories de dépenses médicales.

2) Un instrument peu structurant

La dotation globale n'a pas permis d'effectuer l'indispensable redéploiement des moyens. Certes, les statistiques montrent que le recentrage des hôpitaux sur leurs plateaux techniques s'est accompagné d'une répartition des ressources qui a favorisé les structures à forte densité de moyens. Mais ce constat encourageant est hors de rapport avec la nécessité d'une restructuration effectuée au coup par coup, sans réflexion prospective.

Les marges de manoeuvre sont mal réparties, selon des règles mécaniques, appliquées, au niveau régional et départemental, pour parer aux besoins les plus urgents. Le système de la dotation globale a donc fait perdurer des situations acquises, qui n'ont pas été

remises en cause, faute d'oser affronter les conséquences sociales d'une politique de redéploiement plus ambitieuse.

Enfin, dès lors que la dotation globale est l'instrument de financement des budgets d'exploitation des hôpitaux, elle ne peut constituer que marginalement un moyen de financement des investissements, par le biais des amortissements et des frais financiers des emprunts, qui figurent en dépenses desdits budgets.

Dès lors, depuis l'interdiction des prêts sans intérêt des organismes d'assurance-maladie et la réduction sensible des subventions d'Etat, l'autofinancement des établissements se développe dans des conditions comptables contestables.

Il convient donc de dégager des règles nouvelles, en vue de favoriser une mise en commun des fonds des établissements et une meilleure coopération interhospitalière.

*** ***

De l'état des lieux auquel elle vient de procéder, votre commission tire la conclusion qu'une réforme hospitalière doit être rapidement mise en oeuvre en vue de substituer, à une logique de maîtrise des dépenses, une dynamique d'optimisation des moyens.

TITRE II

LA REFORME SOUMISE A L'EXAMEN DU SENAT DOIT ETRE PROFONDEMENT AMENAGEE

Dans son état actuel, le projet de loi présenté par le Gouvernement est inacceptable. Votre commission a toutefois indiqué, dans son avant-propos, les raisons qui l'ont conduite à accepter l'examen, au fond, de ce projet.

Elle vous exposera, plus complètement, dans son examen des articles, les observations, les critiques et les modifications qu'appelle ce dispositif. Elle souhaite, toutefois, à grands traits, exprimer les réserves d'ensemble qu'il lui inspire et présenter les lignes maîtresses des amendements qu'elle vous demandera de retenir.

A. LA REFORME PRESENTEE PAR LE GOUVERNEMENT : UN DISPOSITIF INACCEPTABLE, MALGRE CERTAINES AMELIORATIONS APPORTEES PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE ⁽¹⁾

Le projet de loi soumis à votre examen comporte deux volets essentiels. Il vise, d'une part, à réformer la planification sanitaire, en soumettant, dans ce cadre rénové, secteurs privé et public aux mêmes règles d'autorisation de leurs activités et de leurs équipements. Il tend, d'autre part, à réformer les établissements publics de santé, en allégeant la tutelle à laquelle ils ont soumis, et à remettre en cause, tout particulièrement, leur organisation des soins et leur fonctionnement médical.

Si certains de ces objectifs recueillent l'adhésion, les moyens mis en oeuvre ne sont malheureusement pas à la hauteur des

(1) qui, sur certains points, a au contraire aggravé la portée du dispositif.

aspirations des acteurs du système de soins, qui ont exprimé une déception que votre commission voudrait tenter d'expliquer par un bref examen du dispositif.

I. LA PLANIFICATION ET L'ORGANISATION SANITAIRES : UN CADRE INCERTAIN ET MENACANT

Les dispositions contenues dans l'article 3 définissent à la fois dans des termes incertains le cadre nouveau de la planification sanitaire et, selon des modalités qui menacent l'autonomie des établissements publics et la liberté d'entreprendre des établissements privés, un régime uniforme d'autorisation de leurs installations et de leurs activités.

a) La planification sanitaire : un cadre incertain

Le Gouvernement propose de substituer à la logique quantitative de la planification sanitaire, contenue dans la loi du 31 décembre 1970 et dont les défauts ont été décrits plus haut, une dynamique plus qualitative, par une rénovation des instruments et une plus large concertation entre les acteurs.

Il entend asseoir cette entreprise sur un effort important d'évaluation et d'analyse de l'offre et de la demande de soins. Le champ de la planification, autant que les moyens sur lesquels elle entend s'appuyer, ne peuvent toutefois que susciter les craintes les plus vives.

1) Le champ de la planification : un dirigisme excessif

Afin d'introduire une dynamique plus qualitative, le Gouvernement propose d'ajouter à la carte sanitaire, qui conserve sa portée normative et continue de définir des indices, nationaux et régionaux, de besoins, le schéma d'organisation sanitaire, dont la

vocation est d'établir la répartition géographique des moyens la plus apte à satisfaire, d'une manière optimale, les besoins de la population.

Le schéma, avec lequel toutes les initiatives prises par les établissements doivent être seulement "compatibles", est complété par une annexe, d'une portée exclusivement indicative, destinée à décrire les transformations, créations, regroupements ou suppressions d'installations ou d'unités qu'exige sa mise en oeuvre.

Outre la portée normative incertaine du schéma, qu'il conviendra, dans le cadre de l'examen des articles, de préciser, le champ de la planification paraît beaucoup trop large pour être raisonnablement et intelligemment mis en oeuvre.

Il embrasse, sans discrimination, les installations et équipements lourds, mais encore les structures alternatives à l'hospitalisation et les activités de soins, l'Assemblée nationale ayant même cru bon de viser plus précisément les structures de chirurgie ambulatoire.

Il n'est pas acceptable que toutes les structures de soins alternatives à l'hospitalisation soient ainsi incluses dans la planification, pour des raisons qui tiennent tant à la capacité des services à établir un document prospectif sur la satisfaction de besoins souvent très locaux et sensibles à des modifications conjoncturelles des données médicales, que pour des motifs de principe, dans ce qu'une telle démarche menace la liberté du secteur libéral.

Il n'est pas davantage acceptable que toutes les activités de soins soient désormais, sans discrimination ni garantie, soumises à une planification inutilement rigide.

L'Assemblée nationale a, par ailleurs, rendu obligatoire la conclusion de contrats d'objectifs entre l'Etat, l'assurance maladie et les établissements qui sont, dès lors, contraints unilatéralement à contracter. Cette novation juridique traduit, mieux que toutes les

autres dispositions de cette partie du texte, les dangers d'un dispositif à la fois rigoureux, centralisateur et très administratif.

2) La mise en oeuvre de la planification : une profession de foi dépourvue de tout engagement sur les moyens

Le Gouvernement prétend appuyer la planification sur une meilleure évaluation de l'offre et de la demande de soins. Confondant, à cet égard, constamment évaluation et analyse d'activité, qui sont deux concepts différents, sans jamais les définir, le texte ne dit rien des instruments. Or, le professeur Steg a fort bien montré, tout comme votre rapporteur a tenté de le faire lui-même, que ces instruments sont rudimentaires.

Les cinq expériences régionales de planification développées au cours des deux dernières années ont, par leur échec relatif, fait ressortir à la fois la médiocrité de ces instruments et les limites d'une entreprise condamnée par la faiblesse des moyens des services extérieurs de l'action sanitaire et sociale de l'Etat. Il existe, sur le terrain, les hommes et les volontés pour atteindre les objectifs de redéploiement et de maîtrise de l'appareil de soins qu'entend atteindre, à juste titre, le Gouvernement. Encore faut-il exprimer la volonté de les associer en leur offrant les moyens financiers de leur réussite. Votre commission n'a pas trouvé trace d'un débat réel sur ce sujet à l'Assemblée nationale.

b) Le régime d'autorisation : une menace pour l'autonomie et la liberté des établissements

A l'instar de la loi du 24 juillet 1987, qui n'est jamais entrée en application, le projet de loi organise un régime uniforme d'autorisation des équipements et des installations des établissements, publics ou privés, selon des modalités qui menacent l'autonomie des uns et la liberté d'entreprendre des autres. Il introduit surtout un régime d'autorisation à durée déterminée, dont l'Assemblée nationale a souhaité la généralisation.

1) Des procédures contraignantes et arbitraires

Le champ d'application des autorisations se confond avec celui de la planification et s'étend donc à la totalité de l'équipement sanitaire. Les garanties offertes, par la loi actuelle, à ceux des établissements qui "gagent" leurs demandes par une réduction de leurs moyens d'hospitalisation sont supprimées.

L'autorisation peut être subordonnée à des conditions d'évaluation périodique et, si le texte devait s'appliquer en l'état, pourrait ainsi être retirée à tous moments.

Elle peut être également subordonnée aux respects d'engagements relatifs aux dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie. Au mépris des compétences propres de ces derniers et dans le cadre d'une loi dont les objectifs sont exclusivement sanitaires, il est ainsi, subrepticement, introduit un contrôle des volumes d'activité qui s'exercera comme un chantage permanent sur les établissements.

Sous prétexte de favoriser la transparence, il est également institué un régime d'examen groupé des demandes qui, pour des raisons développées plus loin, permettra à l'autorité de tutelle de mieux "sélectionner" les bénéficiaires des autorisations, sans bénéfice avéré pour la santé publique.

2) L'institution d'autorisations à durée déterminée : un facteur de précarité et un frein aux investissements

Si le principe d'une durée déterminée attachée aux autorisations ne peut être complètement écarté pour des raisons tenant à la nécessaire évolution de l'appareil de soins, les garanties qui l'entourent, dans le texte actuel, malgré les progrès accomplis sur ce plan à l'Assemblée nationale, apparaissent très insuffisantes.

Si, en effet, la durée d'amortissement des investissements est désormais prise en compte, rien n'est dit en ce qui concerne

certaines activités de soins qui exigent, plus que des équipements, de gros moyens en personnel.

Enfin, aucun lien n'est établi, par le texte, entre le régime de droit commun des autorisations, qui résulte d'une décision unilatérale de l'administration et les contrats conclus pourtant, dans le texte retenu par l'Assemblée nationale, obligatoirement par les établissements. Les uns n'excluent-ils pas les autres ?

II. LA REFORME DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE : UN DISPOSITIF INACHEVE QUI PORTE ATTEINTE A LA HIERARCHIE NEE DU MERITE

Le projet de loi réforme, timidement, le statut des établissements publics de santé et aménage la tutelle qui s'exerce sur eux, en vue d'en assouplir la gestion ; l'organisation des soins et le fonctionnement médical des établissements sont remis en cause, pour la troisième fois depuis 1984, dans des termes dangereux qui ne manquent pas de surprendre.

a) Une réforme inachevée du statut et du contrôle des établissements publics de santé

1) *Le statut : un faux semblant*

Le Gouvernement prétend d'abord doter les établissements publics de santé d'un statut original, destiné à tenir compte de leur spécificité. Les arbitrages interministériels ont malheureusement réduit l'ambition des auteurs à bien peu de choses, de sorte que l'organisation administrative qui ressort du texte ajoute de nouvelles contraintes, sans mettre en oeuvre des instruments nouveaux capables de permettre à l'hôpital de moderniser sa gestion.

Il suffit de rappeler, à cet égard, que le rapport de la mission "Couty" destiné à dessiner les contours du projet de loi, osait proposer de supprimer le principe de la gestion de la comptabilité des établissements publics de santé par un comptable direct du Trésor. Le texte définitif, s'il accorde en effet quelques souplesses de gestion

nouvelles, ne s'éloigne pratiquement pas du dispositif actuel, tel qu'il résulte de la loi du 31 décembre 1970.

2) Le desserrement des tutelles : le maintien d'un contrôle a priori et d'une tutelle financière étroite et asphyxiante

Malgré de réels progrès accomplis sur ce plan, à l'Assemblée nationale, la tutelle a priori continue, en effet, de s'exercer sur tous les actes importants de la vie des établissements. Si elle a été réduite, pour un grand nombre de délibérations, à un seul contrôle financier, celui-ci s'exerce bien a priori. **Le Gouvernement ne dit donc pas le droit lorsqu'il affirme avoir ainsi mis en place un contrôle a posteriori, à l'instar des règles retenues pour les collectivités locales.**

La procédure budgétaire, même allégée, reste d'une lourdeur que la complexité du texte contribue à mettre en évidence. L'autorité de tutelle continue de vouloir exercer un contrôle d'opportunité, qu'elle n'a, de fait, pas les moyens de mettre en oeuvre, provoquant ainsi des retards inutiles et dommageables pour la gestion des hôpitaux. Tutelles administrative et budgétaire ne tiennent aucun compte des projets d'établissements, qui doivent constituer pourtant les actes fondamentaux de la vie des établissements publics, tout comme les contrats, prévus par le texte, doivent permettre de fonder, pour les établissements privés, des relations stables et sûres avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie.

b) La réforme de l'organisation des soins et du fonctionnement médical : une menace pour la qualité des soins

Le Gouvernement revient, aux détours de la réforme, au projet de départementalisation des hôpitaux engagé par la loi du 3 janvier 1984, dont l'échec patent avait conduit, par la loi du 24 juillet 1987, au rétablissement d'un dispositif équilibré, respectueux des compétences et soucieux de renforcer les responsabilités des jeunes praticiens.

1) Le modèle initial : un curieux dispositif, aux intentions indiscernables

Dans la version retenue en 1984, les départements étaient destinés à fédérer autoritairement des services ou des parties de services. La loi adoptée en 1987, sur le rapport de notre collègue Charles Descours, si elle tournait le dos à la voie autoritaire, conservait les vertus structurantes d'un tel schéma.

Dans le texte qui vous est soumis, il est seulement proposé de distinguer départements et services par le mode de nomination de leurs responsables, comme le prévoyait le texte initial, ou le nombre de leurs unités fonctionnelles, comme l'a ajouté l'Assemblée nationale. Les unités fonctionnelles apparaissent ainsi comme le seul apport effectif du texte. Si l'on peut être favorable à leur institution, il est à craindre cependant qu'elles ne constituent qu'une bien maigre et illusoire compensation offerte à de jeunes ou de moins jeunes praticiens qui attendent une revalorisation de leur statut et de leur fonction. Cette remarque s'applique particulièrement aux hôpitaux généraux où les subtilités de la départementalisation et les délices démocratiques qu'elle secrète cèdent volontiers le pas, dans l'esprit des praticiens, à la crise du recrutement et à la faiblesse des moyens.

2) L'amendement "Durieux" : une ouverture

Le Gouvernement, conscient des insuffisances de son texte, a, dans un geste de bonne volonté, mais aussi en forme de démission, introduit un amendement visant à dire que si tout cela ne convenait pas aux hôpitaux, ils pouvaient, avec l'accord large du collège médical, faire tout autre chose.

Cet article offre aux établissements une marge d'autonomie qui ne peut pas être négligée. Il ne s'appliquera cependant pas, loin s'en faut, au moins dans un premier temps, dans l'ensemble des établissements. Il ne constitue donc, en aucun cas, une réponse aux craintes légitimes qu'inspire le "modèle légal", défini par le texte initial et aggravé encore par les amendements adoptés par l'Assemblée nationale.

Tels sont donc, brièvement décrits, le contour et les dangers d'un texte que votre commission vous propose d'amender profondément.

B. LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION : RENFORCER L'AUTONOMIE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET RESPECTER LA LIBERTE DES ETABLISSEMENTS PRIVES DANS LE CADRE D'UNE PLANIFICATION SOUPLE

Votre commission vous propose de retenir deux orientations majeures, qui l'ont guidée dans la rédaction de ses amendements : améliorer les garanties offertes aux acteurs du système de soins et renforcer l'autonomie des établissements publics de santé.

I. RENFORCER LES GARANTIES OFFERTES AUX ACTEURS DU SYSTEME DE SOINS ET RESPECTER LA LIBERTE DES ETABLISSEMENTS

a) Renforcer les garanties offertes aux acteurs du système de soins

1) Une définition claire des principes fondamentaux : les droits du malade, la définition de l'évaluation de l'activité hospitalière

Votre commission vous propose d'introduire, par voie d'amendement, dès l'article premier A, un chapitre consacré aux principes fondamentaux, qui définira les droits des malades dans ce qu'ils s'exercent à l'hôpital, puisque tel est le seul objet du texte. Ces droits sont établis autour de trois principes : le libre choix de l'établissement par le malade, son droit à l'information sur son état et les soins qui lui sont prodigués ainsi qu'au respect de la confidentialité des informations qui sont détenues par l'établissement et l'obligation faite, à ce dernier, d'offrir des soins de qualité.

C'est parce que le libre choix doit s'exercer d'une manière éclairée et en vue d'améliorer la qualité des soins que doivent être également définis et distingués, dès l'abord, les concepts d'évaluation et d'analyse d'activité. Il vous est proposé, à cet égard, d'élargir l'évaluation à l'ensemble des pratiques professionnelles, des fonctions et des services des établissements, en rappelant, en ce qui concerne l'activité médicale, les limites déontologiques d'un tel exercice.

Cet amendement vise, en outre, à consacrer, au plan législatif, l'existence de l'agence nationale pour l'évaluation médicale.

2) Les missions des établissements de santé, publics ou privés : une clarification du dispositif

S'agissant des dispositions relatives aux missions des établissements de santé, contenues dans l'article premier, il vous est proposé de clarifier la définition du service public hospitalier en distinguant bien ses missions, les obligations qu'il comporte et les établissements qui le composent et, enfin, les formes de coopération qu'il peut développer avec les autres établissements et les professionnels libéraux de santé, sans bouleverser, loin s'en faut, le texte du Gouvernement, accepté, sur ce sujet, par les secteurs privé et public. Ces modifications feront toutefois clairement ressortir qu'au-delà des considérations juridiques, **il n'y a pas, en France, des établissements publics investis d'une mission de service public et des établissements privés qui font commerce de soins, mais, au contraire, un ensemble d'établissements chargés d'une mission d'intérêt général.** Elles permettront également de réduire la définition du service public à ses seules missions spécifiques : formation, recherche et urgence.

b) Respecter la liberté des acteurs dans le cadre d'une planification souple et concertée

1) Une planification souple et concertée

S'agissant des dispositions relatives à la planification de l'équipement sanitaire, contenues dans les articles 2 et 3, il vous sera d'abord demandé de revenir sur le caractère obligatoire des contrats pluriannuels conclus par les établissements -et donc au texte initial du Gouvernement-, non pour des raisons de principe, car il convient de contractualiser les rapports entre l'Etat, l'assurance maladie et les établissements, mais pour des raisons de méthode et de moyens : **la liberté contractuelle c'est, avant tout, la liberté de contracter.**

Il vous sera ensuite suggéré de renforcer le caractère incitatif du dispositif de planification et de permettre la consultation des organes régionaux -conseil régional et comité économique et social- sur les schémas arrêtés au plan régional.

Il vous sera, en outre, proposé de décrire l'organisation des services qui doit permettre la réalisation des objectifs du texte, pour tenir compte de la faiblesse avérée des instances actuelles, qu'il s'agisse des DRASS ou des DDASS.

Un amendement fixera, enfin, un calendrier de mise en oeuvre de la planification, visant à "dynamiser" le texte et à garantir, dans le respect des orientations de la politique sanitaire, une procédure ascendante d'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

2) Le respect de la liberté des acteurs

S'agissant du régime d'autorisation contenu dans le même article 2, il vous sera proposé d'apporter des garanties nouvelles aux établissements privés d'hospitalisation en renforçant encore les règles qui s'appliquent à la définition de la durée déterminée des autorisations, notamment en ce qui concerne les activités de soins et en supprimant, jusqu'à plus amples explications du Gouvernement, les dispositions relatives à la périodicité de l'examen groupé des

demandes. Quant aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, seules celles qui seront développées, dans le cadre d'une politique de redéploiement, par les établissements publics, entreront dans le champ de la planification et du régime d'autorisation.

Il vous sera suggéré également de supprimer dans le texte les dispositions relatives au contrôle du volume d'activité au regard des dépenses d'assurance maladie. La loi hospitalière est une loi sanitaire. Libre au Gouvernement, dans le cadre du prochain texte, qu'il reviendra prochainement au Parlement de discuter, de mettre en oeuvre les moyens de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui lui paraissent utiles. Par ailleurs, les dispositifs prévus ne s'appliqueront que dans cinq ans. Pourquoi les écrire aujourd'hui ?

S'agissant des dispositions relatives aux établissements de santé privés contenues dans les articles 9 à 11 et notamment de celles qui concernent les établissements à but non lucratif, il vous sera proposé d'assouplir les conditions préalables à l'admission de ces établissements au sein du service public hospitalier, en supprimant l'obligation qui leur est faite de disposer d'un projet d'établissement.

S'agissant des dispositions diverses et transitoires, il vous sera demandé de vous opposer à toute rétroactivité du texte en ce qui concerne les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Les amendements de votre commission viseront enfin à alléger le régime d'autorisation pour les équipements inclus dans les projets d'établissement, pour les établissements publics et dans les contrats, pour les établissements privés, afin de faire des projets et des contrats les actes fondateurs, de portée pluriannuelle, dont l'approbation offrira aux établissements de plus grands espaces de liberté.

Ces propositions, qui, pour les établissements publics, se trouveront prolongées dans le dispositif relatif à la tutelle sont essentielles, dans ce qu'elles instaurent, dans le cadre d'une planification assouplie, une incitation à établir des

relations fortes et durables entre une tutelle renouvelée et des établissements assurés de leur avenir.

II. RENFORCER L'AUTONOMIE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET METTRE UN TERME À LA "GUERRE DE LA DÉPARTEMENTALISATION"

a) Renforcer l'autonomie des établissements

1) La définition d'un statut authentiquement spécifique des établissements publics de santé

Il vous sera d'abord proposé de définir d'une manière plus spécifique encore les établissements publics de santé en retenant, pour l'essentiel, le modèle de la loi de 1982 relative aux établissements publics à caractère technique et scientifique, afin d'offrir aux hôpitaux un cadre juridique adapté à la nature particulière de leur activité.

Les établissements pourront ainsi se doter de structures administratives, comptables et financières parfaitement conformes à leurs missions.

2) Une innovation essentielle : l'instauration du principe du contrôle a posteriori

Il vous sera proposé de supprimer la tutelle en posant comme le principe le contrôle a posteriori et le contrôle a priori comme l'exception. Ce contrôle a priori serait d'autant plus réduit que l'établissement disposerait d'un projet approuvé. La procédure budgétaire sera enfin, si vous suivez votre commission, très sensiblement allégée encore par rapport au texte retenu par l'Assemblée nationale.

Les établissements publics de santé seront ainsi, sauf en matière financière, pour des raisons qui tiennent à la nature spécifique de leurs ressources, soumis à un régime semblable à celui des autres établissements publics locaux, tel qu'il a été établi par la loi de décentralisation du 2 mars 1982.

b) Mettre un terme à la "guerre de la départementalisation"

Afin de tenter de mettre un terme au débat qui, depuis 1984, déchire l'hôpital public, il vous est proposé de retenir, pour l'organisation des soins et le fonctionnement médical interne des établissements, un compromis entre le texte du projet de loi et la loi du 24 juillet 1987.

Votre commission vous propose en outre, de régler le dossier ponctuel mais délicat, du "consultanat", par une rédaction qui, prenant en compte les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de ce régime, permette de retenir à l'hôpital des praticiens dont le talent honore la communauté hospitalière et, à travers elle, sert l'intérêt des malades.

1) L'organisation des soins et le fonctionnement médical : la recherche d'un compromis

Votre commission vous demande d'abord de renforcer l'autonomie des établissements en acceptant l'amendement dit "Durieux", adopté par l'Assemblée nationale.

Si cette autonomie ne pouvait être mise en oeuvre, faute d'un accord au sein du collège des praticiens, les règles posées par la loi s'imposeraient alors, dans des termes qui laisseraient apparaître sans ambiguïté le choix offert entre la liberté et le "tout Etat".

Pour la détermination de ces règles, les amendements de votre commission retiennent le service comme le centre de responsabilité administrative et médicale de base, l'unité fonctionnelle comme l'unité élémentaire de soins et le département comme le moyen de fédérer, volontairement, des services ou des unités fonctionnelles. Dans ce modèle, le chef de service ou de département serait nommé par le ministre.

Les fédérations seraient enfin et par voie de conséquence, supprimées.

Un tel schéma vise à inciter les établissements à décider eux-mêmes, dans le cadre du principe d'autonomie, de leur organisation interne, pourvu qu'ils soient dotés d'un projet d'établissement. Votre commission souligne ici une nouvelle incitation à arrêter des projets d'établissement, qui se situe incontestablement dans la logique de ses propositions.

2) Le consultanat : une issue honorable

S'agissant enfin du point particulier relatif au consultanat, il vous est proposé de tirer les conséquences du report en 1993, par un amendement adopté à l'Assemblée nationale, de la disparition de ce régime.

Il convient d'une part, juridiquement, de le rétablir. Afin de pallier, d'autre part, les conflits qui surviennent effectivement, dans certains cas, entre consultant et nouveau chef de service, il vous est demandé de confier au conseil d'administration le pouvoir d'accorder ou de refuser le consultanat et d'en renouveler annuellement le bénéfice.

Il sera également suggéré au Gouvernement de redéfinir le statut du consultant et notamment ses missions afin de tenter, par ce biais, de résoudre les problèmes internes éventuellement posés par l'existence de ce régime.

*

* *

En guise de conclusion et avant d'aborder l'examen des articles, **votre commission souhaite exprimer les quatre réserves** que lui inspire le dispositif, même amendé dans les formes qu'elle vous suggère de retenir.

Sa première réserve tient à l'ignorance dans laquelle le Parlement est laissé du contenu des quelque cinquante à soixante textes réglementaires qu'appelle l'application de la réforme. Certes, le ministre délégué à la santé a communiqué à votre rapporteur six notes d'orientation, destinées à esquisser les lignes essentielles de ces textes. L'exemple donné toutefois par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, dont tous les décrets d'application n'ont pas été publiés au moment où le Parlement s'apprête à l'abroger, suffit à justifier la volonté de votre commission d'établir un calendrier d'application des dispositions relatives à la planification, dont la réussite commande celle de l'ensemble de la réforme.

Sa deuxième réserve, capitale, qu'a parfaitement exprimée, avant elle, M. Alain Calmat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, tient au fait que le projet de loi néglige totalement de traiter les problèmes posés par la clarification des rapports entre, d'une part, les institutions sanitaires et, d'autre part, les institutions sociales et médico-sociales. Cette clarification et la redéfinition corrélative du mode de prise en charge des personnes âgées dépendantes, exigent, pour des raisons sociales tout autant que financières et tarifaires, une réponse législative qui, annoncée à plusieurs reprises par le Gouvernement, tarde à venir.

Sa troisième réserve résulte de la constatation que la réforme qui vous est soumise ne suffira pas, à elle seule, à répondre aux aspirations légitimes des acteurs du système de soins à la reconnaissance du rôle qu'ils jouent et de la place qu'ils occupent dans notre société. Votre commission rappelle, à cet égard, les conclusions de l'excellent rapport, présenté par notre collègue Charles Descours (n° 396, seconde session ordinaire 1988-1989), au nom de la mission d'information, présidée par le rapporteur du présent projet de loi, *sur la situation matérielle et professionnelle des personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers publics, privés et privés à but non lucratif, ainsi que sur la qualité de la vie en milieu hospitalier et les moyens de les améliorer*. Ce rapport faisait suite, faut-il le rappeler, aux mouvements de revendication des infirmières,

nés au cours de l'été 1988 et étendus à d'autres catégories de personnels soignants non médecins au cours de l'automne de la même année. Au moment où des mouvements semblables, encore sporadiques, mais significatifs, affectent à nouveau ces catégories de personnel, votre commission souhaite renvoyer le Gouvernement à la lecture des vingt-six propositions qu'elle avait présentées, peu suivies d'effet. Votre rapporteur ajoute que le statut des praticiens hospitaliers appelle assurément la même attention, ainsi que suffit à le démontrer la réalité hospitalière décrite plus haut. Il n'écarte pas l'hypothèse de la constitution d'une mission d'information qui, empruntant une démarche semblable à celle choisie en 1989, s'attacherait à définir les aménagements qu'appelle ce statut.

La quatrième réserve de votre commission a trait au mode de financement des établissements de santé, publics ou privés. Les limites de la dotation globale, soulignées plus haut, mais aussi la nécessité de mettre un terme à la "guerre de religion" qui oppose secteurs privé et public, exigent que soient explorées les voies d'une politique tarifaire rénovée et commune à l'ensemble du système hospitalier. Le projet de loi constitue, à cet égard, l'amorce d'une réflexion qui doit être menée avec vigueur et sans délai.

La réforme de l'hôpital exige des étapes. Votre commission, sous les quatre réserves qu'elle vient d'exprimer, vous propose, non sans en modifier profondément le parcours, de franchir la première d'entre elles.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I - Audition des Ministres

La commission a procédé, en présence de la presse, le mercredi 17 avril 1991, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, à l'audition de M. Claude Evin, alors ministre des affaires sociales et de la solidarité, et de M. Bruno Durieux, ministre délégué à la Santé (1).

M. Claude Evin a indiqué que l'objectif du Gouvernement était d'offrir à l'hôpital, vingt ans après la "loi Boulin", un instrument juridique qui tienne compte des profondes évolutions constatées depuis lors. Il a également souligné la volonté du Gouvernement de rechercher le plus large consensus, notamment en ce qui concerne les dispositions relatives à l'organisation médicale interne des établissements. Il s'est dit conscient des limites d'un exercice législatif qui tend à appliquer un corps de règles unique à des établissements très divers. Il a rappelé les ambitions du projet de loi, qui ne constitue, selon lui, qu'une étape destinée à accroître les responsabilités des acteurs du système de soins et à développer l'autonomie des établissements. Il a enfin rappelé que cette réforme s'inscrivait dans un vaste processus législatif et réglementaire qui a notamment permis, déjà, la publication de cent décrets relatifs aux statuts des agents appartenant à la fonction publique hospitalière.

M. Bruno Durieux a défini les cinq orientations majeures du projet de loi : planification, autonomie des établissements, concertation, évaluation des soins et respect du pluralisme hospitalier.

S'agissant de la planification, le ministre délégué a rappelé qu'elle visait à introduire des critères qualitatifs et une logique médicale dans la détermination des besoins et de l'offre de soins, désormais appréciée et concertée au niveau régional.

S'agissant du principe d'autonomie, le ministre a analysé les diverses dispositions du texte tendant à alléger les tutelles et a souligné l'importance des projets d'établissement, qui devraient permettre, selon lui, la mise en oeuvre d'une démarche stratégique pour l'hôpital.

(1) Cette audition a eu lieu avant l'examen du projet de loi par l'Assemblée nationale. Les réflexions contenues dans ce compte rendu s'appliquent donc au texte initial du Gouvernement

S'agissant de la concertation et du dialogue, il a insisté sur les fonctions nouvelles des diverses instances consultatives des établissements.

S'agissant de l'évaluation, il a considéré qu'elle était la clef de la réussite de l'entreprise menée par le Gouvernement.

S'agissant enfin du pluralisme hospitalier, le ministre a exprimé sa volonté d'harmonisation entre secteur public et secteur privé d'hospitalisation en précisant les motifs statutaires, financiers ou techniques qui interdisaient d'aller plus loin.

M. Claude Huriet, rapporteur, s'il a adhéré aux principes et aux objectifs qui sous-tendent le projet de loi, a toutefois émis des réserves sur les modalités retenues pour leur mise en oeuvre.

S'agissant de la planification sanitaire, il a regretté que n'ait pas été recherchée, à cette occasion, une plus forte décentralisation des décisions et il a douté que l'état d'élaboration des instruments d'évaluation soit à la hauteur des ambitions gouvernementales, en insistant sur l'insuffisance des moyens en personnel dont dispose l'Etat pour réaliser ses objectifs.

Il a alors exprimé la crainte que, faute de pouvoir être appliqué dans des délais raisonnables, le texte n'apparaisse comme un artifice destiné à légitimer et à perpétuer un effort de maîtrise financière trop souvent aveugle et autoritaire.

Il a précisé que cette crainte lui paraissait d'autant plus justifiée que le texte renforce les obligations des établissements et des caisses d'assurance-maladie dans la contribution qu'ils doivent apporter à l'exercice de la tutelle, sans allègement suffisant de cette dernière.

Il a fait part de sa surprise devant les dispositions relatives à l'organisation médicale interne des établissements qui, sans proposer une réforme effective des structures de soins, visent seulement à aménager les modes de nomination des responsables médicaux et à déconcentrer les responsabilités au sein des services dans des conditions qui risquent d'introduire des confusions dans la répartition des responsabilités.

Il a enfin demandé au ministre de préciser où se trouvait, selon lui, le point d'équilibre entre secteur public et secteur privé hospitalier.

M. Paul Souffrin est intervenu pour s'interroger sur les conditions dans lesquelles seraient résolues les contradictions entre les projets d'établissements et les cartes ou les schémas sanitaires. Il s'est dit inquiet de voir évoluer le statut des établissements hospitaliers vers celui des établissements publics à caractère industriel ou commercial.

M. Henri Le Breton s'est dit préoccupé par l'avenir des hôpitaux locaux et a regretté de ne pas avoir trouvé trace d'une référence aux usagers dans le texte du projet de loi.

M. Jean Chérioux, s'il a adhéré aux cinq directions définies par les ministres, a toutefois voulu montrer en quoi les modalités retenues par le projet de loi n'étaient pas acceptables.

Il a rappelé que la crise de l'hôpital public ne se trouvait pas ailleurs que dans la faiblesse des moyens dont il disposait pour la surmonter. Il a regretté que le projet de loi n'aborde pas les problèmes liés à la dépendance des personnes âgées et à la place du long séjour dans les établissements hospitaliers.

M. Louis Boyer s'est déclaré favorable à une réforme hospitalière mais a déclaré que le projet de loi ne répondait pas à son attente. Les difficultés liées à la dépendance des personnes âgées, la crise du recrutement des praticiens hospitaliers, la situation difficile des hôpitaux locaux sont autant de sujets qui ne lui sont pas apparus réellement abordés par le projet de loi.

M. Guy Penne a rappelé que les difficultés du monde hospitalier dataient de plus de 20 ans et que plus de 16 textes de loi avaient tenté, depuis lors, de les surmonter. Il a approuvé le choix, fait par le Gouvernement, d'une approche globale du système hospitalier et il a ainsi justifié le grand nombre de textes réglementaires prévus pour son application. Il s'est interrogé sur la portée et les moyens de mettre en oeuvre une juste évaluation des soins et a voulu montrer en quoi la départementalisation des hôpitaux, par l'institution des unités fonctionnelles, favoriserait le partage des responsabilités au sein des établissements sans remettre vraiment en cause le mode de nomination des responsables médicaux.

M. Franck Sérusclat a demandé au ministre de préciser où se situait, selon lui, le point d'équilibre entre secteur public et secteur privé. Il s'est inquiété du niveau d'élaboration des instruments d'évaluation et il a souhaité, pour sa part, que le projet de loi soit

modifié pour permettre la mise en oeuvre de la départementalisation dans les termes qui avaient été retenus par la loi de 1984.

M. Charles Descours a souligné que la perfection de l'exposé des motifs ne se retrouvait pas dans le dispositif législatif, citant quelques exemples, comme ceux de la carte sanitaire, des critères de détermination des dotations budgétaires ou des structures départementales.

Il a, en outre, considéré que la nomination des chefs de département par les conseils d'administration interdirait la mobilité des responsables médicaux.

M. Bernard Seillier s'est inquiété des conséquences juridiques des modes différenciés de nomination des chefs de service et de département.

M. François Delga s'est dit opposé à la fixation d'une durée déterminée appliquée aux autorisations d'exploiter les installations sanitaires.

M. Hector Viron, après avoir rappelé que la "loi Boulin" avait exigé un grand nombre de décrets d'application, dont certains ne sont toujours pas publiés, a douté que le texte actuel échappe aux mêmes risques.

Mme Marie-France Beaudeau s'est enfin inquiétée de la situation des infirmières, dont elle a souhaité une réforme des statuts. Elle a, d'autre part, interrogé le ministre sur les critères qui présideraient à la fermeture des maternités locales.

En réponse aux intervenants, M. Bruno Durieux a dit sa volonté d'accepter tous les amendements qui permettraient de rapprocher le dispositif législatif des objectifs exprimés dans l'exposé des motifs. Il a tenu à tempérer le scepticisme prêté au rapport présenté au Conseil économique et social, dont il a affirmé avoir repris en compte l'ensemble des observations. Après avoir écarté le principe d'une décentralisation régionale du système sanitaire, il a rappelé au contraire son attachement au renforcement de l'autonomie des établissements.

Il a défendu le principe du budget global en soulignant que le projet de loi avait précisément pour objet d'en affiner les modalités de mise en oeuvre. Il a, à cet égard, soutenu l'intervention des chambres régionales des comptes dans la procédure budgétaire et

souligné que le projet d'établissement devrait permettre d'alléger les tutelles financières.

Il a, en réponse au rapporteur, indiqué qu'il ne lui paraissait pas possible d'accorder un pouvoir délibératif aux commissions médicales d'établissement afin de ne pas multiplier les pôles de décision dans les hôpitaux.

Il a alors dit son attachement au principe de la départementalisation, en confiant, qu'à titre personnel, il souhaitait que tous les chefs de service ou de département soient nommés par les seuls conseils d'administration.

Il s'est opposé à la transformation des hôpitaux en établissements publics industriels et commerciaux, en souhaitant toutefois que les établissements puissent, dans leur gestion quotidienne, agir comme de véritables entreprises.

Il a souligné l'importance de la faculté offerte aux hôpitaux locaux de s'associer avec les centres hospitaliers plus importants, association sans laquelle ils ne pourraient pas résister à la concurrence des établissements privés.

Il a rappelé les deux axes essentiels de résolution de la crise de l'hôpital : la mise en oeuvre d'outils incitatifs destinés à conduire la gestion hospitalière et le redéploiement de l'activité.

Il a précisé que 700 postes de praticiens hospitaliers étaient vacants et a admis, d'autre part, que 2.500 postes étaient occupés par des praticiens non titulaires.

Il a souligné que le malade n'était pas absent du texte, qui prévoit notamment les conditions de son information sur les soins qui lui sont prodigués.

Il a, enfin, décrit le contenu de l'accord récemment conclu avec les établissements privés de santé et plus particulièrement son volet relatif aux techniques d'évaluation par pathologie, dont il a rappelé qu'elles devraient s'appliquer dès l'année 1992.

II - Auditions de la commission ou du rapporteur (1) (2)

A - AUDITIONS DE PERSONNALITES QUALIFIEES

M. Steg, rapporteur du projet de loi devant le Conseil Economique et social

M. René, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

M. Peigné, auteur d'un rapport, établi dans le cadre d'une mission ministérielle et intitulé "Notre système hospitalier et son avenir"(3)

M. Matillon, Président de l'agence nationale de l'évaluation médicale (ANDEM)

B - AUDITIONS DES CONFERENCES HOSPITALIERES

M. Etienne, Président de la Conférence des Présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires

M. Gouazé, Président de la Conférence des Doyens des facultés de médecine

M. Rouleau, Président de la Conférence des Présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers généraux

M. Horassius, Président de la Conférence des Présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés

M. Charlotte, Président de la Conférence des Directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires

M. Trazzini, Président de la Conférence des Directeurs des centres hospitaliers non universitaires

(1) Seul le nom des personnes conduisant les délégations ont été indiqués dans cette liste.

(2) Votre rapporteur a, en outre, procédé, à Nancy, à l'audition de l'ensemble des acteurs du système de soins de son propre département.

(3) Les conclusions de ce rapport ont largement inspiré la réflexion de votre rapporteur.

C - AUDITIONS DES FEDERATIONS HOSPITALIERES

M. Damien, Président de la Fédération hospitalière de France (F.H.F.)

Mme Gisserot, Présidente de la Fédération des Etablissements hospitaliers de l'Assistance Privée (F.E.H.A.P.)

M. Coulomb, Délégué général de l'Union Hospitalière Privée (U.H.P.)

M. Sarfaty, Président de la Fédération française intersyndicale des Etablissements d'hospitalisation privée (F.I.E.H.P.)

M. Delaval, Union nationale interfédérale des oeuvres privées, sanitaires et sociales (UNIOPSS)

D - AUDITION DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE

MALADIE

M. Mallet, Président de la Caisse Nationale d'assurance-maladie (C.N.A.M.)

E - AUDITION DE LA FEDERATION NATIONALE DE LA

MUTUALITE FRANCAISE

M. Omet, Président de l'Union nationale des Etablissements mutualistes d'hospitalisation

**F - AUDITIONS DES SYNDICATS
REPRESENTATIFS DES PROFESSIONS MEDICALES**

M. Beaupère, *Président de la Confédération des Syndicats des Médecins de France (C.S.M.F.)*

M. Bouton, *Président de Médecins Généralistes de France (M.G. France)*

M. Cabrera, *Président du Syndicat des Médecins Libéraux (S.M.L.)*

M. Gras, *Président de la Fédération des Médecins de France (F.M.F.)*

**G - AUDITIONS DE CERTAINS SYNDICATS REPRESENTATIFS
DES MEDECINS HOSPITALIERS**

M. Ducreux, *Porte-Parole de la coordination syndicale des médecins, pharmaciens, biologistes des hôpitaux publics*

M. Johannet, *Président de l'Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers*

M. Degos, *Président du Syndicat National des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics*

M. Valty, *président du syndicat national des professeurs hospitalo-universitaires des cliniques chirurgicales*

M. Faraggi, *Secrétaire général du syndicat national des psychiatres des hôpitaux*

**H - AUDITIONS DES
ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES
DES SALARIES AU PLAN NATIONAL
(Secteur Santé) (1)**

représentants de la CFE-CGC

représentants de la CFDT

représentants de la CFTC

représentants de la CGT

**I - AUDITION DU SYNDICAT NATIONAL DES
CADRES HOSPITALIERS**

*M. Coz, Président du Syndicat National des Cadres
Hospitaliers (S.N.C.H.)*

**J - AUDITIONS DES
PRINCIPAUX SYNDICATS REPRESENTATIFS
DU PERSONNEL INFIRMIER**

*Mme Gerinier, représentant l'Association Nationale des
Infirmiers Généraux (A.N.I.G.)*

*M. Ollier, Président de l'Association Nationale Française
des Infirmiers diplômés d'Etat (A.N.F.I.D.E.)*

*Mme Peter, secrétaire générale de l'Union Nationale des
Associations des Syndicats d'Infirmières Françaises
(U.N.A.S.I.I.F.).*

(1) La fédération Santé du syndicat CGT-FO a considéré que les conditions de procédure qui ont présidé à l'adoption du projet de loi à l'Assemblée nationale, ne lui permettaient pas de rencontrer le rapporteur, à qui elle a demandé de se reporter, pour apprécier sa position, aux observations présentées par son organisation devant le Conseil économique et social et annexées au rapport adopté par ce dernier.

III - Examen du projet de loi

Sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a abordé au cours d'une première séance tenue dans la matinée du mardi 21 mai 1991, l'examen du projet de loi portant réforme hospitalière.

Le rapporteur a proposé à la commission d'analyser le projet de loi à travers les trois questions essentielles qu'il appelle : faut-il une réforme hospitalière ? faut-il cette réforme hospitalière ? quelle autre réforme hospitalière faut-il faire ?

A la première question, le rapporteur a répondu positivement en rappelant, à cet égard, les diverses remarques présentées par le Professeur Steg, rapporteur du projet de loi devant le Conseil économique et social. Il a souligné ainsi que les progrès technologiques, l'évolution des pathologies et des comportements des malades, l'inadaptation des instruments de planification sanitaire et de contrôle des établissements, la dégradation des structures de ces derniers, le malaise de l'ensemble des personnels, tous phénomènes qui s'inscrivent dans un contexte de maîtrise des dépenses, imposent une réforme du système hospitalier. Le rapporteur a souhaité que cette réforme puisse permettre de passer d'une logique de maîtrise des dépenses à une dynamique d'optimisation des moyens.

Il a alors présenté les insuffisances du projet de loi soumis à l'examen de la commission en indiquant, au préalable, que les objectifs annoncés dans l'exposé des motifs ne se trouvaient que faiblement traduits dans le contenu du dispositif.

Il a indiqué que l'instrument de planification mis en oeuvre lui paraissait trop rigoureux, centralisateur et administratif, et qu'il reposait sur une évaluation, nécessaire, de l'activité des établissements, sans définir les moyens de la mettre en oeuvre.

Il a condamné certains aspects du régime d'autorisations attaché à la planification, qui menacent, selon lui, l'autonomie des établissements publics, mais aussi la liberté d'entreprendre des établissements privés.

S'agissant de l'aménagement du statut des établissements publics de santé et de l'allègement des tutelles, le rapporteur a constaté que, malgré les progrès accomplis, sur ce plan, à l'Assemblée nationale, le texte restait encore très insuffisant. Il a enfin critiqué fermement les dispositions relatives à l'organisation médicale interne des établissements publics de santé, qui lui paraissent confuses et peu conformes aux attentes du monde hospitalier.

Il a alors défini les diverses orientations contenues dans ses amendements et destinées à permettre une réforme effective du système de soins.

Il a rappelé l'intérêt qui s'attachait à replacer, au coeur du dispositif, le principal acteur de l'hôpital, trop négligé par le

projet de loi : le malade. Il a proposé à la commission d'aménager les règles relatives à la définition du service public hospitalier et de corriger le chapitre relatif à la planification en y introduisant plus de liberté pour les établissements, publics ou privés. Il a également décrit rapidement les voies par lesquelles il entendait doter les établissements publics de santé d'un statut authentiquement original, leur offrant une réelle autonomie. Il a précisé dans quelles conditions il lui paraissait possible de mettre un terme au débat sur l'organisation médicale interne des établissements, qui divise le monde hospitalier depuis dix ans, par une synthèse entre le projet de loi et la loi du 24 juillet 1987 dite "Barzach", dans des termes qui préservent la volonté d'autonomie contenue dans l'amendement présenté, sur ce sujet, par le Gouvernement, à l'Assemblée nationale.

Il a enfin exprimé le souci de ne pas soumettre les établissements privés assurant le service public à des obligations identiques à celles qui s'appliquent aux établissements publics de santé.

Il a conclu en indiquant que ses cent cinquante-deux amendements visaient, dans le cadre d'une planification souple, déconcentrée et efficace, à renforcer l'autonomie des établissements et à moderniser leurs outils de gestion.

M. Charles Descours a remercié le rapporteur pour avoir su présenter simplement un dispositif qui apparaît pourtant très complexe.

Il a souligné la qualité de cette intervention qui justifie, selon lui, qu'elle soit reprise en séance publique et a indiqué qu'il se rallierait aux amendements du rapporteur aussi souvent qu'ils répondraient aux objectifs que s'était assignés son exposé général.

M. Jean Chérioux est intervenu pour remercier le rapporteur d'avoir emprunté une démarche qui correspond aux exigences qu'impose le projet de loi soumis à l'examen de la commission.

Il a souhaité que soient dénoncés, dans le rapport écrit, les défauts de la dotation globale et que soit également soulignée la nécessité impérieuse et urgente de régler enfin les problèmes posés par les rapports entre les secteurs sociaux et sanitaires.

M. Jean Madelain a approuvé l'ensemble des observations présentées par le rapporteur en insistant, notamment, sur la nécessaire autonomie des établissements et la prise en compte des intérêts des plus petits d'entre eux.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a conclu la discussion générale en rappelant que trois sujets devaient être mis en évidence : l'avenir de la fonction publique hospitalière, le respect de l'autonomie des établissements publics et celui de la liberté d'entreprendre des établissements privés.

Il a souligné la qualité de la contribution apportée par le Professeur Steg dans le rapport présenté par celui-ci devant le Conseil Economique et Social.

Il a rappelé que les conclusions du conseil seraient présentées en séance publique, à l'occasion de la discussion générale du projet de loi portant réforme hospitalière.

En réponse aux orateurs, M. Claude Huriet, rapporteur, a insisté pour dire que ce projet de loi ne constituait en aucune manière une réponse à la totalité des problèmes posés par l'hôpital et ne contribuait nullement à mettre un terme au malaise des personnels des établissements, ainsi que le démontrent assez bien les grèves actuellement en cours.

Il a indiqué qu'à sa connaissance, divers rapports récents montraient les difficultés rencontrées par les services extérieurs de l'Etat dans la mise en oeuvre de la planification sanitaire et du contrôle budgétaire et administratif des établissements et établissaient ainsi la nécessité de les renforcer.

Il a confirmé que, selon lui, il convenait d'admettre le principe de l'organisation des services en unités fonctionnelles, pourvu que rien ne soit changé à l'organisation de base des établissements.

Entretenant alors l'examen des articles du projet de loi, la commission a retenu, à l'article premier A nouveau, un amendement présenté par son rapporteur tendant à insérer un nouveau chapitre dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique, consacré aux droits du malade, à l'évaluation et à l'analyse de l'activité des établissements de santé.

Sont intervenus dans la discussion de cet amendement, outre le rapporteur, Claude Huriet, le président Jean-Pierre Fourcade, MM. Charles Descours, Jean Madelain, Bernard Seillier, Franck Sérusclat, Louis Souvet.

A l'article premier, après avoir écarté deux amendements présentés par M. Paul Souffrin et après avoir retenu trois amendements de forme présentés par son rapporteur, la commission a supprimé, sur la proposition de M. Charles Descours, dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 711-1 du code de la santé publique, la prise en compte, par ce texte, de l'état psychologique des patients.

Elle a retenu, au même article, un amendement, présenté par son rapporteur, tendant à écarter la rédaction "hospitalo-centriste" de la référence aux actions de coordination médico-sociales. Elle a enfin supprimé, sur la proposition de son rapporteur, par coordination, la seconde phrase du second alinéa dudit texte.

Après avoir écarté deux amendements de M. Paul Souffrin, tendant à modifier le texte proposé par l'article premier pour l'article L. 711-2 du code de la santé publique et adopté dans ce texte deux amendements de forme et de coordination présentés par son rapporteur, la commission a supprimé le texte proposé pour l'article L. 711-3 du code de la santé publique et elle a retenu cinq amendements, toujours présentés par le rapporteur, au texte proposé par cet article pour l'article L. 711-4 du code de la santé publique, visant à définir plus précisément les missions spécifiques

du service public hospitalier. Sont intervenus, dans la discussion de ces amendements, outre le Président, le rapporteur, MM. Jean Chérioux, Charles Descours et Franck Sérusclat. Un amendement présenté par M. Paul Souffrin sur ce texte a été rejeté.

La commission a supprimé, sur la proposition de son rapporteur, le texte proposé par cet article pour l'article L. 711-5 du code de la santé publique, en écartant, par voie de conséquence, un amendement présenté par M. Paul Souffrin et, après avoir adopté des modifications de forme ou de coordination dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 711-6 du code de la santé publique, elle a inséré un article additionnel qui, reprenant la disposition du texte proposé par cet article pour l'article L. 711-5, tend à définir plus clairement les modalités réciproques de coopération entre secteur privé et secteur public hospitalier.

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 711-7 du code de la santé publique, la commission a retenu quatre amendements présentés par son rapporteur et un amendement défendu par M. Charles Descours, tendant à préciser le rôle des centres hospitaliers régionaux appartenant à des centres hospitalo-universitaires et à préciser les formes que pouvait prendre la coopération des hôpitaux locaux avec les autres établissements publics ou privés. Elle a, en conséquence, rejeté trois amendements présentés par M. Paul Souffrin.

Au texte proposé par cet article pour l'article L. 711-8 du code de la santé publique, la commission a adopté, sur la proposition de son rapporteur, deux amendements de forme et un amendement présenté par M. Charles Descours, tendant à supprimer la référence aux centres de régulation des appels, dans les dispositions définissant l'urgence.

Après avoir adopté deux amendements de pure forme, présentés par son rapporteur, dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 711-8-1 du code de la santé publique, la commission a abordé l'examen de l'article 2 en précisant, par un amendement présenté par son rapporteur, dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 711-15 du code de la santé publique, que le haut comité hospitalo-universitaire peut émettre des recommandations sur les sujets intéressant sa compétence.

Après avoir écarté deux amendements de suppression de l'article 3 et du texte proposé par cet article pour l'article L. 712-1 du code de la santé publique, présentés par M. Paul Souffrin, la commission a repris, dans ce dernier texte, par deux amendements présentés par son rapporteur, deux dispositions contenues dans la législation actuelle, qui permettent de tenir compte, pour la planification, des données démographiques et qui obligent le ministre chargé de la santé à déposer chaque année, sur ce sujet, un rapport sur le bureau des deux assemblées du Parlement.

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 712-2 du code de la santé publique, et après les interventions du Président, du rapporteur, de MM. Charles Descours, Franck Sérusclat et Paul Souffrin, la commission a supprimé, par un amendement de son rapporteur, la référence à la chirurgie ambulatoire et a redéfini par un autre amendement de son

rapporteur les activités de soins entrant dans le champ de la planification. Elle a, en conséquence, rejeté un amendement de suppression présenté par M. Paul Souffrin, M. Charles Descours ayant, pour sa part, retiré ses deux amendements au même texte.

Après avoir adopté un amendement de pure forme présenté par son rapporteur dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 712-3-1 du code de la santé publique et écarté un amendement de suppression du même texte, présenté par M. Paul Souffrin, elle a supprimé, sur la proposition de son rapporteur, le caractère obligatoire de la conclusion des contrats prévus par le texte proposé par cet article pour l'article L. 712-4 du code de la santé publique, et a exclu du champ d'application du régime d'autorisation les projets contenus dans lesdits contrats, non sans avoir entendu, outre le Président, MM. Charles Descours, Jean Chérioux et Franck Sérusclat. Elle a, en conséquence, rejeté un amendement de suppression présenté par M. Paul Souffrin.

Au cours d'une seconde séance tenue dans l'après-midi du mardi 21 mai, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission, poursuivant l'examen du projet de loi a adopté, dans le texte proposé par l'article 3 pour l'article L. 712-5 du code de la santé publique, deux amendements, présentés par son rapporteur, tendant à déconcentrer la procédure d'approbation de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire et, par l'insertion d'un article additionnel après ce texte, proposé par le rapporteur, elle a posé le principe de l'institution d'une mission régionale de l'organisation sanitaire et sociale, après avoir entendu MM. Charles Descours, Jean Madelain et Franck Sérusclat. Elle a en conséquence écarté un amendement de suppression de ce texte, présenté par M. Paul Souffrin.

Après avoir écarté un amendement de suppression défendu par M. Paul Souffrin et adopté trois amendements de forme présentés par son rapporteur au texte proposé par cet article pour l'article L. 712-6 du code de la santé publique, elle a supprimé, sur les propositions conjointes du rapporteur et de M. Paul Souffrin, le texte proposé par cet article pour l'article 712-6-1 du code de la santé publique.

Afin de mieux protéger le respect du secret des informations contenues dans les systèmes d'information mis en oeuvre par l'Etat et les organismes d'assurance maladie, elle a modifié, par un amendement présenté par son rapporteur, le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 712-7 du code de la santé publique, auquel elle a apporté par ailleurs une modification purement formelle.

Après avoir adopté deux amendements de coordination, présentés par son rapporteur, au texte proposé par cet article pour l'article L. 712-8 du code de la santé publique, elle a modifié les textes proposés pour les articles L. 712-10 et L. 712-11 du code de la santé publique, relatifs au redéploiement des moyens des établissements, en adoptant deux amendements du rapporteur donnant un caractère automatique aux demandes qui visent à réduire les capacités d'accueil par le développement d'activités de soins nouvelles ou de structures alternatives à l'hospitalisation. Elle

a, en conséquence, rejeté les amendements de suppression présentés par M. Paul Souffrin sur ces articles.

Elle a alors supprimé, sur la proposition de son rapporteur, l'article L. 712-12-1, qui tend à introduire des dispositions relatives à l'assurance maladie dans un texte dont le seul objet doit rester d'ordre sanitaire. Outre M. Jean Pierre Fourcade, Président, et le rapporteur, MM. Charles Descours et Franck Sérusclat sont intervenus sur cet article.

Après avoir retenu deux amendements de forme, présentés par son rapporteur, au texte proposé par cet article pour l'article L. 712-13 du code de la santé publique, la commission a adopté une nouvelle rédaction de l'article L. 712-14 renforçant les garanties accordées aux demandes d'autorisation lorsque ces dernières sont attribuées pour une durée déterminée, après avoir entendu, outre le Président et le rapporteur, MM. Jean Chérioux, Charles Descours, Jean Madelain et Franck Sérusclat.

La commission a alors supprimé, à la demande de son rapporteur et sur un amendement identique présenté par M. Paul Souffrin, le texte proposé par cet article pour l'article L. 712-15 du code de la santé publique et a adopté six amendements, dans le texte proposé pour l'article L. 712-16 du code de la santé publique, tendant à mieux définir les procédures d'attribution des autorisations et de leur renouvellement, après que soient intervenus, outre le Président et le rapporteur, MM. Charles Descours et Jean Chérioux.

Elle a alors adopté, dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 712-17 du code de la santé publique, un amendement, présenté par le rapporteur et modifié sur la proposition de M. Charles Descours, tendant à renforcer les droits de ceux dont une demande avait dû être refusée au profit d'un autre projet, devenu caduc. Elle a écarté, en conséquence, l'amendement de suppression défendu par M. Paul Souffrin.

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 712-18 du code de la santé publique, elle a, sur la proposition du rapporteur, réduit les délais dans lesquels le préfet peut suspendre l'exploitation de certaines installations en cas d'urgence, ou dans l'intérêt de la santé publique.

Après le texte proposé pour l'article L. 712-18 du code de la santé publique, dont elle a refusé la suppression souhaitée par M. Paul Souffrin, la commission a introduit, par voie d'amendement, un article additionnel présenté par son rapporteur et visant à soumettre au régime de planification et d'autorisation les seules structures alternatives à l'hospitalisation créées à l'initiative des établissements publics de santé, sur les explications présentées notamment par le Président et M. Charles Descours.

Après avoir adopté l'article 4, elle a, à l'article 5, à la demande de son rapporteur, substitué, par voie d'amendements, aux conférences inter-hospitalières, les conférences sanitaires de secteur pour tirer les conséquences de ses amendements précédents.

Elle a, aux mêmes articles, adopté deux amendements de forme et de coordination de son rapporteur et écarté un amendement présenté par M. Paul Souffrin.

Elle a également adopté un amendement de précision émanant du rapporteur à l'article 6, avant d'aborder l'article 7 du projet de loi, dont elle a refusé la suppression, proposée par M. Paul Souffrin.

La commission a d'abord retenu, après avoir entendu MM. Charles Descours, Jean Madelain et Franck Sérusclat, quatre amendements présentés par son rapporteur tendant à redéfinir le statut des établissements publics de santé, par la modification du texte proposé par cet article pour l'article L. 714-1 du code de la santé publique et l'insertion, après ce texte, d'un article additionnel, dans les termes proposés par son rapporteur.

Après avoir adopté, dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-2 du code de la santé publique, un amendement présenté par M. Jean Chérioux, permettant aux responsables des soins infirmiers de siéger au sein du conseil d'administration et un amendement de son rapporteur tendant à autoriser certains membres de droit à se faire représenter, elle a adopté deux amendements de son rapporteur au texte proposé par cet article pour l'article L. 714-3 du code de la santé publique ainsi qu'un amendement présenté par M. Charles Descours, visant à simplifier les règles d'incompatibilité applicables aux personnels des établissements.

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-4 du code de la santé publique, elle a retenu cinq amendements rédactionnels présentés par son rapporteur. Elle a alors modifié le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-5 du code de la santé publique, en vue de poser le principe du contrôle a posteriori des établissements publics de santé, dont elle a défini les modalités dans un article additionnel inséré après ledit texte. Sont intervenus dans la discussion, outre le Président et le rapporteur, MM. Jean Chérioux, Charles Descours, Jean Madelain et Franck Sérusclat.

Sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, au cours d'une première séance tenue dans la matinée du mercredi 22 mai, la commission a poursuivi l'examen du projet de loi. Après avoir changé, sur la proposition de son rapporteur, la date limite de transmission du rapport d'orientation budgétaire prévue par le texte proposé par l'article 7 pour l'article L. 714-6 du code de la santé publique, la commission, après avoir entendu son Président, son rapporteur, MM. Jean Chérioux, Charles Descours, et Franck Sérusclat a profondément modifié la procédure d'approbation du budget des établissements telle qu'elle résulte des dispositions du texte proposé par cet article pour l'article L. 714-7 du code de la santé publique, adoptant cinq amendements de son rapporteur, dont l'objet est d'exclure tout contrôle d'opportunité de l'autorité de tutelle sur le contenu des budgets des établissements et un amendement de M. Charles Descours, précisant les critères d'élaboration desdits budgets.

Elle a, en conséquence, supprimé, à la demande de son rapporteur, le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-8 du code de la santé publique. Elle a également supprimé, sur la même demande, le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 714-9 du code de la santé publique, sans portée juridique et injustement vexatoire pour les établissements, dès lors que le respect de la loi va sans qu'il soit nécessaire de l'écrire.

Après avoir supprimé, sur un amendement du rapporteur, le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-10 du code de la santé publique qui, reprenant une procédure applicable aux collectivités locales, ne saurait être retenu pour des établissements soumis, au plan budgétaire, au contrôle a priori. Elle a apporté deux compléments, émanant du même auteur, au texte proposé par cet article pour l'article L. 714-11 du code de la santé publique relatif à l'approbation des marchés publics passés par les établissements publics de santé, en vue d'accélérer les procédures.

Après une discussion dans laquelle sont intervenus, outre le Président et le rapporteur, MM. Charles Descours et Jean Madelain, la commission a, dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-12 du code de la santé publique relatif au projet d'établissement, prévu, par voie d'amendement, à l'instar du dispositif retenu dans le texte proposé pour l'article L. 712-4 du code de la santé publique, que toute installation, dont le principe de la réalisation est contenu dans le projet d'établissement approuvé, n'est pas soumise au régime d'autorisations institué par le projet de loi.

Après avoir entendu outre le Président et le rapporteur, MM. Louis Boyer, Charles Descours et Louis Souvet, elle a alors autorisé le directeur, dont les pouvoirs sont définis par le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-13 du code de la santé publique, à procéder à des virements de crédits dans la limite du cinquième des autorisations de dépenses des comptes concernés, sous réserve de l'accord du conseil d'administration.

Au texte proposé par cet article pour l'article L. 714-14 du code de la santé publique, elle a précisé, par un amendement présenté par le rapporteur que, dans tous les cas, les recettes dégagées par l'exploitation des brevets faisaient l'objet d'une comptabilisation "hors dotation globale".

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-16 du code de la santé publique, après avoir précisé, par un amendement présenté par M. Charles Descours, que le président de la commission médicale d'établissement est toujours un chef de service, la commission a adopté cinq amendements de forme et de précision, tous présentés par le rapporteur. Elle a enfin adopté un amendement, présenté par M. Charles Descours, visant à permettre la consultation de la commission sur le fonctionnement des services autres que médicaux. Sont intervenus, dans cette discussion, outre le Président et le rapporteur, MM. Louis Boyer, Charles Descours, Guy Penne, Franck Sérusclat et Paul Souffrin.

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-17 du code de la santé publique, la commission a décidé, à la demande de son rapporteur, de revenir au texte initial du

Gouvernement, qui confie la présidence du comité technique d'établissement au directeur et elle a supprimé, par un second amendement, toutes les dispositions visant, en contradiction avec les règles de la fonction publique et avec les intérêts des personnels paramédicaux, à poser le principe du monopole de présentation des candidatures aux organisations syndicales. Sont intervenus, dans cette discussion, outre le **Président et le rapporteur, MM. Louis Boyer, Jean Chérioux, Charles Descours, Guy Penne, Franck Sérusclat**.

Après avoir adopté deux amendements de forme ou de conséquence du **rapporteur** au texte présenté par cet article pour l'article L. 714-18 du code de la santé publique, et un amendement de forme, du même auteur, dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-19 du code de la santé publique, la commission a retenu une nouvelle rédaction présentée par son rapporteur du texte proposé par cet article pour l'article L. 714-20 du code de la santé publique faisant des services les unités de base de l'hôpital et prévoyant que ceux-ci peuvent être organisés en unités fonctionnelles ou fédérés en départements. Sont intervenus, dans la discussion de cet amendement et des neuf suivants, outre le **Président et le rapporteur, MM. Jean Chérioux, Charles Descours, Guy Penne et Franck Sérusclat**.

Après avoir uniformisé, en retenant deux amendements de son rapporteur, les conditions de nomination des responsables médicaux des établissements dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-21 du code de la santé publique, elle a adopté un amendement qui, résultant d'une rédaction commune aux textes présentés par le **rapporteur et par M. Jean Chérioux**, tend à rétablir le régime du "consultanat", qui ne serait toutefois maintenu qu'avec l'accord du conseil d'administration et dans le cadre d'un statut renouvelé.

La commission a alors retenu une nouvelle rédaction, résultant d'un amendement présenté par **M. Jean Chérioux**, du texte proposé par cet article pour l'article L. 714-22 du code de la santé publique, relatif au conseil de service ou de département en retenant des termes voisins de ceux qu'avait proposés le Sénat en 1983, écartant ainsi un amendement présenté par **M. Paul Souffrin**.

Après avoir écarté un amendement du même auteur, dans le texte proposé par cet article pour l'article 714-23 du code de la santé publique, la commission a adopté trois amendements présentés par son **rapporteur** et un amendement présenté par **M. Charles Descours** au texte proposé par cet article pour l'article L. 714-24 du code de la santé publique qui visent tous à garantir l'unité de gestion du service et l'autorité de son chef.

Elle a remplacé, sur un amendement de son **rapporteur**, les dispositions du texte proposé par cet article pour l'article L. 714-25 du code de la santé publique, relatives aux fédérations, par une disposition tendant à prévoir que les services ou les unités fonctionnelles ne peuvent être fédérés en départements qu'avec l'accord des chefs de service concernés. Elle a écarté un amendement de suppression de ce texte, présenté par **M. Paul Souffrin**.

Après avoir adopté, sans le modifier, le texte proposé par cet article pour l'article L. 714-25-2 du code de la santé publique, elle a adopté deux amendements de forme présentés par son rapporteur au texte proposé par cet article pour l'article L. 714-26 du code de la santé publique relatif aux services de soins infirmiers.

Après avoir adopté deux amendements de coordination à l'article 9, la commission a, à l'article 10, outre deux amendements formels, décidé, sur la proposition conjointe du rapporteur et de M. Charles Descours, de ne pas soumettre les établissements publics privés à but non lucratif, assurant le service public hospitalier, à l'obligation d'élaborer un projet d'établissement. Elle a adopté un amendement de coordination présenté par son rapporteur à l'article 11.

A l'article 12, après avoir écarté un amendement de suppression présenté par M. Paul Souffrin, outre trois amendements de forme de son rapporteur, la commission a prévu, par une quatrième modification, d'étendre les expérimentations que prévoit cet article à des expériences comptables, prenant en compte l'originalité des méthodes comptables retenues ou l'organisation et l'activité médicales de ces établissements.

A l'article 14, la commission a adopté trois amendements de coordination de son rapporteur et un amendement présenté par M. Paul Souffrin tendant à écarter le prélèvement d'organes du champ de l'activité libérale dans les établissements publics de santé.

Ayant adopté, aux articles 15 et 17, deux amendements de pure forme, la commission a modifié, à la demande de son rapporteur, les dispositions introduites par l'article 18 dans l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale en vue de préciser, d'une part, dans cet article, comme dans le code de la santé publique, que la dotation globale tient compte de l'activité de l'établissement, et d'autre part de ne pas subordonner la prise en compte d'événements médicaux imprévisibles à des conditions relatives à l'offre de soins, dans la détermination des droits à complément de dotation globale.

La commission a alors supprimé l'article 20 sur la proposition conjointe de M. Claude Huriot, rapporteur et de M. Henri Belcour, afin de permettre aux directeurs d'établissement de pouvoir être élus conseillers municipaux ou conseillers généraux dans la commune ou dans le canton du siège de l'établissement.

Au cours d'une seconde séance tenue dans l'après-midi, sous la présidence de M. Charles Descours, la commission a achevé l'examen du projet de loi. Elle a retenu un amendement, présenté par son rapporteur, tendant à insérer un article additionnel avant l'article 22 dont l'objet est de fixer un calendrier pour la planification sanitaire, destiné d'une part à "dynamiser" les dispositions du projet de loi et, d'autre part, à fixer des normes juridiques indispensables à l'exercice du contrôle de l'Etat et à la préservation des intérêts des établissements, publics ou privés.

Après avoir aménagé aux articles 22, 23, 23 bis et 23 ter, par l'adoption de quatre amendements dont deux communs au rapporteur et à M. Charles Descours, le régime transitoire

d'autorisations, la commission a apporté, à la demande du rapporteur, une modification purement formelle aux articles 24 et 25 bis et ainsi écarté un amendement de suppression de l'article 24 présenté par M. Paul Souffrin.

Elle a alors supprimé, à la demande du rapporteur, l'article 25 ter qui imposait aux établissements de délibérer sur l'organisation interne dans un délai de deux ans.

Elle a enfin supprimé sur la même demande, l'article 26 bis qui tend à mettre un terme au régime de "consultant" au 30 septembre 1993.

La commission a alors adopté l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.

EXAMEN DES ARTICLES

Le projet de loi comporte trois titres :

- le premier tend à insérer, dans le code de la santé publique, l'ensemble des dispositions relatives aux établissements de santé, publics ou privés ;

- le deuxième vise à modifier certaines dispositions du code de la sécurité sociale ;

- le troisième comporte un certain nombre de dispositions diverses et transitoires.

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS MODIFIANT LE TITRE PREMIER DU LIVRE VII DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

(articles premier A à 15)

Le titre premier du projet de loi procède à la codification des dispositions relatives aux établissements de santé, insérées dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique, dont l'intitulé, modifié par l'article 15 du projet de loi, devient "Établissements de santé, thermoclimatisme, laboratoires".

Le titre premier du livre VII du code de la santé publique, intitulé pour sa part "Établissements de santé", comporterait, dans le texte que vous propose votre Commission, sept chapitres :

- le chapitre premier A nouveau, introduit par votre Commission, par voie d'amendement, à l'article premier A , relatif aux "principes fondamentaux" qui s'appliquent aux établissements de santé, qu'il s'agisse des droits des malades ou de l'évaluation hospitalière ;

- le chapitre premier, relatif aux "missions et obligations des établissements de soins" dont les dispositions sont soit introduites par l'article premier du projet de loi, soit reprises de la loi de 1970 (article 2 du projet de loi) sous réserve des modifications prévues par l'article 14 du projet de loi ;

- le chapitre II, concernant "l'organisation et l'équipement sanitaires" dont les nouveaux principes sont définis par l'article 3 du projet de loi et dont certains éléments sont directement issus de la loi de 1970, comme le précise l'article 4 du projet de loi ;

- le chapitre III, relatif aux "actions de coopération" telles que définies par les articles 5 et 6 du projet de loi ou résultant des dispositions actuelles de la loi de 1970, codifiées par l'article 6 du projet de loi ;

- le chapitre IV afférent aux "établissements publics de santé" dont le nouveau régime est défini par l'article 7 du projet de loi, l'article 8 reprenant, en les codifiant, certaines dispositions de la loi de 1970 ou du code de la santé publique, sous réserve des modifications formelles prévues aux articles 14 et 15 du projet de loi ;

- le chapitre V relatif aux "établissements de santé privés", lequel regroupe des dispositions nouvelles introduites par les articles 9 à 11 du projet de loi et des dispositions figurant dans la loi de 1970 ;

- le chapitre VI, intitulé "Expérimentations et dispositions diverses", qui comporte de nouvelles mesures introduites par l'article 12 du projet de loi et des dispositions issues de la loi de 1970 (article 13 du projet de loi).

Article premier A

Principes fondamentaux : Droits du malade, évaluation et analyse de l'activité hospitalière

(Chapitre premier A (nouveau) du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

L'Assemblée nationale, par l'introduction, avant l'article premier, d'un article additionnel, a voulu modifier l'article premier de la loi du 31 décembre 1970, pour préciser que le principe du libre choix du malade ne peut être limité, par les régimes d'assurance-maladie, qu'en considération des capacités techniques et des modes de tarification des établissements. Si la précision apportée par cet article est, sur le fond, parfaitement opportune, la rédaction actuelle de l'article premier A nouveau ne tient pas compte de la codification, par l'article 14 (I, 1°) et II, 1°, de l'article premier de la loi du 31 décembre 1970, intégré, sous la référence "L. 710", avant son chapitre premier, dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique, désormais consacré aux "Établissements de santé".

Votre commission vous propose, pour sa part, par voie d'amendement, de rédiger autrement l'article premier A, en vue d'y introduire des dispositions essentielles, relatives aux droits du malade et à l'évaluation hospitalière.

Il convient, en effet, selon elle, dès l'abord, de rappeler solennellement que l'objectif du système de santé et, dans le cadre du présent projet de loi, celui de l'appareil hospitalier, est d'améliorer la qualité des soins et les conditions de prise en charge des malades, dans le respect de leurs droits fondamentaux.

Le respect de ces droits et, tout particulièrement, celui du libre choix du malade ne saurait apparaître comme la contrepartie d'une absence de transparence des prestations offertes par les établissements. L'évaluation des activités hospitalières constitue donc la condition déterminante d'un exercice éclairé du libre choix et de l'exigence, posée par le juge, de qualité des soins. Cette évaluation doit s'accompagner d'une analyse des activités, dont la vocation, plus économique et financière, est d'améliorer la gestion des

établissements en vue d'assurer, au meilleur coût, une médecine de qualité.

L'objet de l'amendement n'est de définir ni les droits généraux du malade, sur lesquels un projet de loi est actuellement en préparation, ni des règles d'évaluation s'appliquant à l'ensemble des activités de soins, mais d'établir ces droits et ces règles dans ce qu'ils trouvent à s'appliquer spécifiquement aux établissements de santé.

Au plan formel, l'amendement de votre Commission tend, dans son premier paragraphe, à modifier l'intitulé du titre premier du livre VII du code de la santé publique, qui devient "Etablissements de santé" et non pas "Etablissements de soins" ainsi que le prévoyait le texte initial du Gouvernement, cette dernière définition apparaissant trop restrictive au regard de certains aspects de la mission desdits établissements, qu'il s'agisse, notamment, de la prévention ou de l'éducation pour la santé.

L'Assemblée nationale a, dans son article 27, retenu à l'unanimité les mêmes termes, en omettant toutefois, par coordination, de les reprendre dans l'ensemble du dispositif qu'elle a adopté. Telle est la raison pour laquelle votre Commission vous proposera, tout au long de l'examen des articles, d'assurer cette coordination.

Le paragraphe II de l'amendement de votre Commission tend à introduire, avant le chapitre premier du titre premier du livre VII du code de la santé publique, un chapitre premier A (nouveau), intitulé "Principes fondamentaux", comportant trois sections, relatives aux droits des malades, à l'évaluation et à l'analyse de l'activité hospitalière et à l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

Section 1

Des droits du malade

La section 1 comporte trois articles. Le premier (L. 710-1) pose le principe du libre choix, dans des termes proches de ceux retenus pour l'article premier de la loi du 31 décembre 1970, tel que modifié par l'Assemblée nationale. Le deuxième (L. 710-2) définit les droits du malade à l'information, en reprenant le texte proposé par l'article premier du projet de loi, pour l'article L. 711-3, non, toutefois, sans le compléter. Le troisième (L. 710-3, nouveau) fait obligation aux établissements de dispenser des soins de qualité et, à cet effet, d'évaluer leur activité.

Art. L. 710-1 du code de la santé publique

Libre-choix du malade

Ce premier article rappelle que le malade peut choisir librement son praticien ou son établissement et que cette liberté ne peut être limitée, par les différents régimes de protection sociale, qu'en considération des capacités techniques de l'établissement et de son mode de tarification.

Ce principe fondamental était déjà posé dans l'article premier de la loi de 1970 et constitue l'un des piliers de notre système de soins et de protection sociale.

Le Gouvernement avait demandé à l'Assemblée nationale de compléter ces dispositions par une référence aux "critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux", présentée comme un ajout de pure forme.

Votre Commission acceptera volontiers, sous la réserve d'une explication plus complète et plus convaincante du Gouvernement, un tel ajout. Dans l'instant, elle vous propose de retenir l'article L. 710-1 dans une rédaction proche de celle retenue,

pour l'article premier A, par la commission des Affaires familiales, culturelles et sociales de l'Assemblée nationale.

Art. L. 710-2 du code de la santé publique

Droit du malade à l'information

Cet article, repris du texte proposé pour l'article L. 711-3 par l'article premier du projet de loi, qu'il conviendra, en conséquence, de supprimer, n'innove pas complètement. L'obligation d'information du malade était posée, par la loi du 31 décembre 1970, en ne s'appliquant toutefois qu'aux seuls établissements assurant le service public. Le texte qui vous est soumis procède donc à une extension de cette obligation d'information à l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés.

Il est, surtout, d'une plus grande portée que le texte actuel, qui réduit le droit à l'information aux seules nécessités tenant au suivi des soins. Le malade détient désormais un droit propre à l'information, limité seulement par les conditions de forme qui l'entourent.

Cette information est assurée à la demande du malade -et non plus sous réserve de son accord, ainsi que le prévoient les textes réglementaires en vigueur- par l'intermédiaire du praticien qu'il a choisi. Le texte précise que seules les informations médicales contenues dans le dossier médical sont communiquées, à l'exclusion des autres éléments constitutifs du dossier.

Votre commission vous propose de garantir au praticien qui a prescrit l'hospitalisation le droit d'accéder au dossier médical de son patient dans des termes plus précis encore que ceux retenus par l'Assemblée nationale.

Enfin, l'Assemblée nationale a précisé, sous une forme que votre Commission vous propose d'améliorer, que ce droit à l'information s'exerce pendant et après l'administration des soins.

Le second alinéa rappelle que les praticiens hospitaliers assurent l'information des personnes soignées, dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent à eux. Votre commission vous propose, afin de consacrer dans la loi un droit reconnu par la jurisprudence, de préciser que cette information, qu'elle soit relative aux éléments de diagnostic ou aux choix thérapeutiques, doit permettre au patient d'apprécier les risques qu'il encourt du fait des soins qui doivent lui être prodigués. La seconde phrase de cet alinéa appelle les personnels paramédicaux à participer à cette information dans leur domaine de compétence et le respect de leurs propres règles professionnelles.

Votre Commission vous suggère enfin de compléter l'article par un troisième alinéa, imposant aux établissements de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent. Plus large que les obligations résultant du seul respect du secret médical, cette règle s'impose aux services et à l'ensemble des personnels des établissements appelés à traiter les informations intéressant les patients.

Un ultime alinéa renvoie au règlement les dispositions d'application de l'article, non sans que l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins ne soit recueilli. L'Assemblée nationale avait supprimé cet avis, pour des raisons qui surprennent d'autant plus qu'un projet de loi est en préparation, visant à réformer et non à faire disparaître l'ordre des médecins.

Art. L. 710-3 du code de la santé publique

Droit du malade à des soins de qualité et évaluation de l'activité hospitalière

L'article L. 710-3, introduit par votre commission, constitue une novation. Il impose aux établissements de santé, publics ou privés, d'offrir des soins de qualité. Cette obligation, reconnue par la jurisprudence, a donc une réelle portée juridique. Elle vise aussi, et peut-être surtout, à rappeler l'objectif essentiel des établissements : améliorer sans cesse la qualité des soins prodigués aux malades. L'article pose, en outre, l'évaluation de l'activité hospitalière comme

le corollaire de cette obligation nouvelle, introduisant ainsi, en la liant à la première, la section 2 relative à ladite évaluation. Il exige enfin que les établissements disposent des moyens propres à offrir des soins de qualité.

Section 2

De l'évaluation et de l'analyse de l'activité hospitalière

La section 2 comporte deux articles, le premier relatif à l'évaluation (L. 710-4) et le second consacré à l'analyse de l'activité hospitalière (L. 710-5).

Votre Commission a voulu en effet distinguer le concept d'évaluation, entendu comme une meilleure appréciation des pratiques professionnelles, des fonctions exercées et des services rendus par l'hôpital, de l'analyse de l'activité, dont l'objet, plus économique, est de mieux appréhender l'organisation des soins et le fonctionnement médical ou non médical, de l'établissement, en vue de renforcer leur efficacité et/ou de réduire les coûts.

Art. L. 710-4 du code de la santé publique

Evaluation de l'activité hospitalière

L'article L. 710-5 recouvre, dans le cadre ainsi fixé, l'évaluation des pratiques professionnelles (médicales, infirmières, médico-techniques, logistiques,...), des fonctions ou services (urgence, accueil, restauration, plateaux techniques, services cliniques,...). Cette évaluation est effectuée en vue de favoriser la prise en charge globale du malade par l'hôpital, par l'élaboration d'un véritable "programme de sécurité et de qualité des soins". L'évaluation des pratiques médicales doit tenir compte, quant à elle, des règles déontologiques et, notamment, du secret médical, comme de l'indépendance professionnelle des praticiens.

Art. L. 710-5 du code de la santé publique

Analyse de l'activité hospitalière

L'article L. 714-6 définit la finalité des analyses d'activité. Ces analyses doivent s'appuyer sur des systèmes d'informations de qualité. Ces derniers supposent donc le développement de formules d'intéressement du personnel et des services, sans lesquelles le recueil des informations risque de s'avérer médiocre. Le projet de loi tient compte de cette exigence, dans les dispositions introduites par l'article 7.

Les systèmes d'information, devant s'appuyer sur une analyse des pathologies, favoriseront, par une approche organisationnelle, l'amélioration du fonctionnement médical et la recherche du meilleur rapport coût/qualité. Ils devront évidemment être élaborés dans le respect du secret médical et des droits du malade.

D'autres dispositions du projet de loi précisent et affinent la portée du présent article.

Section 3

Art.L. 710-6 du code de la santé publique

De l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

La section 3 comporte un article unique, L. 710-6, dont l'objet est de consacrer, dans la loi, l'existence de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Cette Agence, créée le 7 février 1990, sous la forme d'une association de la loi de 1901, et placée auprès du Directeur général de la Santé, a, précisément, pour mission de définir les procédures et les méthodes, scientifiques, médicales, administratives et statistiques nécessaires à la réalisation des objectifs définis par la section 2. Il convient que son rôle et ses moyens soient renforcés, ainsi que l'a fermement rappelé le professeur Steg, dans le rapport qu'il a présenté au Conseil économique et social.

Votre Commission, par le second alinéa de cet article, propose de doter l'Agence d'instances régionales, chargées de favoriser l'application de ces méthodes et de ces procédures aux initiatives d'évaluation et d'analyse d'activités développées par les établissements de santé, publics ou privés, ou par leurs autorités de contrôle.

Ainsi, les outils d'évaluation ou d'analyse d'activités, se trouveraient-ils légitimés, aux yeux d'une communauté hospitalière à juste titre réticente, par l'intervention d'un organe indépendant. Les instances régionales de l'Agence se substitueraient aux commissions régionales d'évaluation, instaurées par l'article L. 712-6-1, introduit par l'Assemblée nationale à l'article 3.

Article Premier

Missions et obligations des établissements de santé

(Chapitre premier du titre premier

du livre VII du code de la santé publique)

Sections 1 et 2

Participant à l'entreprise de codification des dispositions relatives aux établissements de soins, l'article premier modifie, dans son premier paragraphe, l'intitulé du titre premier du livre VII du code de la santé publique. Les termes "Etablissements de soins" se substituent ainsi aux termes "Hôpitaux et hospices publics".

Le paragraphe II de cet article substitue, par voie de conséquence, à l'intitulé actuel du chapitre premier de ce titre, "Nature et rôle des hôpitaux et hospices publics", les termes "Missions et obligations des établissements de soins".

Ces modifications marquent la volonté, rappelée à l'article premier A, dans le corps du texte proposé pour l'article L. 710, que votre commission vous a suggéré d'intégrer dans un nouveau chapitre sous le numéro L. 710-1, de décrire la place et le rôle de chacun des acteurs du système de soins, qu'il s'agisse des professionnels ou des établissements de santé, que ces derniers soient publics ou privés.

Elles tendent également à supprimer toute référence aux hospices publics, dont le principe de la disparition, posé par l'article 51 de la loi du 31 décembre 1970 devait être mis en oeuvre en 1972. Cette mise en oeuvre, après avoir été repoussée jusqu'en 1973, puis jusqu'en 1975, fut prorogée pour dix ans par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et pour cinq ans encore, en 1986. L'article 25 du présent projet de loi prolonge, pour dix années, une telle situation. Il faut voir là comme dans bien d'autres dispositions du projet de loi l'une des manifestations des difficultés que soulève la définition des frontières et des rapports entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Votre commission vous propose, par l'adoption de deux amendements de coordination, de supprimer d'une part le paragraphe I et de remplacer, d'autre part, dans le paragraphe II, comme dans l'ensemble du projet de loi, les termes "établissements de soins", par les termes "établissements de santé".

Le paragraphe III introduit, quant à lui, les deux premières sections du chapitre premier du titre premier du Livre VII du code de la santé publique, l'une relative aux dispositions générales, l'autre s'appliquant à définir les règles propres au service public hospitalier. Une section 3, créée par l'article 2 du projet de loi regroupera les articles consacrés à la participation du service public hospitalier à l'enseignement médical, odontologique et pharmaceutique.

Section I

Dispositions générales

Art. L. 711-1 du code de la santé publique

Missions des établissements de santé

Le texte proposé pour l'article L. 711-1 du code de la santé publique marque dès l'abord, l'originalité, positive, du projet de loi par rapport au texte de la loi du 31 décembre 1970, dans ce qu'il définit désormais les missions confiées à tous les établissements de santé, publics ou privés, participant ou non au service public hospitalier.

Cette rédaction, approuvée par tous les représentants du secteur privé hospitalier, établit clairement que les établissements privés ne font pas commerce de soins, mais encore participent pleinement à l'accomplissement d'une mission d'intérêt général.

Les missions des établissements de santé, publics ou privés sont définies, par l'article L. 711-1, sur trois plans : prestations de soins, actions de santé publique, analyse de l'activité et évaluation des soins.

Au sens du premier alinéa de l'article, les établissements doivent assurer les examens de diagnostic et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, selon les termes mêmes de l'article 2 de la loi du 31 décembre 1970. Ils doivent, en outre, assurer la surveillance des patients. Cette novation, introduite par le projet de loi, exprime la volonté d'un renforcement des garanties accordées aux patients qu'il convenait particulièrement de souligner. Un amendement, introduit à l'Assemblée nationale, exige enfin que soit pris en compte l'état psychologique des patients. Cet ajout, semble-t-il, vise tout autant à imposer cette exigence à l'ensemble des personnels des établissements qu'à reconnaître la place et le rôle spécifiques qu'y tiennent les psychologues. L'alinéa premier ne constitue donc pas une simple pétition de principe et les missions qu'il définit sont autant d'obligations faites aux établissements de se doter des moyens de les accomplir dans des conditions techniques qui garantissent la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients.

Au sens de la première phrase du second alinéa de cet article, les établissements de santé participent à des actions de santé publique et, notamment, de prévention et d'éducation pour la santé. L'association du secteur privé au développement de telles actions marque bien le rôle qui leur revient dans la gestion des missions d'intérêt général de l'appareil de soins. Un amendement, adopté par l'Assemblée nationale, précise que les établissements peuvent être associés à des actions de coordination médico-sociales. Cette timide allusion à la nécessaire complémentarité des secteurs sanitaire et social est utile et trouvera plus complètement encore à s'exprimer lorsque les frontières entre les deux secteurs auront été mieux définies.

Au sens de la deuxième phrase du second alinéa de cet article, les établissements de santé doivent enfin évaluer les soins en vue d'analyser leur activité. Un amendement, adopté par l'Assemblée nationale, précise que l'évaluation doit permettre d'apprécier "notamment" la qualité des soins. Si votre commission approuve les principes contenus dans cette phrase, elle a déjà eu l'occasion de rappeler, à l'article premier, que si l'évaluation et l'analyse de l'activité étaient issues d'une source commune, l'une ne pouvait ni se confondre ni permettre la réalisation de l'autre.

A cet article, votre **commission** a adopté, **quatre amendements**.

Le premier est de pure coordination.

Le second, adopté par votre **Commission sur la proposition de M.Charles Descours**, tend, pour des raisons qui tiennent à la fois aux faiblesses rédactionnelles et à la portée incertaine et peu normative d'une telle formule, à supprimer l'obligation de "tenir compte de l'aspect psychologique du patient".

Le troisième vise, dans la première phrase du second alinéa, à substituer à la notion d'"actions de coordination médico-sociale" celle d'"actions médico-sociales coordonnées", en vue d'estomper le caractère spontanément hospitalo-centriste de la rédaction initiale.

Le quatrième tire les conséquences des dispositions introduites par votre commission dans l'article premier, tendant à clarifier les concepts d'évaluation des soins et d'analyse d'activité, par la suppression de la seconde phrase du second alinéa de cet article.

Art. L. 711-2 du code de la santé publique

Définition des fonctions des établissements de santé

Le texte proposé, par l'article premier, pour l'article L. 711-2 du code de la santé publique définit les fonctions des établissements de santé sans perpétuer pour autant les classifications complexes retenues par la loi du 31 décembre 1970 pour les établissements publics (art. 4 - 8°) ni davantage maintenir les disparités observées jusqu'alors entre ces classifications et celles qui s'appliquent au secteur privé.

Au sens des trois premiers alinéas de cet article, les établissements de santé ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, en médecine, chirurgie, odontologie ou psychiatrie ;

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale requérant des soins continus, dans un but de réinsertion.

Cette nouvelle rédaction donne, d'une part, une définition très claire du court séjour et réunit d'autre part celle du moyen séjour, dont la vocation sanitaire est, dans l'état actuel de la législation, plus clairement affirmée dans le secteur public. Le moyen séjour vise essentiellement, par des soins qui prolongent la phase aiguë de la maladie ou sont destinés à la réadaptation, à favoriser, par des traitements et une surveillance appropriés, la réinsertion sociale des patients.

Cette rédaction permet, d'autre part, de souligner que les soins de courte durée, de suite ou de réadaptation peuvent être assurés sans hébergement. Elle intègre donc les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, qui reçoivent ainsi une consécration législative. Elle a également pour effet d'intégrer ces structures dans le champ de la planification sanitaire selon des modalités qu'il vous sera toutefois proposé d'aménager. Une telle définition embrasse, dans le concept d'établissement de santé, toutes les structures, qu'elles comportent ou non des moyens d'accueil. Toute référence faite désormais dans le projet aux établissements de santé vaut, ainsi, pour les structures alternatives comme pour les unités d'hospitalisation. Il conviendra, tout au long dudit projet, d'en tirer les conséquences.

Au sens du dernier alinéa de cet article, les établissements de santé, publics ou privés, dispensent également des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Le projet de loi avalise ainsi l'absence d'une délimitation claire entre les secteurs sanitaire et médico-social que le Gouvernement prétend pourtant vouloir établir. Il convient de rappeler, à cet égard qu'un groupe de travail, constitué, à l'initiative du Gouvernement, dans le cadre du commissariat général au Plan, autour de M. Pierre Schopflin, a engagé une réflexion sur ce sujet difficile, au traitement duquel s'attache, par ailleurs, une mission d'information présidée, à l'Assemblée nationale, par M. Claude Boulard. Votre commission vous renvoie volontiers, sur ces questions, aux développements contenus dans le rapport présenté par M. Alain Calmat, sûrement inspirés par les travaux de la mission en cours et dont elle partage, pour l'essentiel, les conclusions.

Elle ne manquera pas d'interroger le Gouvernement sur ses intentions dans ce domaine et surtout sur le calendrier qu'il entend retenir en vue de permettre enfin l'examen d'une réforme par le parlement.

Dans cette attente, elle note toutefois que, dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-2, la vocation sanitaire des structures de long séjour des établissements sanitaires est plus fortement soulignée que dans le texte actuel de la loi de 1970.

En conséquence, à cet article, votre commission vous propose **seulement d'adopter un amendement de coordination.**

Art. L. 711-3 du code de la santé publique

Suppression

Votre commission vous propose, par voie d'amendement, de supprimer cet article dont le contenu, relatif à la communication du dossier médical et à l'information des personnes soignées, a été intégré dans l'article premier A, tel qu'il ressort de la rédaction qu'elle vous a suggéré de retenir.

Il sera seulement rappelé ici que l'architecture nouvelle du texte que vous propose votre commission n'a nullement pour effet, au contraire, de remettre en cause l'extension, à l'ensemble des établissements, publics ou privés, de l'obligation d'informer leurs patients.

Section 2

Dispositions propres au service public hospitalier

Art. L. 711-4 du code de la santé publique

Missions du service public hospitalier

La loi du 31 décembre 1970 définit, non sans ambiguïté, le service public hospitalier par ses trois acceptions : ses missions, les établissements qui le constituent et les obligations auxquelles ces établissements sont tenus de se soumettre. Elle précise en outre les conditions dans lesquelles d'autres établissements peuvent participer à son exécution sans pour autant être soumis à ces obligations.

Si cette triple acception du service public hospitalier peut paraître une source de complexité et de confusion -tout comme l'est d'ailleurs, parmi d'autres exemples, la définition du service public de l'éducation- les conséquences qu'elle comporte et l'impossibilité de parvenir à une définition unique exigent de la maintenir.

Il paraît toutefois opportun de distinguer plus nettement les trois éléments constitutifs du service public hospitalier que ne le faisaient le texte initial du Gouvernement et, ainsi qu'on le verra, a fortiori, le dispositif retenu par l'Assemblée nationale, malgré les intentions pourtant affichées par son rapporteur.

Le texte proposé pour l'article L. 711-4 définit les missions spécifiques du service public hospitalier en faisant référence aux établissements qui l'assurent et aux obligations auxquelles ces établissements sont soumis, telles qu'elles sont définies à l'article L. 711-6, alors que d'autres structures peuvent, aux termes mêmes de l'article L. 711-5, être associées à l'accomplissement de ces missions

ou coopérer avec ces établissements sans être soumis auxdites obligations.

Aussi vous est-il proposé :

- de définir à l'article 711-4 les missions spécifiques du service public hospitalier, à l'exclusion de toute autre référence ;

- de déterminer, à l'article L. 711-6, les établissements qui sont tenus d'assurer le service public hospitalier et qui sont soumis, à ce titre, aux obligations d'égalité d'accès et de continuité qu'il impose ;

- de supprimer l'article L. 711-5 et de définir ainsi, dans un article additionnel après l'article L. 711-6, les formes d'association des autres acteurs du système de santé au fonctionnement du service public et, réciproquement, les modalités de la coopération des établissements assurant ce service avec les mêmes acteurs.

Cette nouvelle architecture ne bouleverse pas, loin s'en faut, les objectifs contenus dans la rédaction du texte qui vous est soumis. Elle permet seulement, selon votre commission, d'en clarifier la lecture.

Il vous est donc proposé, par voie d'amendement, une nouvelle rédaction du premier alinéa de l'article L. 711-4, tendant à définir les missions du service public hospitalier comme, d'une part, celles qui sont définies à l'article L. 711-1, non seulement pour les dispositions contenues dans le premier alinéa de ce dernier, mais encore pour celles qui, dans le second alinéa, intéressent les actions de santé publique et, d'autre part celles qu'il énumère, sans y ajouter aucune autre indication.

Telle est notamment la seule raison pour laquelle notre commission vous propose de supprimer la référence aux centres hospitaliers et universitaires, destinée à faire ressortir le rôle prédominant que ces derniers jouent dans l'accomplissement de ces missions. Une telle mention sera réintroduite à l'article L. 711-7.

Il vous est, par ailleurs, suggéré de supprimer, par voie d'amendement, le sixième alinéa (5°) de l'article L. 711-4, qui définit

comme une mission spécifique du service public hospitalier la coordination des actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé, qui sont pourtant, d'une manière plus complète encore, par une allusion à la coopération avec le secteur médico-social, rangées au nombre des missions confiées à tous les établissements, publics ou privés, par l'article L. 711-1.

Cette suppression a l'avantage de réduire la définition du service public hospitalier aux trois missions qui lui sont réellement spécifiques, qu'il s'agisse de la formation, de la recherche et de l'urgence, sans pour autant exclure quiconque, par des références inutiles, de l'accomplissement de tout ou partie de ces missions, dans des formes et selon des modalités variables, définies par les deux articles suivants.

S'agissant du contenu de ces missions spécifiques, il est permis de s'étonner de la distinction établie entre, d'une part, les fonctions de formation universitaire et post-universitaire et de recherche, accomplies dans le cadre des dispositions de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, et d'autre part, les fonctions de formation continue et de recherche visées au 2°) et au 3°) de cet article. Cette rédaction, quelque peu surprenante et maladroite, présente toutefois l'avantage de marquer que d'autres établissements que les centres hospitaliers régionaux et universitaires participent également à la formation et à la recherche. Votre commission a déjà indiqué qu'elle proposera de rappeler, à l'article L. 711-7, le rôle prédominant que jouent toutefois, dans ces domaines, les centres hospitaliers régionaux et universitaires. Elle vous suggère, dans cet article, pour les mêmes raisons, de supprimer, **par voie d'amendement**, au 1°), la référence à la recherche et, aux 2°) et 3°), de prévoir que la formation continue et la recherche médicales, par quelque établissement qu'elles soient développées, le sont dans le cadre d'une coordination assurée selon les conditions posées par l'ordonnance n° 58-1371 précitée.

Enfin, votre commission vous propose d'apporter, **par voie d'amendement**, sa contribution formelle à la rédaction du dernier alinéa (6°) de cet article, qui a donné lieu à un long débat, d'ordre purement syntaxique, à l'Assemblée Nationale.

Tels sont donc les divers objets des **cinq amendements** de votre commission à cet article.

Art. L.711-5 du code de la santé publique

Suppression

Votre commission, pour les motifs exposés précédemment, vous propose, par voie d'amendement, de supprimer cet article, dont le contenu serait renvoyé, sous une forme sensiblement différente, après l'article L. 711-6.

Art. L. 711-6 du code de la santé publique

Obligations du service public hospitalier et définition des établissements qui y sont soumis

Au sens des trois premiers alinéas du texte proposé pour l'article L. 711-6 du code de la santé publique, les établissements chargés d'assurer le service public hospitalier sont :

- les établissements publics de santé, dont la définition est précisée à l'article L. 711-7 et l'organisation déterminée par l'article 7 du projet de loi,

- les établissements de santé privés répondant, soit aux conditions prévues par l'article L. 715-6 -établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier- soit à celles qui résultent de l'article L. 715-10-établissements privés ayant conclu un contrat de concession avec le service public-, cette seconde catégorie ayant connu peu de développement depuis 1970.

Il est important de souligner, une fois encore, que ces établissements ne se définissent pas par la spécificité de leurs missions, puisque nombre d'entre eux ne disposent pas des moyens d'accomplir ou de participer, non seulement aux missions spécifiques

du service public, mais encore à celles qui sont définies, pour tous les établissements de santé, à l'article L. 711-1.

La catégorie des établissements assurant le service public hospitalier ne trouve donc son unité que dans les seules obligations qu'impose ce dernier.

Ces obligations ne sont autres que celles qui sont généralement associées au concept général de service public, qu'il s'agisse de l'égalité d'accès ou de la continuité du service.

Le principe d'égalité trouve, dans son application au système de soins, à s'exprimer sous trois formes.

Il est d'abord rappelé, comme dans la loi du 31 décembre 1970, que les établissements assurant le service public doivent être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leur service (deuxième phrase du quatrième alinéa).

Le projet de loi précise ensuite que lesdits établissements garantissent l'accès de tous aux soins. Cet alinéa interdit donc l'exclusion des personnes en état de précarité, privées de toute protection sociale. Il conviendra toutefois que des dispositifs permettent de déterminer, partout, notamment en application de la loi du 23 janvier 1990, par convention entre les départements et les organismes d'assurance maladie, les conditions de prise en charge de ces personnes dont le coût ne saurait être supporté durablement par les établissements, à qui il n'appartient pas de subir les conséquences financières d'une protection sociale incomplète (première phrase du quatrième alinéa).

Il est enfin rappelé, par référence à la loi du 31 décembre 1970, que l'établissement ne peut établir une discrimination entre les malades dans l'administration des soins et doit répondre aux demandes particulières relatives au régime d'hébergement dans des limites et des conditions prévues par voie réglementaire (sixième alinéa).

Le principe de continuité reçoit, lui aussi, dans son application au système de soins, trois traductions différentes.

Les établissements doivent d'abord être en mesure d'admettre les personnes, de jour et de nuit, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier ; cette prescription juridique devra s'accompagner, dans la pratique, d'une amélioration des conditions d'accueil des patients, trop souvent décriées (dernière phase du quatrième alinéa).

Cette admission peut, ensuite, être éventuellement assurée en urgence. Eventuellement, car ainsi qu'il a été dit, seuls les établissements définis à l'article L. 711-8 peuvent disposer d'unités de soins d'urgence (dernière phrase du quatrième alinéa).

Une novation est enfin introduite par l'article L. 711-6, qui prévoit que les établissements doivent veiller à la continuité des soins à la sortie du patient. Cette continuité s'organise autour des soins coordonnés à domicile, tels qu'ils sont définis à l'article L. 711-5 (article additionnel après l'article L. 711-6, dans le texte de votre commission). Il convient de noter qu'au détour de la rédaction de ce cinquième alinéa dudit article L. 711-6, est introduite la notion de soins palliatifs, dont on sait la dimension fonctionnelle qu'elle doit prendre désormais, dans l'intérêt du malade, au sein des établissements de santé.

A cet article, votre commission vous propose d'adopter, outre un amendement de coordination, deux autres amendements.

L'un tend, par une modification rédactionnelle apportée au cinquième alinéa, à souligner que les soins ne s'accompagnent pas nécessairement d'un hébergement.

L'autre, pour des raisons de cohérence, renvoie à l'article additionnel après l'article L. 711-6, l'avant dernier alinéa de cet article, qui définit les formes d'association d'autres établissements que ceux qui l'assurent, au fonctionnement du service public hospitalier, telles qu'elles résultent des dispositions de la loi de 1970, reprises à l'article L. 715-11.

Ainsi l'article L. 711-6 ne traiterai-t-il que des seuls établissements publics assurant le service public hospitalier dans le cadre strict des obligations qu'il impose, à l'exclusion de toute autre forme de participation audit service

Article additionnel après l'article L. 711-6

Coopération des établissements assurant le service public hospitalier avec les autres acteurs du système de santé

Sans modifier très sensiblement, sur le fond, les dispositions contenues dans l'article L. 711-5 qu'elle vous a demandé de supprimer, votre commission vous propose de les insérer, par cet article additionnel, après les articles définissant les missions spécifiques et les obligations des établissements assurant le service public hospitalier.

Cet article additionnel vise à la fois à définir, dans ses deux premiers alinéas, les formes d'association des autres établissements et des professionnels de santé au service public, et à préciser, réciproquement, dans ses deux autres alinéas, les modalités de coopération des établissements assurant le service public avec les autres acteurs du système de soins.

Le premier alinéa, reprenant l'avant dernier alinéa de l'article L. 711-6, tel qu'il résultait du texte soumis à votre examen, permet aux autres établissements de santé privés que ceux visés audit article L. 711-6, d'être associés au fonctionnement du service public hospitalier, par accord conclu en application de l'article L. 715-11.

Le deuxième alinéa ouvre la même faculté d'association aux médecins et aux autres professionnels de santé non hospitaliers. Cette rédaction est de plus grande portée que celle de la loi de 1970, qui permettait seulement aux intéressés de recourir à l'aide technique des établissements assurant le service public hospitalier ; cette formulation est reprise par l'alinéa, qui précise même qu'ils peuvent recourir à leur plateau technique en vue d'en optimiser l'utilisation. Il est à noter que ce texte ne fait qu'entériner une jurisprudence établie du Conseil d'Etat.

Le troisième alinéa -comme le quatrième- incitent, quant à eux, les établissements assurant le service public hospitalier à coopérer avec les autres acteurs du système de santé. De portée très générale, cet alinéa permettra sûrement aux acteurs du système de soins, au sein des conférences interhospitalières -qu'il vous sera proposé de rebaptiser conférences sanitaires- de définir des formes nouvelles de collaboration.

Le quatrième alinéa est plus précis et vise à associer les établissements assurant le service public hospitalier, en collaboration avec le médecin, mais aussi, par un amendement adopté au Palais Bourbon, avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade.

Cet alinéa tire ainsi les conséquences des dispositions de l'article L. 711-6 qui invitent les établissements assurant le service public à veiller à la continuité des soins apportés aux patients qu'ils ont reçus ou hébergés.

L'article qu'il vous est demandé d'insérer, par voie d'amendement, dans le projet de loi, sera ce que les acteurs du système de soins, mais aussi les pouvoirs publics, voudront qu'il soit. Votre Commission veut croire que l'actuel gouvernement entend vraiment, au-delà de la pétition de principe, renforcer la coopération entre secteur public et secteur privé, établissements et professionnels de santé.

Art. L. 711-7 du code de la santé publique

Catégories d'établissements publics de santé

Le texte proposé pour l'article L. 711-7 répartit les établissements publics de santé en deux catégories : centres hospitaliers et hôpitaux locaux.

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 établissait une classification plus complexe, distinguant quatre catégories : les centres hospitaliers, les centres de moyen séjour, les centres de long séjour et les hôpitaux locaux. Il définissait en outre les centres hospitaliers généraux et l'hospitalisation à domicile. Le décret n° 80-284 du 17 avril 1980, pris pour son application, distingue, parmi les centres hospitaliers, les centres hospitaliers de secteurs, généraux, spécialisés et régionaux.

Le classement actuel des établissements est établi en tenant compte des moyens physiques dont ils disposent. Il induit donc des comportements regrettables de suréquipement et, par sa rigidité, rend plus difficile la mise en oeuvre d'une répartition plus harmonieuse des équipements et des moyens, plus conforme aux besoins de la population. Il repose, en outre, sur une distinction entre court, moyen et long séjour, aménagée à l'article L. 711-2.

Il est donc proposé de renoncer à ces classifications, en préservant seulement la spécificité des hôpitaux locaux. Votre commission ne peut pas désapprouver une telle proposition, qui est en parfaite cohérence avec une volonté de planification souple et évolutive du système de soins. Elle rappelle toutefois que la réalisation d'un tel projet repose sur une réelle concertation avec les acteurs du système hospitalier et souhaite que ces nouvelles règles et procédures ne soient pas utilisées aux seules fins de remettre en cause le tissu sanitaire, et à concentrer les moyens, aux dépens d'un service indispensable de proximité.

Ces réserves étant faites, le texte distingue, parmi les centres hospitaliers, ceux qui, par leur vocation régionale, sont

dénommés centres hospitaliers généraux, dès lors qu'ils figurent sur une liste établie par décret.

Par voie d'amendement, l'Assemblée nationale a choisi, d'autre part, de distinguer ceux des centres hospitaliers qui, ayant passé convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales pharmaceutiques ou odontologiques, sont dénommés centres hospitaliers régionaux et universitaires. Ces dénominations n'ont, cependant, aucune valeur normative au regard de l'allocation des moyens.

Seuls les hôpitaux locaux constituent donc une catégorie spécifique d'établissements, dont le fonctionnement médical particulier devrait rester proche du modèle actuel. Ces hôpitaux, au nombre de 350, ne peuvent, au sens du dernier alinéa de l'article L. 711-7, assurer les soins de courte durée ou concernant des affections graves qu'en médecine et à condition d'avoir passé convention avec un centre hospitalier -selon le texte initial- ou des établissements de santé privés assurant ou participant au service public hospitalier en application des articles L. 715-6, L. 715-10 ou L. 715-11. Ces établissements doivent dispenser les mêmes soins.

Votre commission accepte cette extension du champ conventionnel offert au dernier alinéa de l'article L. 711-7 en l'assortissant, par voie d'amendement, d'une modification visant à faire ressortir plus clairement que des accords d'association au service public peuvent être conclus en application de l'article L. 711-15 -peu appliqué jusqu'à présent- dans le but exclusif de permettre d'unir les moyens d'un hôpital local et d'un établissement de santé, public ou privé. Ainsi se trouverait renforcée la volonté d'une meilleure collaboration entre secteur public et privé permettant, dans certains cas, de consolider les actions développées par les hôpitaux locaux qui pourraient, sans cela, ne pas survivre.

Votre commission vous suggère, par ailleurs, de compléter, par voie d'amendement, le troisième alinéa de cet article relatif aux centres hospitaliers et universitaires par une phrase soulignant le rôle prédominant qu'ils jouent dans le domaine de la formation et de la recherche médicales.

Elle vous demande, en outre, de rappeler, par un **amendement**, adopté sur la proposition conjointe de votre rapporteur et de M. Charles Descours, tendant à insérer un nouvel alinéa, que certains des centres hospitaliers généraux et les centres hospitaliers universitaires ont une vocation nationale ou internationale.

Elle vous suggère enfin **d'adopter deux amendements d'ordre purement rédactionnel**, visant pour l'un, à lever au deuxième alinéa de l'article, toute ambiguïté sur les missions confiées aux centres hospitaliers régionaux et, pour l'autre, à procéder à une correction d'ordre purement terminologique.

Art. L. 711-8 du code de la santé publique

Participation au service d'aide médicale urgente

L'urgence constitue, avec la formation et la recherche, l'une des trois missions spécifiques des établissements assurant le service public hospitalier. Ces établissements, selon l'article L.711-4, y concourent toutefois conjointement avec les médecins et les autres professionnels de santé, personnes ou services concernés.

L'article L. 711-8 décrit à la fois le service d'aide médicale urgente et les formes que prend la collaboration prévue par l'article L. 711-4 dans des termes qui reprennent, pour l'essentiel, les dispositions de la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, sous réserve de quelques aménagements liés au nouveau paysage hospitalier créé par le présent projet de loi.

Il est d'abord rappelé au premier alinéa que seuls les établissements dont la mission principale est de dispenser des soins de courte durée ou concernant les affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie, peuvent participer à l'aide médicale urgente. Les textes actuels n'obligent en effet que les seuls centres hospitaliers généraux et régionaux à disposer d'unités d'accueil et de réception des urgences et prévoient que les centres hospitaliers de secteur qui en sont démunis

doivent conclure un contrat avec eux. La classification des établissements ayant disparu, il convenait donc d'introduire un critère législatif nouveau, lié à la nature des prestations offertes par l'établissement, dont le pouvoir réglementaire définira les modalités de mise en oeuvre.

Le premier alinéa renvoie, à cet effet, à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer les missions et l'organisation des services d'aide médicale urgente.

Le deuxième alinéa de l'article L. 711-8 rappelle que ce service comporte un centre de réception et de régulation des appels, interconnecté, précise le quatrième alinéa, avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours. Ces dispositions paraissent relever plus du domaine réglementaire que de la loi. Telle est la raison pour laquelle votre commission, sur la proposition de Charles Descours, a décidé, par voie d'amendement, de supprimer ces deux alinéas.

Le troisième alinéa renforce la participation des médecins libéraux à l'aide médicale urgente. Sur leur demande -il n'est plus fait référence au passage obligé par les organisations représentatives, qui n'ont pas exprimé leur opposition à la disparition de cette disposition- ils sont associés, par voie conventionnelle, non pas seulement au fonctionnement des centres de réception et de régulation des appels, mais encore à celui du service lui-même.

Ainsi rédigé, cet article tire toutes les conséquences des remarques formulées par le professeur Steg, qu'elles soient relatives au nécessaire regroupement des moyens des services d'urgence ou à la coopération avec la médecine libérale.

Votre commission vous propose d'aller encore plus loin que l'Assemblée nationale sur ce dernier point, en réintroduisant le principe que les médecins libéraux sont associés à ce service dès qu'ils le demandent et en écartant ainsi le caractère facultatif d'une telle association. Cette modification, qui tend à remplacer les mots "peut-être" par le mot "est", dans le troisième alinéa de l'article, permet de

rétablir le texte initial du Gouvernement et celui de la loi de 1986 précitée.

Tel est l'objet du deuxième amendement de votre commission à cet article. Son troisième amendement tend, au premier alinéa, à définir précisément les établissements admis à participer à l'aide médicale urgente, qui sont tous ceux qui assurent le service public hospitalier.

Article L. 711-8-1 du code de la santé publique

Gestion, par les établissements publics de santé, de structures de lutte contre la toxicomanie

Parmi les structures de lutte contre la toxicomanie, certaines sont gérées par des établissements publics de santé. Il s'agit de structures assurant l'orientation, la cure ambulatoire ainsi que des actions de prévention de la toxicomanie, dans ou hors les murs des établissements.

Ces derniers, qui, parfois, mettent des personnels à la disposition de la structure d'accueil, bénéficient d'un remboursement, par l'État, de l'ensemble des dépenses de personnel et de fonctionnement de la structure, dès lors que la lutte contre la toxicomanie est de la compétence de l'État, depuis la loi n° 83-663 du 23 juillet 1983.

Une convention lie l'établissement hospitalier et le représentant de l'État dans le département et précise les missions de la structure d'accueil, son fonctionnement ainsi que les modalités de son financement.

Il est apparu souhaitable au Gouvernement que ce mode de gestion et d'intervention puisse être consacré dans le projet de loi afin de donner une base juridique à ces structures.

Votre commission ne peut que tirer les conséquences d'une réalité qui montre une fois encore l'imprécision des frontières qui séparent les actions sanitaires, sociales et médico-sociales et vous propose donc d'adopter cet article additionnel sous la réserve de deux amendements purement rédactionnels.

Art. 2

Codification et création d'un haut comité hospitalo-universitaire

(complément à la section 2 et à la section 3 du chapitre premier du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

Le premier paragraphe de l'article 2 complète la section 2 du chapitre premier du titre premier du Livre VII du code de la santé publique, relative aux dispositions propres au service public hospitalier, par l'insertion de deux articles L. 711-9 et L. 711-10 reprenant, sous réserve de modifications purement formelles prévues par l'article 14 du projet de loi, les dispositions des articles 4 bis et 4 ter de la loi du 31 décembre 1970, respectivement relatives à l'accueil des personnes incarcérées et à la lutte contre les maladies mentales.

Le second paragraphe de cet article complète le chapitre premier par une section 3 traitant de la participation du service public hospitalier à l'enseignement médical, odontologique et pharmaceutique et comportant cinq articles dont quatre repris, sous réserve de modifications purement formelles prévues par l'article 14 du projet de loi, des dispositions des articles 14 à 19 de la loi du 31 décembre 1970.

Le cinquième article, nouveau, institue, dans des conditions qui appellent quelques commentaires, un haut comité hospitalo-universitaire.

Art. L. 711-15 du code de la santé publique

Création d'un haut comité hospitalo-universitaire

Afin de favoriser la mise en oeuvre harmonieuse de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 qui, instituant les centres hospitaliers régionaux et universitaires, leur a confié une triple mission, de soins, de recherche et d'enseignement confirmée par le 1°) de l'article L. 711-4 contenu dans le présent projet de loi, il avait

été créé un comité interministériel, depuis lors dissous, chargé de coordonner les actions et de permettre l'expression des acteurs du monde hospitalo-universitaire.

Il est apparu utile au Gouvernement, soucieux, semble-t-il, de "redéfinir les stratégies" en "surmontant les conflits", d'instituer un haut comité chargé d'examiner toutes questions relatives aux missions hospitalo-universitaires et rassemblant des membres désignés par les ministres chargés de la santé et de l'Education nationale et des membres élus, concernés directement par ces questions.

Faute d'être parvenue à délimiter précisément la nature et le contenu des questions dont pourrait être saisi le haut comité et d'en définir exhaustivement la composition, l'Assemblée nationale, unanime, a modifié le texte initial en renvoyant, une fois n'est pas coutume, au pouvoir réglementaire le soin de le faire.

Votre commission, sans bouleverser le texte adopté par l'Assemblée nationale, souhaite donner un pouvoir d'auto-saisine au haut comité, en lui permettant d'émettre des recommandations sur toutes les questions intéressant son domaine de compétence. Ainsi ses membres pourront-ils prévenir, plutôt que subir, les conséquences d'initiatives éventuelles du Gouvernement visant à redessiner le paysage hospitalo-universitaire. Tel est l'objet de l'amendement de votre commission à cet article.

Art. 3

**L'organisation et l'équipement sanitaires
(Chapitre II du titre premier du livre VII
du code de la santé publique)**

Cet article tend à insérer, dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique, un chapitre II relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires, constitué de deux sections, l'une consacrée à la description de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire et l'autre au régime d'autorisation des installations, équipements et activité de soins. La section 2 sera complétée, à l'article 4, sous réserve des modifications formelles prévues à l'article 14, par deux articles repris de la loi du 31 décembre 1970.

Section I

Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire

Art. L. 712-1 du code de la santé publique

**Objet et révision de la carte sanitaire et des schémas
d'organisation sanitaire**

Le texte proposé pour l'article L. 712-1 marque, par la définition de l'objet et des modalités de la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, la dimension nouvelle que le projet de loi entend donner à la planification sanitaire. Il convient de dire que, dans son état actuel, la planification sanitaire, instituée par l'article 5 de la loi du 31 décembre 1970, après que des procédures de coordination -en 1958- puis d'autorisation-en 1967- des équipements eussent été introduites ne correspond plus aux nécessités nouvelles qu'imposent non seulement l'allocation d'équipements de plus en plus coûteux et sophistiqués, mais encore leur répartition la plus harmonieuse.

La carte sanitaire, au sens de la loi du 31 décembre 1970, repose d'abord sur un découpage géographique. Elle fixe ensuite des indices de besoins par secteur sanitaire, au niveau national et, en tant que de besoin, au niveau régional. Seules les activités médicales,

chirurgicales et obstétricales et quelques disciplines ou équipements relevant de la compétence ministérielle ont fait l'objet d'une carte complète. La jurisprudence du Conseil d'Etat est toutefois très libérale, qui considère qu'une carte est en vigueur, dès lors qu'une fourchette d'indices de besoins a été fixée au plan national.

Les lits de moyen séjour ne sont pas comptés parmi les lits de médecine et font l'objet d'une carte particulière, dont les secteurs n'ont pas été définis pour son application et dont, pourtant, la jurisprudence admet la valeur, sur la base des indices nationaux qui ont été arrêtés.

Compte tenu de la situation actuelle et faute de disposer d'un outil normatif exhaustif, les pouvoirs publics disposent donc d'une marge de manoeuvre considérable, dans le cadre d'une planification libre, n'accordant aucune garantie aux acteurs du système de soins ni aucune cohérence à ce dernier.

La carte sanitaire comporte enfin des perspectives démographiques et surtout un inventaire des équipements existants, dont la jurisprudence considère qu'il peut constituer un acte divisible de la carte elle-même. L'état de cet inventaire est loin de respecter les obligations légales et réglementaires, qu'il s'agisse de l'obligation de décrire l'état effectif des équipements ou de la tenue d'un fichier exhaustif desdits équipements. Le caractère rudimentaire de cet outil a conduit le Conseil d'Etat à reconnaître que la simple production d'éléments statistiques par la puissance publique suffit à asseoir sa décision, sauf pour le demandeur, à prouver que ces chiffres sont faux. Il n'est nul besoin de préciser qu'une telle preuve est bien difficile à établir.

Le projet de carte sanitaire doit, avant d'être arrêté, être soumis, en principe à la commission des équipements sanitaires et sociaux créée par la loi du 6 janvier 1986, pas davantage mise en place que les commissions de l'équipement sanitaire prévues par la loi du 29 décembre 1979, de sorte qu'aujourd'hui encore, les projets sont soumis aux commissions nationales et régionales de l'hospitalisation instituées par la loi du 31 décembre 1970. Il doit être également soumis aux groupements interhospitaliers.

Au caractère incertain du paysage institutionnel et juridique de la planification sanitaire, s'ajoute l'aspect exclusivement quantitatif de la carte sanitaire, assise, s'agissant des activités pour lesquelles elle existe, pour l'essentiel, sur le nombre de lits hospitaliers, rapportés à la population, qui ne permet pas d'en faire un outil efficace d'organisation du système sanitaire.

Telle est la raison pour laquelle le projet de loi propose, par les articles L. 712-1 et suivants, de redéfinir une méthodologie plus dynamique de la planification sanitaire en distinguant trois outils, dont l'articulation est présentée comme particulièrement novatrice.

La carte sanitaire, d'abord, est destinée à définir des indices de besoins. Le schéma d'organisation sanitaire, ensuite, détermine la répartition géographique à laquelle les installations et activités de soins doivent parvenir pour assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Carte et schéma sont les deux instruments normatifs de la planification.

Une annexe indique, enfin, compte tenu des objectifs du schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités du secteur public ou privé qui seraient nécessaires à sa réalisation. Cette annexe, au contraire de la carte et du schéma, n'est pas opposable.

Votre commission souhaite, dès l'abord, affirmer avec force que, dans son état actuel, la loi du 31 décembre 1970 permettrait, pour l'essentiel, la mise en oeuvre des objectifs affichés par les auteurs du projet de loi. L'article 44 de ladite loi contient en effet, juridiquement, tous les éléments permettant de concourir à la réalisation de ces objectifs. Au sens de cet article, la carte doit définir l'implantation géographique des équipements et inclut donc le concept même qui a conduit à l'introduction du schéma d'organisation sanitaire. Quant à l'annexe, dont la valeur est purement indicative, rien n'impose d'en prévoir le principe dans la loi. Seules les dispositions relatives à la révision et au caractère évolutif des instruments de planification apparaissent-elles ainsi réellement novatrices.

Si votre commission accepte, malgré cela, de retenir, sous la réserve des amendements qu'elle soumet à votre examen, le dispositif gouvernemental, c'est pour trois raisons.

Ce texte décrit, mieux que les dispositions en vigueur, la méthodologie et les principes qui doivent désormais guider la démarche de planification.

Il permet de distinguer l'instrument pleinement normatif et quantitatif -la carte sanitaire- de l'outil prospectif que constitue le schéma, avec lequel les décisions de la puissance publique, comme celles des acteurs du système de soins doivent être seulement "compatibles". La jurisprudence aura sûrement l'occasion de définir, pour le domaine sanitaire et social, la portée juridique, au plan de l'opposabilité, du concept de compatibilité. Votre commission souhaite, pour sa part, y voir un gage de souplesse.

Un gage de souplesse également doit résulter des dispositions du texte qui visent à la plus large concertation, à l'occasion de l'élaboration de la carte et du schéma. Aux commissions nationale et régionales des équipements sanitaires et sociaux, mort-nées, succèdent les commissions nationale et régionales de l'organisation sanitaire et sociale à qui l'on peut seulement souhaiter meilleur sort. Les groupements interhospitaliers laissent, quant à eux, la place aux conférences interhospitalières.

Mais votre commission veut insister sur deux points essentiels qu'elle a déjà développés dans son avant-propos. Le présent projet de loi ne permettra, pas davantage que la loi actuelle, de gérer convenablement l'appareil sanitaire si les moyens, techniques et en personnels, des services extérieurs de l'Etat ne sont pas sensiblement accrus et renforcés par le concours de tous organismes compétents et notamment des organismes de l'assurance-maladie. Un amendement tendant à décrire cette organisation vous sera présenté à cet effet. Il conviendra, pour les pouvoirs publics, de dégager les moyens de la financer.

Par ailleurs, votre commission constate qu'au lendemain de la promulgation de la loi actuellement soumise à votre examen, le régime d'autorisation, tout comme les actes essentiels de la vie des établissements et notamment les projets qu'il revient à ces derniers d'élaborer dans le secteur public, ou les contrats qu'il leur est suggéré de conclure, dans le secteur privé, seront privés de toute base normative, faute, pour les pouvoirs publics, d'avoir arrêté les cartes sanitaires et les schémas d'organisation sanitaire.

Ainsi, sans un calendrier réaliste de mise en oeuvre de la loi, court-on le double risque de l'arbitraire et de l'immobilisme administratifs.

Il vous sera donc proposé, avant l'article 22, d'introduire un article additionnel destiné à fixer un calendrier afin d'apporter, d'une part, une garantie aux établissements et, d'autre part, de permettre aux plus dynamiques d'entre eux d'élaborer leurs projets ou de soumettre à l'approbation, dans le cadre des nouvelles règles posées par la loi, des plans directeurs d'ores et déjà approuvés, en tenant compte des indices et des objectifs généraux qui auront été fixés par la puissance publique.

Ces observations étant présentées, il convient d'analyser attentivement l'article L. 712-1, qui a été sensiblement amélioré par l'Assemblée nationale.

Constatant, comme votre commission, la similitude des dispositions nouvelles proposées avec le texte actuel de la loi de 1970, les députés ont adopté un dispositif visant à faire plus nettement apparaître le caractère dynamique, incitatif et indicatif du nouvel instrument de planification.

Le premier alinéa détermine l'objet commun de la carte sanitaire et des schémas d'organisation sanitaire, qui est de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

Le deuxième alinéa précise qu'ils sont arrêtés sur la base d'une analyse des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu du progrès des techniques médicales et après évaluation quantitative et qualitative d'offre de soins existante. Votre commission vous propose, par voie d'amendement, de modifier cet alinéa, en réintégrant la prise en compte des données démographiques, contenue, à très juste titre, dans la loi de 1970.

Le troisième alinéa prévoit que cette analyse tient compte des rapports d'activité et des projets d'établissements approuvés. Il soulève toutefois le problème dit "de la poule et de l'oeuf". Le schéma d'organisation sanitaire ne peut en effet être la simple somme des projets d'établissements. L'élaboration de ces projets ne peut, elle-même, être subordonnée à l'attente de la mise en place définitive des instruments de planification. Votre commission voit là une justification supplémentaire du calendrier qu'elle vous suggère d'attacher à la mise en oeuvre de la loi.

Le dernier alinéa précise enfin que la carte et le schéma peuvent être révisés à tout moment et qu'ils le sont obligatoirement tous les cinq ans. Les risques d'instabilité juridique que contient cet alinéa sont, de l'avis de votre commission, sensiblement atténués par la capacité même des autorités de tutelle à assurer cette révision permanente. Là encore, voit-elle ainsi confirmée la nécessité, comme elle le propose, de mettre en oeuvre un outil administratif adopté à la logique nouvelle de la planification.

Il vous est enfin proposé, par voie d'amendement, de compléter cet article par un nouvel alinéa, obligeant le ministre chargé de la santé à remettre au Parlement un rapport annuel élaboré par l'Inspection générale des Affaires sociales, sur l'état de l'organisation et de l'équipement sanitaires, à l'instar des dispositions du dernier alinéa de l'article 44 de la loi du 31 décembre 1970, introduit par la loi n° 87-575 du 24 juillet 1987, qui contraignait le même ministre à informer les Assemblées des modifications de la carte sanitaire intervenues dans l'année.

Art. L. 712-2 du code de la santé publique

Contenu de la carte sanitaire

Le texte proposé pour l'article L. 712-2 définit le contenu de la carte sanitaire.

Son deuxième alinéa (1°) précise que, tout comme dans l'état actuel du droit, la carte sanitaire détermine les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques. Son sixième alinéa précise que l'importance et la nature des installations qu'elle régit sont appréciées pour chaque zone sanitaire ; la zone sanitaire pourra donc, selon la nature des installations ou des équipements considérés, être constituée, selon le cas, par un ou plusieurs secteurs sanitaires ou psychiatriques, par une région, un groupe de régions ou par l'ensemble du territoire. Cette rédaction permet de pallier, sans les remettre en cause, les insuffisances de la sectorisation sanitaire, dont l'hétérogénéité ne permettait pas de garantir toujours la plus grande cohérence de la carte.

Les troisième, quatrième et cinquième alinéas, par la définition qu'ils donnent des installations et activités régies par la carte, apparaissent beaucoup plus novateurs et présentent des dangers que votre commission vous proposera, par voie d'amendement, de tenter d'éviter.

S'agissant, d'une part, des installations, la carte sanitaire régira désormais, non seulement les équipements matériels lourds mais encore les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Le dernier alinéa de l'article précise que la liste de ces structures sera déterminée par décret en Conseil d'Etat. Votre commission ne s'oppose pas à l'inclusion de certaines de ces structures dans la planification, dès lors qu'elle permettra de gérer avec plus de souplesse encore l'évolution de l'appareil sanitaire. Elle entend toutefois en réduire le champ d'application aux seules structures développées par les établissements publics de santé, afin de limiter la portée du texte aux seuls redéploiements, indispensables, des moyens de ces établissements. S'agissant des autres initiatives, les moyens

dont dispose l'Etat dans le cadre des règles de l'assurance-maladie, permettront d'encadrer ce secteur, dont une planification rigide est impossible et menacerait le secteur libéral. Un amendement tendant à atteindre ces divers objectifs sera déposé, après l'article L. 712-18.

Votre commission comprend mal, en outre, l'introduction, par l'Assemblée nationale, d'une référence, qu'elle vous propose de supprimer par voie d'amendement, à la chirurgie ambulatoire, inutile et nocive dans ce qu'elle peut laisser croire à une volonté d'attenter à la liberté d'agir de la médecine libérale et d'étendre - comment cela serait-il d'ailleurs possible en pratique- la planification à tous les domaines de l'activité sanitaire. C'est dans le même esprit que votre commission s'opposera, dans les dispositions transitoires du texte, à l'introduction de tout dispositif visant à soumettre, à titre rétro-actif, à autorisation les alternatives développées depuis 1989.

S'agissant d'autre part des activités de soins, le texte initial du Gouvernement les faisait entrer dans le champ de la planification, dans des termes inacceptables puisqu'il visait les activités d'un coût élevé ou se situant dans un domaine de pointe, ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Si l'article 45 de la loi de 1970 prévoit bien que les activités de soins et de diagnostic se situant dans des domaines de pointe peuvent être régies, quant à leurs conditions d'implantation, leurs modalités de fonctionnement et de financement, par des dispositions réglementaires, il rappelait qu'il devait s'agir d'activités exercées par certains services, de haute technicité et d'un coût élevé.

En vertu de ces dispositions, la carte sanitaire actuellement en vigueur régit en effet des activités pouvant soulever des problèmes éthiques -procréation médicalement assistée- ou de très haute technicité et très coûteuses comme la chirurgie cardiaque, la transplantation d'organes ou le traitement des grands brûlés.

Votre commission vous propose de retenir une écriture très exactement conforme à ces intentions affichées et à la situation actuelle.

Par son amendement tendant à une nouvelle rédaction de la fin du cinquième alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-2, elle vous propose de limiter les activités de soins entrant dans le champ de la planification à celles-là seules qui se situent dans un domaine de pointe, font appel à une haute technologie ou soulèvent des problèmes éthiques. La notion d'intérêt de la santé publique, retenue par le texte actuel, apparaît, au regard de la jurisprudence du Conseil d'Etat -de fait, pour la puissance publique, l'intérêt de la santé publique suffit à légitimer tout refus d'autorisation- beaucoup trop incertaine.

Par ailleurs, votre commission vous proposera, à l'article L. 712-14, de préciser, par voie d'amendement, que la durée de validité des autorisations accordées pour les activités de soins doit tenir compte de l'importance des moyens en personnel mis en oeuvre. En effet, le plus souvent, plus que des moyens techniques, ces activités exigent de réunir des équipes médicales de très haute qualité et souvent nombreuses, dont l'avenir ne doit pas être rendu incertain par la fixation d'une durée de validité d'autorisation trop courte.

C'est sous la réserve de l'acceptation, par le Gouvernement, de ces deux amendements, ou au moins, s'agissant du premier, de ses explications complémentaires, que votre commission acceptera d'introduire les activités de soins dans le champ de la planification. Dans le cas contraire, elle vous proposera de supprimer la référence à de telles activités dans l'ensemble du texte.

Art. L. 712-3 du code de la santé publique

Contenu du schéma d'organisation sanitaire

Aux termes du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-3, le schéma d'organisation sanitaire détermine la répartition géographique des installations et activités de soins régies par la carte sanitaire qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population.

Il n'est pas contestable que si l'introduction du concept de schéma d'organisation sanitaire ne constitue pas une novation juridique par rapport aux textes actuels, qui commandent à la carte sanitaire de définir "... l'implantation des installations sanitaires..." elle introduit une dimension dynamique et prospective dans la démarche planificatrice.

Il convient d'approfondir ici la notion d'opposabilité d'un tel document. Fixant des objectifs, il ne saurait imposer une conformité parfaite des projets soumis à la puissance publique, qu'il s'agisse des demandes d'autorisation, des projets d'établissement ou des contrats conclus en vue d'atteindre lesdits objectifs. Telle est la raison pour laquelle les auteurs du projet ont retenu le concept de compatibilité.

Votre commission, après beaucoup d'hésitation, a choisi de s'en tenir à cette rédaction plutôt que de supprimer, dans le souci de voir mise en oeuvre une planification indicative, l'"opposabilité marginale" que suppose ce concept nouveau dans le domaine sanitaire, jusqu'alors usité, en droit interne, dans le seul droit de l'urbanisme. Le juge administratif définira sûrement, dans le respect des travaux préparatoires de la loi, une notion que la section sociale du Conseil d'Etat n'a pas, à l'occasion de l'avis rendu sur le projet de loi, cru devoir écarter.

Le second alinéa de cet article précise, quant à lui, que le schéma est établi pour chaque région sanitaire mais que certaines installations ou activités peuvent faire l'objet de schémas interrégionaux et nationaux.

A cet article, votre commission vous proposera éventuellement un amendement tendant à exclure les activités de soins du champ du schéma d'organisation sanitaire, dans l'hypothèse où le Gouvernement n'aurait pas accepté la définition qu'elle propose d'en donner et les garanties dont elle souhaite les entourer aux articles L. 712-2 et L. 712-14.

Dans le cas contraire, elle vous demandera d'adopter cet article.

Article L. 712-3-1 du code de la santé publique

Contenu de l'annexe au schéma d'organisation sanitaire

L'Assemblée nationale, afin de mieux distinguer le schéma d'organisation sanitaire de son annexe, a décidé de réserver un article spécifique à la description de cette dernière, dont elle a précisé, à juste titre, qu'elle ne présente qu'un caractère indicatif.

Au sens de cet article, l'annexe, élaborée -et non arrêtée- selon la même procédure que le schéma, indique, compte tenu de la nature ou de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existante au moment où il entre en vigueur, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités du secteur public ou privé qui seraient nécessaires à la réalisation dudit schéma.

Faute d'une concertation approfondie, cette annexe, pour n'être pas opposable, n'en suscitera pas moins, plus que la carte ou le schéma, la plus grande opposition des partenaires du système de soins, dès lors qu'elle visera à décrire très précisément les "victimes" et les "laissés pour compte" d'une vision prétendument "dynamique" de l'organisation sanitaire. Elle devra, pour être acceptée, justifier pleinement de son adaptation aux besoins de la population et ne pas être mise sur le compte d'un objectif purement financier de restriction de l'appareil de soins. Ces remarques visent d'ailleurs autant l'annexe que le schéma et la carte dont elle vise à tirer les conséquences.

Sous la réserve de ces observations, votre commission vous demande d'adopter, à cet article, un amendement tendant à supprimer toute référence à la notion de "secteur public ou privé", juridiquement inutile et, au regard du texte considéré, parfaitement inadaptée aux concepts jusque-là retenus.

Article L. 712-4 du code de la santé publique

Contrats pluri-annuels pour la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire

L'article L. 712-4 entend étendre la dimension contractuelle appliquée à l'élaboration des outils de la planification sanitaire aux rapports qui s'établiraient, pour la réalisation des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, entre les partenaires du système de soins.

Il autorisait en conséquence, dans sa rédaction initiale, la conclusion de contrats pluri-annuels entre l'Etat, les organismes de l'assurance maladie et les établissements de santé, publics ou privés et, éventuellement, les collectivités locales, soit en vue de la réalisation des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, soit en vue de la réalisation d'objectifs propres à l'établissement, compatibles avec ledit schéma.

Ce dernier point est important, en ce qu'il souligne la souplesse du concept de compatibilité, dès lors que certains objectifs particuliers, pour n'être pas parmi ceux retenus par le schéma, peuvent être acceptés.

S'agissant des établissements privés, cette ouverture contractuelle leur permettra d'établir, avec l'accord de la puissance publique, une politique pluri-annuelle de développement, qui leur garantira une plus grande stabilité.

S'agissant des établissements publics de santé, ces contrats tireront, le plus souvent, les conséquences des projets d'établissement approuvés, dans un rapport trilatéral, qui associera les organismes d'assurance maladie.

L'Assemblée nationale, dans le souci louable de développer hardiment la politique contractuelle, a entendu donner un

caractère systématique à la conclusion de ces contrats. Votre commission considère, pour sa part, que la liberté contractuelle commence par la liberté de contracter. Telle est la raison pour laquelle **elle vous propose, par voie d'amendement, de revenir au texte initial du Gouvernement, qui retenait, ne serait-ce que pour des raisons tenant aux moyens de ses services extérieurs, le caractère facultatif de ces contrats.**

En revanche, parce qu'elle est favorable à la contractualisation des rapports des établissements avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie, et, s'agissant du secteur social et médico-social, les collectivités locales, votre commission vous propose un mécanisme visant à soustraire du régime d'autorisation les installations ou activités ayant fait l'objet d'un contrat. Tel est l'objet de son **second amendement.**

Telles sont, selon elle, les observations qu'appelle cet article, sur lequel elle vous propose d'adopter un **troisième amendement, de pure coordination.**

Art. L. 712-5 du code de la santé publique

Organes compétents pour arrêter la carte sanitaire et les schémas d'organisation sanitaire

L'article L. 712-5 désigne les autorités compétentes pour arrêter la carte sanitaire et les schémas d'organisation sanitaire.

Aux termes du premier alinéa de cet article, il appartient au Ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, d'arrêter la carte sanitaire, ainsi que les schémas d'organisation sanitaire de niveau national ou interrégional, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale et, le cas échéant, des comités régionaux concernés.

Le deuxième alinéa prévoit toutefois que, lorsque la carte sanitaire s'applique à une zone régionale ou infrarégionale, le Ministre peut déléguer son pouvoir au représentant de l'Etat.

Le troisième alinéa confie à ce dernier le soin d'arrêter les schémas régionaux d'organisation sanitaire, après avis des comités régionaux.

Le quatrième alinéa prévoit, pour l'organisation de la psychiatrie, de tenir compte de l'obligation faite par la loi du 25 juillet 1985 d'élaborer des schémas départementaux d'organisation de la psychiatrie (art. L. 326 du code de la santé publique). Ces schémas départementaux seront intégrés dans les schémas régionaux de psychiatrie, dont la procédure d'élaboration semble toutefois devoir être soumise au droit commun.

Le cinquième alinéa, introduit par l'Assemblée nationale, prévoit enfin que le schéma régional peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du Ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, qui se prononce après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Il est curieusement précisé, à cette occasion, qu'un comité d'experts, dont la composition est fixée par décret, est constitué auprès du Comité national.

Votre commission vous propose, à cet article, de retenir deux amendements.

Le premier vise, dans un souci de plus grande déconcentration, à confier au représentant de l'Etat, dans tous les cas, le soin d'arrêter la carte sanitaire lorsque cette dernière s'applique à une zone régionale ou infrarégionale.

Il ajoute, par surcroît, l'obligation de consulter, pour avis, le conseil régional et le comité économique et social de la région concernée.

Le second tire les conséquences du premier en améliorant, au plan formel, la rédaction du dernier alinéa de cet article, introduit par l'Assemblée nationale. La référence au comité d'experts est, en outre, retirée de cet article, pour être reprise dans le corps de l'article suivant.

Article additionnel après l'article L. 712-5 du code de la santé publique

Mission régionale de l'organisation sanitaire et sociale

Afin de garantir une mise en oeuvre harmonieuse de la planification sanitaire, il vous est suggéré, **par voie d'amendement**, de créer une mission régionale de l'organisation sanitaire et sociale, placée auprès du représentant de l'Etat. Cette instance, pluridisciplinaire, serait conduite par les administrations sanitaires et sociales des services extérieurs de l'Etat et pourrait s'assurer le concours de toutes personnes et instances utiles (observatoires régionaux de la santé, personnalités qualifiées, experts médicaux) et tout particulièrement celui des organismes d'assurance maladie et de leurs agents, dont les moyens doivent venir renforcer ceux dont dispose l'Etat.

Cette mission aurait éventuellement pour objectif de développer des systèmes d'informations en vue de mieux analyser et évaluer l'offre et la demande de soins et de moderniser les modes d'exercice du contrôle de l'Etat sur les établissements de santé, publics ou privés, en coordonnant l'action des services départementaux ou régionaux.

La mise en place d'une mission de ce type a un coût. Votre rapporteur suggère, à titre personnel, au Gouvernement, de créer un fonds de concours. Ce fonds serait alimenté par un prélèvement, minime, sur les recettes d'exploitation des établissements assurant le service public. Ce montage aboutirait, certes, à financer l'action du contrôleur par un prélèvement sur les ressources des établissements contrôlés. Les gestionnaires responsables savent qu'ils en tireront le meilleur profit.

Art. L. 712-6 du code de la santé publique

Composition et organisation du Comité national et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale

Ainsi qu'il a déjà été rappelé, les commissions des équipements sanitaires et sociaux, instituées par la loi du 6 janvier 1986 et destinées à décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux, sont remplacées par les commissions nationale et régionale de l'organisation sanitaire et sociale. Le projet de loi fait donc disparaître des institutions qui n'ont, de fait, jamais été constituées.

La raison d'une telle substitution tient, pour l'essentiel, au fait que, désormais, établissements publics et privés sont soumis au même régime d'autorisation, exigeant ainsi une composition originale de ces comités, dans l'attente de la constitution desquels les commissions des institutions sociales et médico sociales et celles de l'équipement sanitaire continueront de résister à l'épreuve du temps.

Votre commission vous proposera, dans son amendement visant, avant l'article 22, à fixer un calendrier pour la planification, d'arrêter au 30 juin 1992 la date limite de constitution des nouveaux comités.

La composition de ces comités a été introduite, par voie d'amendement, à l'Assemblée nationale, dans le texte de l'article L. 711-6. Aux termes de cet amendement, les comités comprennent :

- un député et un sénateur désignés par les commissions de chacune des deux assemblées chargées des questions sanitaires et sociales, tant au sein du Comité national que dans les instances régionales. Votre commission note cette singulière procédure sans parvenir à se dessaisir elle-même d'une compétence que la loi entend lui confier. Elle considère, plus sérieusement, que, tout bien considéré, une telle représentation permettra au Parlement de mesurer plus précisément encore les effets de la planification sur notre système de soins ;

- des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de l'assurance maladie. Il serait souhaitable que,

dans tous les cas, les Président des conseils régionaux comptent parmi les membres du comité ;

- des représentants des institutions et des établissements de santé et sociaux, publics et privés et, notamment, des établissements spécialisés. Votre commission a renoncé à garantir aux établissements privés un niveau minimal de représentation, tenant compte de leur part relative dans l'activité de soin des régions concernées, craignant ainsi, au bout du compte, de les pénaliser ;

- des représentants des personnels de ces institutions et établissements ; il convient d'espérer que cette représentation inclura celle des praticiens hospitaliers ;

- des représentants des usagers de ces institutions ou établissements. Cette représentation s'avérera assurément plus aisée dans les établissements sociaux, qui comptent, depuis 1975, une représentation des usagers, que dans les établissements de santé, dans les conseils d'administration desquels le principe de la représentation des usagers est introduit, timidement, par le présent projet de loi. Votre commission rappelle toutefois que, là comme ailleurs, les élus locaux sont, selon elle, la garantie d'une solide représentation de la population ;

- des représentants des professions de santé. Cette représentation devra être significative, afin de garantir une meilleure intégration de l'appareil hospitalier dans le système de soins ;

- des personnalités qualifiées. Il serait heureux qu'à ce titre figure un représentant du comité économique et social de la région concernée.

Les comités, national ou régional, sont constitués en sections et sont présidés par un conseiller d'Etat ou un conseiller maître à la Cour des comptes en ce qui concerne le comité national et par un magistrat du corps des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs ou du corps des conseillers des chambres régionales des comptes, en ce qui concerne les comités régionaux.

Les comités de l'organisation sanitaire et sociale donnent leur avis sur la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ainsi que sur les autorisations ou les renouvellements d'autorisations accordés en vertu du présent chapitre ou de la loi du 30 juin 1975, pour ce qui concerne les institutions sociales et médico-sociales.

Il est précisé enfin qu'un rapport sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie est soumis annuellement à l'examen des comités régionaux. Le comité national sera, pour sa part, destinataire du rapport élaboré par la commission des comptes de la sécurité sociale. De tels rapports semblent, dans l'esprit des auteurs du projet de loi, destinés à responsabiliser davantage les acteurs du système de soins. Votre commission sait, pour sa part, la conscience aiguë qu'ont, depuis longtemps, ces acteurs, de la nécessité d'une meilleure optimisation de la dépense d'assurance maladie.

Outre deux amendements purement formels, elle vous propose d'introduire, dans le corps de cet article, par un troisième amendement, le principe de la constitution d'un collège d'experts, placé auprès du comité, dont la composition est fixée par décret.

Art. L. 712-6-1 du code de la santé publique

Commissions régionales d'évaluation

Après l'article L. 712-6, l'Assemblée nationale a introduit un article nouveau, L. 712-6-1, instituant auprès du comité régional d'organisation sanitaire et sociale, une commission régionale de l'évaluation médicale des établissements.

Votre commission vous ayant proposé, dans l'article premier A, de créer des instances régionales jouant le même rôle, vous suggère, par voie d'amendement, de supprimer cette disposition.

Art. L. 712-7 du code de la santé publique

Mise en place d'un système d'informations

Aux termes du texte proposé pour l'article L. 712-7, les établissements de santé, publics et privés, doivent transmettre à l'autorité administrative et aux organismes d'assurance maladie, les

informations utiles à l'élaboration d'un système d'information, commun à leurs destinataires.

Votre commission approuve cette disposition, qui doit cependant être entourée de toutes les garanties de transparence, de respect du secret médical et de droit d'accès des tiers et, notamment, des établissements eux-mêmes. Par son article premier A, elle a établi les règles qui protègent le traitement spécifique de l'information médicale dans des termes qui autorisent la modification, purement formelle, du second alinéa du texte adopté par l'Assemblée nationale pour cet article. Tel est l'objet de l'un des deux amendements de votre commission à cet article, l'autre étant purement rédactionnel.

Section 2

Autorisations

Art. L. 712-8 du code de la santé publique

Projets soumis à autorisation

L'unification des procédures d'autorisation applicables aux établissements publics et privés de soins, dont le principe a été engagé dès la loi du 24 juillet 1987, qui a modifié, à cet effet, l'article 48 de la loi du 31 décembre 1970, est établie définitivement et pleinement par le texte proposé pour l'article L. 712-8.

En vertu de cet article, sont soumis à autorisation la création, l'extension et la conversion, totale ou partielle -termes introduits à l'Assemblée nationale- de tout établissement de santé, public ou privé, ainsi que le regroupement de tels établissements. Cette première disposition se substitue, pour les établissements privés, aux articles 31 et 33-1 de la loi du 31 décembre 1970 et, pour les établissements publics, à l'article 48 précité.

Sont également soumis à autorisation la création, l'extension ou la transformation des installations régies par la carte sanitaire et, notamment les équipements matériels lourds et les

structures alternatives à l'hospitalisation. Ces dispositions se substituent aux articles 31 (établissements privés) et 48 (établissements publics) en ce qui concerne les équipements matériels lourds.

Quant aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, elles entraînent dans le champ d'application du régime d'autorisation institué par la loi du 28 décembre 1979, même si celle-ci n'a jamais été, sur ce point, effectivement mise en oeuvre.

Doivent enfin être autorisées les activités de soins, telles qu'elles sont définies par l'article L. 712-2 et dès lors qu'elles entrent, par conséquent, dans le champ d'application de la carte sanitaire. Si ces activités étaient bien réglementées dans le secteur public (article 45 de la loi du 31 décembre 1970), elles ne faisaient l'objet d'aucun régime d'autorisation dans le secteur privé. Une telle remarque justifie les assurances qu'entend obtenir votre commission dans la définition de ces activités et dans celle des garanties qui doivent s'attacher à la détermination de la durée des autorisations accordées.

Dans un souci de transparence, l'Assemblée nationale a précisé, au dernier alinéa de cet article, que la décision doit être motivée, qu'elle soit positive ou négative.

A cet article, outre un amendement purement formel, votre commission vous propose d'adopter un autre amendement qui tend à retirer de cet article les dispositions relatives à la motivation de la décision, qui trouvent assurément mieux leur place à l'article L. 711-16.

Votre commission rappelle ici ses deux amendements aux articles L. 712-4 et L. 714-12, qui visent à soustraire du régime d'autorisation tout projet, approuvé par la tutelle en ce qui concerne les établissements publics, à l'occasion de l'approbation de leur projet d'établissement, ou inclus, pour tous les établissements, publics ou privés, dans un contrat pluriannuel selon les formes prévues par l'article L. 712-4. Ces projets, afin de permettre un meilleur suivi des installations, doivent toutefois faire l'objet d'une déclaration préalable à leur réalisation effective. Il pourra être objecté à ces

amendements que les autorités approuvant les projets d'établissements ou concluant les contrats ne sont pas celles qui gèrent le régime d'autorisation. Il revient à l'Etat, dans le cadre de la mission régionale instituée à l'article L. 712-5-1, de coordonner l'action de ses services extérieurs, départementaux et régionaux.

Enfin, faute d'avoir obtenu les assurances souhaitées, votre Commission vous proposera, éventuellement, de supprimer toute référence aux activités de soins.

Art. L. 712-9 du code de la santé publique

Conditions d'autorisation

Le texte proposé pour l'article L. 712-9 définit les conditions exigées pour l'attribution d'une autorisation, qui sont au nombre de trois.

Il convient d'abord que le projet considéré réponde, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire. La valeur normative des indices de besoins définis par la carte, purement quantitative, apparaît ainsi clairement.

Il faut ensuite que le projet soit compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Ainsi apparaît la notion de compatibilité déjà analysée, qui, dotant le schéma d'une "opposabilité marginale", renforce d'autant la marge d'appréciation de l'administration. Il convient toutefois d'observer que la médiocrité de l'instrument actuel de planification et le très large pouvoir laissé, dans ce cadre médiocre, à la puissance publique par le juge, font courir un risque d'arbitraire au moins égal à celui que présente le dispositif présenté.

Votre Commission est, de surcroît, attachée à une planification, qui, pour être efficace, doit rester aussi indicative que possible. Sa seule crainte réside dans le caractère souvent "tatillon" des contrôles exercés par l'Etat et sur la capacité de ce dernier à mettre en place, rapidement, un instrument efficace de pilotage de

l'appareil de soins. Elle y voit une raison de plus, pour le Gouvernement, d'accepter son amendement visant à renforcer ses services extérieurs et de dégager les moyens financiers nécessaires.

Le projet doit enfin satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement, qui, fixées par décret, sont destinées à garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients.

Seule la réalisation cumulative de ces trois conditions permet d'accorder l'autorisation. Le dernier alinéa de l'article L. 712-9 permet toutefois de déroger, dans l'intérêt de la santé publique -si souvent invoqué- aux conditions de conformité avec la carte ou de compatibilité avec le schéma.

L'article L. 712-13 prévoit, plus loin, que le même intérêt peut justifier des conditions particulières et supplémentaires. Les articles L. 712-10 et L. 712-11 définissent des modalités particulières de dérogation applicables aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et aux regroupements d'établissements.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans le modifier.

Art. L. 712-10 du code de la santé publique

Régime d'autorisation dérogatoire, applicable aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation

Le texte proposé pour l'article L. 712-10, institue, en faveur des structures alternatives à l'hospitalisation, un régime dérogatoire destiné à inciter à la réduction des moyens d'hospitalisation. Il prévoit que, dans une zone où les moyens sont excédentaires pour la ou les disciplines considérées, les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation peuvent être autorisés, alors même qu'ils ne sont ni conformes à la carte sanitaire, ni compatibles avec le schéma sanitaire.

Votre commission est favorable à ce dispositif mais souhaite donner à l'autorisation un caractère plus automatique. Par le texte qui vous est soumis, la réalisation de la condition particulière définie ci-dessus peut permettre d'accorder l'autorisation. Le Gouvernement semble attaché à la préservation de cette simple faculté, au motif, qui devrait lui être plus habituel, qu'il convient de ne pas privilégier les initiatives prises par les établissements aux dépens des projets présentés par la médecine libérale. Cet argument ne suffit pas à convaincre votre Commission, qui souhaite accorder de meilleures garanties à ceux des établissements qui n'hésitent pas à proposer, dans un contexte de surcapacité, à réduire leurs moyens d'hospitalisation.

Telle est la raison pour laquelle votre commission vous propose, par son amendement, de lier la décision du représentant de l'Etat, dans des conditions identiques à celles qui sont prévues, ainsi qu'il sera dit à l'article suivant, en ce qui concerne les regroupements d'établissements, par la loi du 24 juillet 1987.

Elle vous rappelle qu'aux termes de l'article additionnel qu'elle vous proposera d'insérer, par voie d'amendement après l'article L. 712-18, seuls les projets développés par les établissements publics de santé sont visés par cet article.

Art. L. 712-11 du code de la santé publique

**Régime d'autorisation dérogatoire, applicable
aux regroupements d'établissements**

Le texte proposé par l'article L. 712-11 du code de la santé publique reprend intégralement les dispositions introduites par la loi du 24 juillet 1987 dans l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970 en vue de favoriser les regroupements des établissements qui, se situant dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause, assortissent leur demande d'une réduction de leur capacité globale, dans la limite d'un plafond. La même faculté est accordée aux établissements multi-disciplinaires, pour le regroupement des mêmes disciplines entre elles.

Toutefois, comme à l'article précédent, cette condition ne suffit pas à bénéficier automatiquement de l'autorisation, au contraire de ce que prévoyait la loi du 24 juillet 1987. Pour les raisons exposées précédemment, votre commission vous propose, par voie d'amendement, de rétablir cette automaticité.

Art. L. 712-12 du code de la santé publique

Dispositions générales applicables à l'autorisation

Le texte proposé pour l'article L. 712-12 reprend, sans les modifier pour d'autres motifs que purement formels, certaines dispositions contenues dans les articles 31, 32, 33 et 35 de la loi du 31 décembre 1970.

Il précise d'abord que l'autorisation doit être donnée avant le début des travaux, de l'installation de l'équipement lourd ou de la mise en oeuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation projetées.

Le deuxième alinéa rappelle que, lorsqu'elle est accordée à une personne privée, l'autorisation ne peut être cédée avant le début des travaux d'installation de l'équipement lourd ou la mise en oeuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Il précise en outre que l'autorisation vaut de plein droit autorisation de fonctionner et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables.

Le troisième alinéa, introduit par voie d'amendement à l'Assemblée nationale, figurait dans l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970. Il permet de refuser l'autorisation de dispenser des soins remboursables lorsque le prix prévu est hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service.

Sous la réserve d'un éventuel amendement qu'elle pourrait être amenée à déposer, visant à supprimer, au deuxième alinéa de l'article, toute référence aux activités de soins pour les raisons exposées précédemment, votre Commission vous demande d'adopter cet article.

Art. L. 712-12-1 du code de la santé publique

Conditions d'évaluation et de maîtrise des coûts

Le texte proposé pour l'article L. 712-12-1 a été introduit, à l'Assemblée nationale, par voie d'amendement.

Il vise d'une part, à soumettre l'autorisation à un régime d'évaluation périodique des projets pour lesquels elle a été accordée. Cela signifie-t-il que l'autorisation pourrait, à tous moments, être retirée, au cas où les résultats de cette évaluation ne satisferaient pas l'autorité administrative sans que pour autant, des motifs tenant à la sécurité des malades puissent être invoqués, air si que le prévoit l'article L. 712-18 ? Votre commission, qui n'accepte le régime d'autorisation à durée déterminée qu'avec beaucoup de réserves, ne peut, a fortiori, tolérer une telle fragilisation. Elle réintroduira cependant, à l'article L. 712-14, le principe de l'évaluation dans ce qu'elle peut être le préalable au renouvellement de l'autorisation.

Par ailleurs et surtout, le texte de l'article L. 712-12-1 subordonne également l'attribution de l'autorisation au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité. La loi portant réforme hospitalière est un texte de portée sanitaire, dont l'objet n'est pas, du moins directement, de mettre en oeuvre un dispositif de maîtrise des dépenses d'assurance-maladie. Le régime d'autorisation ne doit donc être déterminé que par des considérations d'ordre exclusivement sanitaire. Il convient d'ajouter que cette prérogative accordée à l'autorité administrative s'exerce aux dépens des organismes d'assurance maladie. Les contrats pluri-annuels prévus à l'article L. 712-4 pourront éventuellement comporter de telles dispositions, dans le cadre d'une négociation trilatérale. Une fois n'est pas coutume, l'intérêt de contracter sera, à cet égard, celui de l'autorité administrative et des organismes d'assurance maladie.

Un dernier élément plaide en faveur de la suppression de cet article à laquelle votre commission vous demande, par voie d'amendement, de procéder. L'article 23 ter fixe un délai de cinq ans pour son application.

Les ambitions quinquennales des auteurs de l'amendement trouveront sûrement, le moment venu, l'occasion de s'exprimer...

Art. L. 712-13 du code de la santé publique

Conditions particulières d'autorisation

Le texte proposé pour l'article L. 712-13 reprend les dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970, qui prévoit que l'autorisation peut être subordonnée à l'engagement, pris par les demandeurs, de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci.

Il reprend également, par erreur, dans son troisième alinéa, les dispositions relatives au refus de l'autorisation de dispenser des soins remboursables, introduit, par l'Assemblée nationale, à l'article L. 712-12.

Votre commission vous propose donc de supprimer cet alinéa par voie d'amendement et d'adopter, au premier alinéa, un amendement de coordination.

Art. L. 712-14 du code de la santé publique

Durée de l'autorisation et conditions de son renouvellement

Le texte proposé pour l'article L. 712-14 constitue assurément le dispositif le plus discutable de la section relative au régime des autorisations, désormais accordées pour une durée déterminée.

Le Professeur Steg a dénoncé les risques que comportait un tel dispositif.

S'il a estimé "tout à fait compréhensible que ces autorisations ne soient pas délivrées ad vitam aeternam", il a considéré que le principe de la durée déterminée, introduit par la loi, constitue "un facteur de précarité pour les établissements" et s'avère "être un frein aux investissements, à la modernisation et donc être contraire à l'intérêt du malade". Il a proposé de lui substituer un régime de révision périodique, dont votre commission observe toutefois qu'il se distingue mal, par ses effets, du principe du renouvellement.

C'est donc dans les garanties entourant la fixation de la durée déterminée de l'autorisation et les conditions de son attribution qu'il lui est apparu utile de renforcer le dispositif, déjà, sur ce plan, sensiblement amélioré à l'Assemblée nationale par l'introduction d'amendements émanant notamment de l'opposition.

Aux termes de la première phrase du premier alinéa du texte adopté par l'Assemblée nationale, toutes les autorisations sont soumises à renouvellement. Le projet initial limitait, pour sa part, l'application d'un tel régime à certaines disciplines, activités de soins, structures de soins alternatives à l'hospitalisation ou équipements, définis par voie réglementaire. La généralisation du principe de la durée déterminée à toutes les autorisations paraît irréaliste, au regard des moyens dont disposent effectivement les autorités de contrôle et des conditions de fonctionnement de la commission d'organisation sanitaire et sociale qui, il convient de le rappeler, doit émettre un avis sur toutes les demandes d'autorisation.

La première modification que votre commission entend apporter à cet article, qu'elle vous demande de réécrire par voie d'amendement, est de revenir, sur ce premier point, au texte initial du Gouvernement, moins déraisonnable. Elle vous suggère d'écarter toutefois, dans cet amendement, la notion de "discipline" dès lors qu'une telle notion n'est pas retenue dans l'article L. 712-8 définissant le champ du régime d'autorisations et n'est pas davantage contenue dans l'article L. 712-2, qui détermine les domaines d'application de la planification sanitaire. Elle sera éventuellement amenée à proposer également d'écarter la référence aux activités de soins, pour les raisons plusieurs fois évoquées et qui tiennent particulièrement au contenu du présent article.

La seconde phrase du premier alinéa précise, en effet, que la durée de validité de l'autorisation est fixée par voie réglementaire en fonction, notamment, des techniques mises en oeuvre. Ces garanties sont apparues très nettement insuffisantes à l'Assemblée nationale qui a précisé, dans un nouvel alinéa, que la durée de l'autorisation ne peut être inférieure à la durée d'amortissement des investissements nécessaires.

Votre commission vous propose d'ajouter deux garanties complémentaires. Elle vous demande de préciser, d'une part, que la durée de validité de l'autorisation ne peut, en aucun cas, être inférieure à cinq ans. Tel est l'objet de la deuxième modification contenue dans son amendement, tendant à insérer un tel plancher dans la seconde phrase du second alinéa. Dans la même phrase, elle vous propose, par coordination, de supprimer la référence à la notion de discipline, et, pour la raison qui va être indiquée, sera éventuellement conduite à vous demander d'écarter les activités de soins.

Elle vous suggère, d'autre part, outre une modification de forme au second alinéa, de compléter cet alinéa par une phrase contraignant le pouvoir réglementaire à tenir compte, pour la définition de durée de validité des autorisations, de l'importance des moyens en personnel mis en oeuvre, notamment en ce qui concerne les activités de soins. Ces dernières se caractérisent en effet plus souvent par le très haut niveau des équipes qui les développent, plutôt que par

le coût des investissements et donc la durée d'amortissement de ces derniers.

C'est à la condition que le Gouvernement accepte cette modification ainsi que celle que votre commission a proposée à l'article L. 712-2 (1), pour définir les activités de soins planifiées, qu'elle renoncera à supprimer toute référence auxdites activités.

La première phrase du troisième alinéa de cet article applique aux demandes de renouvellement, des règles d'évaluation périodique et de contrôle des volumes des dépenses d'assurance-maladie fixées à l'article L. 712-12-1, dont votre commission a proposé la suppression, pour des raisons de principe et parce que leur application est reportée à cinq ans.

Il n'est pas davantage question d'appliquer ici les mêmes règles au renouvellement. Votre commission vous propose de retenir une dernière modification visant à retenir le principe de la subordination du renouvellement de l'autorisation à une évaluation préalable. Ce dispositif ne s'appliquera, si l'amendement de votre Commission visant à modifier le premier alinéa de cet article et si les dispositions transitoires du projet de loi sont retenues, qu'au plus tôt dans cinq ans.

La deuxième et la troisième phrases de ce troisième alinéa visent enfin à définir le calendrier du renouvellement des autorisations. L'amendement de votre Commission a pour effet de supprimer ces dispositions, qu'elle vous proposera de reprendre dans l'article L. 712-16, où elles trouvent, selon elle, mieux leur place.

Art. L. 712-15 du code de la santé publique

Périodicité de l'examen des demandes

Le texte proposé pour l'article L. 712-15 ambitionne de mettre en oeuvre un calendrier d'examen des demandes

(1) ou, s'agissant de l'article L. 712-2, des explications données par le Gouvernement

d'autorisation qui ménage mieux, selon ses auteurs, la liberté de choix de l'autorité administrative et l'égalité entre les demandeurs.

Le texte prévoit que les demandes d'autorisations ou de renouvellement d'autorisations portant sur des projets de même nature doivent être reçues au cours de périodes déterminées par voie réglementaire.

Dans les explications données pour justifier un tel dispositif, trois éléments méritent d'être retenus :

- les périodes retenues seraient semestrielles, ou peut-être plus courtes encore, de l'ordre de quatre mois pour certains projets ;
- cet examen simultané éviterait les défauts du dispositif actuel qui permet d'accorder automatiquement l'autorisation lorsque le projet n'est pas en contradiction avec la carte sanitaire ;
- cette procédure nouvelle permettrait de sélectionner les projets les plus compatibles avec les objectifs du schéma sanitaire.

A ces explications, votre commission oppose trois objections :

- ou les périodes retenues pour l'examen des demandes sont trop longues et les calendriers, impératifs, posés, notamment pour le renouvellement, par les articles L. 711-14 et L. 711-16 ne pourront pas être respectés ; ou les périodes sont trop courtes pour permettre une réelle mise en concurrence ;
- l'automatisme du régime actuel d'autorisation est liée seulement à la pauvreté de l'outil de planification. Le nouveau régime, s'il est réellement mis en oeuvre -mais n'est-ce pas là toute la question ?- permettra, sur chaque projet, d'exercer des choix éclairés ;
- à l'arbitraire d'un examen successif des demandes, dont votre commission convient qu'il peut limiter, dans certains cas, la mise en concurrence des projets, le projet substitue l'arbitraire d'un dispositif qui offre à l'autorité administrative, saisie d'un projet, la faculté d'en susciter un autre.

Il en va donc, à l'évidence, de l'intérêt des établissements et singulièrement des établissements de santé privés qu'un tel dispositif ne soit pas maintenu. Telle est la raison pour laquelle votre commission vous propose, par voie d'amendement, de supprimer cet article.

Art. L. 712-16 du code de la santé publique

Procédure d'attribution ou de renouvellement des autorisations

Le texte proposé pour l'article L. 712-16 du code de la santé publique décrit la procédure selon laquelle sont instruites et arrêtées les décisions autorisant ou renouvelant une autorisation dans des termes voisins de ceux retenus par la loi du 31 décembre 1970, dans son article 34.

La première phrase du premier alinéa confère au représentant de l'Etat le pouvoir d'accorder ou de refuser l'autorisation, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Votre commission vous propose de préciser que l'auteur du projet soumis à autorisation peut être entendu, à sa demande, par le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Tel est l'objet de son premier amendement.

La seconde phrase du premier alinéa prévoit qu'un recours peut être formé contre la décision du représentant de l'Etat devant le Ministre chargé de la santé, qui statue dans un délai de six mois, sur avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Votre commission vous propose d'adopter un deuxième amendement visant à préciser qu'il s'agit d'un recours hiérarchique, et, par conséquent, à indiquer implicitement que, pour l'application de cet article, le représentant de l'Etat est le préfet de région.

Le second alinéa prévoit qu'un décret fixe la liste des établissements, équipements, activités de soins ou structures de soins alternatives à l'hospitalisation pour lesquels l'autorisation ne peut être accordée ou renouvelée que par le Ministre chargé de la santé, après avis du Comité national de la santé. Votre commission vous propose d'adopter un troisième amendement, visant à préciser que

le Ministre ne peut, en tout état de cause, intervenir que pour les seuls projets régis par un schéma d'organisation sanitaire interrégional ou national. Elle vous proposera éventuellement, pour les raisons évoquées plus haut, de supprimer les mots "activités de soins".

Le dernier alinéa prévoit que la décision du représentant de l'Etat est notifiée au demandeur dans les six mois suivant la date de réception groupée telle que définie à l'article L. 712-15, que votre commission vous a proposé de supprimer. Il précise en outre qu'à défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.

Votre commission approuve ce dernier principe qui permet également de garantir le renouvellement tacite des autorisations introduit par l'Assemblée nationale à l'article L. 714-14 qu'elle vous a demandé de supprimer. Elle vous propose de le réintroduire dans le présent article, afin d'y faire figurer toutes les dispositions relatives aux procédures d'autorisation.

Tel est l'objet des quatrième, cinquième et sixième amendements de votre commission à cet article.

Le premier de ces trois amendements vise, pour tirer les conséquences de la suppression de l'article L. 714-15, à faire courir le délai d'approbation à compter de la date de réception de la demande.

Le deuxième tend à introduire l'obligation, conformément aux règles actuelles, de déposer la demande de renouvellement de l'autorisation un an avant l'échéance de cette dernière. La combinaison de cet amendement avec le précédent conduit donc à permettre au demandeur d'obtenir la réponse, tacite ou expresse, de l'administration six mois avant l'échéance, dans des conditions par conséquent strictement identiques à celles retenues à l'Assemblée nationale à l'article L. 714-14.

Le troisième reprend enfin une disposition supprimée à l'article L. 712-8, où elle ne trouvait pas sa place, qui prévoit que la décision attribuant ou renouvelant une autorisation ou son renouvellement doit être motivée.

Art. L. 712-17 du code de la santé publique

Caducité des autorisations

Le texte proposé par cet article reprend les dispositions de la loi du 24 juillet 1987, qui uniformisaient déjà les procédures applicables aux établissements de santé, publics ou privés.

Il prévoit qu'une autorisation est réputée caduque si l'opération autorisée n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

Cependant, la loi de 1987 prévoyait que tout établissement ayant essuyé un refus motivé par l'existence préalable de tels projets, bénéficiait, de plein droit, de l'autorisation, dès lors que la caducité desdits projets concurrents était constatée.

Le texte de l'article L. 712-17 prévoit seulement, dans sa seconde phrase, que la caducité peut être constatée à la demande de toute personne intéressée.

Votre commission vous suggère donc de compléter cet article par un alinéa reprenant, dans leur plénitude, les dispositions de la loi de 1987. Tel est l'objet de son amendement à cet article.

Art. L. 712-18 du code de la santé publique

Suspension de l'autorisation en raison de l'urgence

Le texte proposé pour l'article L. 712-18 reprend, en les étendant aux établissements publics, les termes de l'article 37 de la loi du 31 décembre 1970, qui autorise le représentant de l'Etat à suspendre l'autorisation de fonctionner en cas d'urgence, tenant à la sécurité des malades.

Le représentant de l'Etat doit, dans un délai d'un mois, saisir le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale de sa décision. Le comité doit émettre un avis sur cette décision dans un délai de deux mois. La rédaction du texte qui vous est soumis est en retrait sur celle de la loi de 1970, qui permettait à la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux d'infirmier ou de confirmer la décision du représentant de l'Etat.

Votre commission vous propose de réduire les délais prévus par l'article qui, dans certains cas, peuvent menacer l'équilibre économique et financier des établissements concernés.

Tel est l'objet de l'amendement qu'elle vous propose d'adopter à cet article.

Article additionnel après l'article L. 712-18 du code de la santé publique

Structures alternatives à l'hospitalisation

Champ d'application

Votre commission a indiqué, dès l'examen de l'article L. 712-2, les raisons pour lesquelles elle entendait limiter aux seuls projets présentés par les établissements publics de santé ceux qui sont soumis à la fois à planification et à autorisation.

Elle vous propose donc, par son amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article L. 712-18, d'en poser le principe.

Art. 4

Codification

(Complément à la section 2 du chapitre II du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

Cet article complète la section 2 du chapitre II du titre premier du livre VII du code de la santé publique, relative au régime des autorisations, tel qu'il est établi par l'article 3 du projet de loi qui vous est soumis, par l'insertion de deux articles L. 712-19 et L. 712-20. Ces articles, sous la réserve de modifications formelles, sont repris des articles 46 et 22-1 de la loi du 31 décembre 1970, respectivement relatifs à la définition des équipements matériels lourds et aux mesures qui peuvent être prises à l'encontre d'un établissement public lorsque l'intérêt des malades ou le fonctionnement de l'établissement le justifient.

Art. 5

Actions de coopération

(Section 1 du chapitre III du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

L'article 5 du projet de loi introduit, dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique un troisième chapitre intitulé "les actions de coopération", constitué par trois sections, dont une section 1, nouvelle, relative aux conférences interhospitalières de secteur, dont, pour des raisons développées dans le commentaire de l'article L. 713-1, il vous est proposé de changer l'intitulé.

L'article 6 définira, quant à lui, le contenu de la section 2 de ce chapitre, relative aux syndicats interhospitaliers et repris de la loi de 1970 et celui de la section 3, nouvelle, consacrée aux conventions de coopération.

Section 1

Les conférences sanitaires de secteur

Art. L. 713-1 du code de la santé publique

Constitution et composition

Le texte proposé pour l'article L. 713-1 substitue aux groupements interhospitaliers de secteur institués par l'article 5 de la loi de 1970, des conférences interhospitalières de secteur.

A la différence des groupements interhospitaliers de secteur, réservés aux seuls établissements assurant le service public hospitalier, les conférences réuniront tous les établissements de santé, publics ou privés, participant ou non au service public hospitalier.

Votre commission approuve pleinement cette initiative qui devra permettre une meilleure association entre les secteurs privés et publics, selon les modalités, encore mal connues, définies à l'article L. 711-5 (additionnel après l'article L. 711-6 dans le texte de votre commission).

Elle vous propose toutefois, dans cet article comme dans toutes les dispositions de l'article 6, de baptiser autrement ces conférences en substituant au terme "interhospitalière", le terme "sanitaire" et, ce, au moins pour deux raisons :

- d'une part, dans l'article L. 711-2, il a été affirmé que la notion d'établissement de santé" recouvrait tant les établissements hospitaliers que les structures alternatives à l'hospitalisation. Ces dernières sont donc, de fait, membres de la conférence ;

- d'autre part, l'article L. 713-4 prévoit que d'autres organismes peuvent participer, avec son accord, aux travaux de la conférence, afin de favoriser une meilleure intégration du système de soins.

L'amendement de votre commission lui semble donc consacrer plus solennellement la volonté exprimée par les auteurs du

projet de loi. **Un second amendement, de pure coordination, vous est également soumis.**

Art. L. 713-2 du code de la santé publique

Compétences

Le texte proposé pour l'article L. 713-2 définit les compétences des conférences, qui sont, d'une part, consultées obligatoirement lors de l'élaboration ou de la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire et, d'autre part, chargées de promouvoir la coopération entre leurs membres, selon les modalités, déjà rappelées, de l'article L. 711-5.

Votre commission vous propose d'adopter, à cet article, comme aux deux suivants, un **amendement de coordination** tendant à introduire dans toute la section les termes "conférence sanitaire de secteur".

Art. L. 713-3 du code de la santé publique

Modalités de représentation des établissements

Le texte proposé pour l'article L. 713-3 décrit le mode de représentation des établissements en reprenant, pour ce qui concerne les établissements publics, l'essentiel des dispositions de l'article 7 de la loi de 1970.

Il prévoit d'abord que le nombre de représentants de chaque établissement tient compte de l'importance de ce dernier.

Il précise ensuite qu'aucun des établissements ne peut, à lui seul, détenir la majorité absolue des sièges de la conférence.

Il indique en outre que les représentants des établissements publics sont désignés par le conseil d'administration, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement étant membres de droit, avec, désormais, selon un amendement adopté par l'Assemblée nationale, voix délibérative.

Il indique enfin que les représentants des établissements privés sont désignés par les organismes gestionnaires, un médecin au moins exerçant dans l'établissement devant faire partie -non plus avec voix consultative mais avec voix délibérative, selon une modification adoptée par voie d'amendement à l'Assemblée nationale- de cette représentation.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sous la réserve de deux amendements de coordination et de forme.

Art. L. 713-4 du code de la santé publique

Participation éventuelle d'organismes concourant aux soins

Le texte proposé pour l'article L. 713-4 permet, avec son accord, d'ouvrir la conférence, sur la décision du représentant de l'Etat, à d'autres organismes participant aux soins. Il pourra s'agir, en particulier, des établissements pour personnes âgées ou handicapées, des dispensaires, etc...

Il devrait pouvoir s'agir aussi, selon votre commission, de la représentation des professionnels de santé non hospitaliers, sans la collaboration desquels aucune unité réelle du système de soins n'est possible.

Art. 6

Codification et conventions de coopération

**(Sections 2 et 3 du chapitre III du titre premier du livre VII
du code de la santé publique)**

Cet article insère d'une part, dans le chapitre III du titre premier du livre VII du code de la santé publique, consacré aux actions de coopération, une section 2 intitulée "les syndicats interhospitaliers", qui reprend, sous la réserve de modifications purement formelles contenues dans l'article 14, les articles 14-1 à 15 de la loi du 31 décembre 1970.

Il insère, d'autre part, une section 3, intitulée "conventions de coopération", comportant un seul article, L. 713-12, qui appelle quelques commentaires.

Art. L. 713-12 du code de la santé publique

Conventions de coopération

Le texte proposé pour l'article L. 713-12¹ permet aux établissements publics de santé de participer à des actions de coopération. Il y apporte cependant deux restrictions. Il convient d'une part, que ces actions s'inscrivent dans le cadre des missions de service public qui sont confiées à ces établissements et, d'autre part, qu'elles répondent à des conditions fixées par voie réglementaire. L'Assemblée nationale a supprimé, par voie d'amendement, la limitation du champ conventionnel à certaines activités de soins ou disciplines.

Ces actions peuvent être développées, soit par la voie conventionnelle, soit par la constitution de syndicats interhospitaliers -bien rare dans l'état actuel des choses- de groupement d'intérêt public -formule assurément plus dynamique- et surtout, selon un amendement adopté par l'Assemblée nationale -qui n'a fait qu'entériner la pratique- de groupements d'intérêt économique.

Enfin, pour des actions de coopération internationale, les établissements peuvent conclure des conventions, dans le respect des engagements internationaux de la France, avec des personnes morales de droit public et privé.

Art. 7

Dispositions applicables aux établissements publics de santé

**(Chapitre IV du titre premier du livre VII
du code de la santé publique)**

Cet article fondamental codifie, dans le chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique, l'ensemble des dispositions applicables au statut, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des établissements publics de santé. Le chapitre IV est constitué de quatre sections, traitant successivement de l'organisation administrative et financière, des organes représentatifs, de l'organisation des soins et du fonctionnement médical et, enfin, des personnels des établissements publics de santé.

Le service public hospitalier est actuellement assuré, pour partie, par les établissements d'hospitalisation publics, qui sont des établissements publics administratifs rattachés à une collectivité publique. La plupart d'entre eux sont rattachés aux communes -pour les établissements à vocation générale- ou aux départements- en ce qui concerne, pour l'essentiel, les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie-. Quelques-uns ont un rattachement interdépartemental ou national. Ils sont créés soit par arrêté préfectoral, soit par décret, pour certaines catégories. Les établissements sanitaires locaux, ayant été écartés du champ de la décentralisation, restent soumis à la tutelle de l'Etat.

Les auteurs du projet de loi prétendent, par le dispositif qui vous est soumis, doter les nouveaux "établissements publics de santé", qui constitueraient, selon eux, une catégorie originale d'établissements publics, d'un statut qui tienne compte de la nécessité de rénover leur gestion et d'alléger la tutelle qu'exerce l'Etat, en lui substituant des rapports plus contractualisés. Ils leur permettent de développer des formes nouvelles de coopération et, à titre subsidiaire, d'offrir des prestations de service, ou d'exploiter des brevets de licence. Ils les autorisent enfin à placer une partie de leurs liquidités.

Votre commission approuve ces objectifs mais juge, pour sa part, que le texte, pourtant sensiblement amélioré par la discussion

intervenue à l'Assemblée nationale, reste encore très insuffisant, qu'il s'agisse des dispositions relatives au statut, à la tutelle ou encore et surtout à l'organisation médicale des établissements.

Elle vous propose donc, sur tous ces sujets, d'aller beaucoup plus loin, en créant d'abord une catégorie réellement spécifique d'établissements publics, en instaurant ensuite le contrôle a posteriori comme le principe, en réduisant en outre sensiblement la tutelle financière et en allégeant enfin plus encore le contrôle exercé sur les établissements qui disposent d'un projet approuvé. Elle introduira également l'autonomie comme le droit commun de l'organisation médicale interne des établissements. Telles sont les orientations générales qui ont déterminé la rédaction des amendements de votre commission à l'article 7.

Section 1

Organisation administrative et financière

Art. L. 714-1 du code de la santé publique

Statut des établissements publics de santé

Au mépris des ambitions affichées par le Gouvernement, l'article L. 714-1 reprend, pour définir le statut des établissements publics de santé, sans les modifier sur le fond, les termes de l'article 20 de la loi du 31 décembre 1970. Le premier alinéa rappelle qu'ils sont rattachés à une collectivité publique. Le second précise qu'ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral, après avis des comités de l'organisation sanitaire et sociale, dans des conditions fixées par décret. Le troisième alinéa confie leur administration à un conseil d'administration et leur direction à un directeur nommé par le Ministre chargé de la santé, après avis du Président du conseil d'administration. Le dernier alinéa rappelle qu'ils sont soumis à la tutelle de l'Etat.

Malgré leur nouvelle dénomination, les établissements publics de santé restent donc des établissements publics locaux à caractère administratif (E.P.A.).

Un débat s'est engagé, à cet égard, à l'Assemblée nationale, sur le statut des établissements publics de santé, autour de la question : faut-il ou non en faire des établissements publics industriels et commerciaux (E.P.I.C.) ?

La réponse de votre commission à cette question est négative, pour des raisons d'ordre exclusivement économique et juridique.

Au plan économique, les ressources des établissements hospitaliers autant que l'activité qu'ils développent, mais aussi les rapports qui s'établissent avec leurs "clients" ne permettent assurément pas d'affirmer qu'ils exercent une mission de nature industrielle et commerciale.

Au plan juridique, le Conseil d'Etat a, dans une étude publiée en 1985, fort bien rappelé l'intérêt et les limites de la distinction entre ces deux catégories d'établissements publics.

L'intérêt de cette distinction est que, selon les règles de la comptabilité publique qui leur sont applicables et, surtout, le statut, public ou privé, de leur personnel (1), les établissements sont rangés dans l'une ou l'autre des catégories, ce classement ayant des effets communs sur le droit applicable et la compétence juridictionnelle, ou les modes d'exercice de la tutelle.

Le Conseil d'Etat a toutefois fait clairement apparaître les limites d'une classification qu'il juge "tout à la fois incertaine, lacunaire et peu contraignante". Ainsi de nombreux établissements publics administratifs sont-ils autorisés à développer une activité industrielle et commerciale et bien des règles sont-elles communes aux deux catégories d'établissements.

(1) Le statut de la fonction publique hospitalière, que personne n'a proposé de remettre en cause, suffit, à lui seul, à trancher le débat.

Le Conseil d'Etat a cependant admis que, "dans le secteur traditionnellement fourni en établissements publics, de l'enseignement supérieur et de la recherche, sont intervenues depuis quelques lustres diverses lois, de portée verticale et non plus horizontale, qui ont ouvert de véritables catégories nouvelles d'établissements publics", dérogeant largement aux règles applicables aux catégories traditionnelles et se situant délibérément hors du champ de ces deux catégories. Ces lois s'inscrivent pleinement dans la compétence exclusive, reconnue au législateur par l'article 34 de la Constitution, pour la création de catégories d'"établissements publics".

Votre commission a donc choisi, pour tenir pleinement compte de la spécificité incontestable des établissements publics de santé qui les situent déjà, comme beaucoup d'autres, dans une situation empruntant à la fois aux règles applicables aux E.P.A. et à celles qui régissent les E.P.I.C., de les classer dans une catégorie nouvelle d'établissements publics, dans des termes et selon une démarche identique à celle retenue par la loi n° 82-610 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France, pour les établissements publics à caractère scientifique et technologique.

S'inspirant en particulier des articles 15 à 20 de ladite loi, elle vous propose donc d'amender, dans ce sens, l'article L. 714-1 et de le compléter par un article additionnel visant à préciser le régime juridique de la catégorie ainsi créée.

Par son premier amendement à l'article L. 714-1, votre commission vous suggère de définir les établissements publics de santé dans des termes identiques à ceux retenus par la loi de 1982 précitée. Au sens de cet alinéa, les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public, dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. La dernière phrase précise que ces établissements sont rattachés à une collectivité publique.

Par son deuxième amendement à l'article L. 714-1, votre commission vous propose d'aménager les modalités de création

de ces établissements, à la fois pour favoriser une plus grande déconcentration des décisions et pour tenir compte des règles nouvelles de classification posées par l'article L. 711-7. Selon cet amendement, les établissements publics de santé nationaux sont créés par décret ⁽¹⁾, tandis que les établissements publics de santé locaux sont créés par arrêté préfectoral. Dans tous les cas, les comités, national et régionaux, de l'organisation sanitaire et sociale, sont consultés. De telles règles ne font pas obstacle à l'exercice, par le Ministre, de la compétence qui lui est confiée par l'article L. 711-7, de fixer la liste des centres hospitaliers régionaux ou de contrôler les créations ou les suppressions de centres hospitaliers régionaux et universitaires.

Le troisième amendement tend à une nouvelle rédaction du dernier alinéa de cet article, qui prévoit que les établissements publics de santé sont soumis à la tutelle de l'Etat. Votre commission, souhaitant poser pour ces établissements le principe du contrôle a posteriori et réserver le contrôle a priori à quelques décisions essentielles, vous propose de rédiger, en ce sens, ce dernier alinéa.

Article additionnel après l'article L. 714-1

Régime juridique particulier des établissements publics de santé

L'article additionnel que votre commission vous propose d'insérer, par voie d'amendement, après l'article L. 714-1 tend à souligner, à l'instar des règles posées par la loi de 1982 dans ses articles 18 et 20, la spécificité du régime juridique applicable aux établissements publics de santé.

Le premier alinéa précise que ces établissements sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier, défini par le chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique et précisé par voie réglementaire.

(1) Cette circonstance se présentera rarement...

Le deuxième alinéa précise que leur régime comptable et financier est déterminé par la nature spécifique de leur mission et par les particularités liées à l'organisation des soins et à leur fonctionnement médical. Cette formule, volontairement souple, doit permettre tout à la fois de consolider les entreprises de décentralisation budgétaire -budgets de service ou centres de responsabilité- de développer une analyse des coûts par pathologies, et de ce fait, de déboucher vers une démarche budgétaire nouvelle, qui, distinguant coûts fixes et coûts variables, permettrait d'évoluer vers un nouveau mode de tarification et de prise en charge des dépenses hospitalières par les organismes d'assurance maladie.

Le dernier alinéa reprend, pour des raisons de cohérence, une disposition contenue dans le projet de loi, au paragraphe II du texte proposé par l'article 12 pour l'article L. 716-3, qui permet d'adapter le code des marchés pour tenir compte des conditions particulières de la gestion hospitalière.

Art. L. 714-2 du code de la santé publique

Composition du Conseil d'administration des établissements publics de santé

Le texte proposé pour l'article L. 714-2 reprend, non sans le modifier sensiblement, l'article 21 de la loi du 31 décembre 1970, qui détermine la composition des conseils d'administration des établissements publics de santé.

Contrairement à la loi actuelle, il ajoute d'abord à la description des catégories de personnes représentées au sein des conseils d'administration, celle des équilibres qui doivent s'établir entre elles.

Au sens de cet article, le conseil d'administration comporte cinq catégories de membres :

1°) des représentants élus des collectivités territoriales.

L'Assemblée nationale a précisé, fort judicieusement, que le maire de la commune d'accueil de l'établissement siège au sein du conseil d'administration au titre de cette première catégorie.

2°) des représentants des organismes de sécurité sociale.

Ces deux premières catégories doivent comporter un nombre égal de membres et représenter ensemble au moins la moitié de l'effectif du conseil d'administration.

3°) des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique.

Le Président et le vice-président de la commission médicale d'établissement sont membres de droit du conseil d'administration au titre de cette catégorie. En outre, dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical sont également membres de droit, sans que cette présence s'impute, en terme d'effectifs, sur la troisième catégorie ;

4°) des représentants du personnel non médical, relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

Les catégories mentionnées aux 3° et 4° comptent un nombre égal de membres. Cette situation n'est pas, dans l'état présent du droit, toujours acquise.

5°) des personnalités qualifiées.

Elles sont, actuellement, au nombre de deux et sont désignées par le représentant de l'État en considération de l'intérêt qu'elles portent à l'hôpital. Un médecin libéral est présenté conjointement par le Conseil de l'ordre et les organisations les plus représentatives. L'Assemblée a, fort légitimement, précisé qu'outre ce médecin, siégerait désormais un représentant des professions paramédicales libérales.

L'Assemblée nationale a, en outre, ajouté un représentant des usagers siégeant avec voix consultative dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée. Cette initiative est utile et aisée à mettre en oeuvre, dès lors que, dans le cadre de la législation applicable aux établissements sociaux de la loi de 1975, cette catégorie d'usagers bénéficie déjà d'une représentation.

Les modalités d'élection ou de désignation des membres du conseil d'administration sont fixées par voie réglementaire.

La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le Président du conseil général.

Votre commission pouvait, sur ce sujet controversé, emprunter deux voies :

- l'une, tirant les conséquences de la situation actuelle, qui réduit les pouvoirs du conseil d'administration par une tutelle écrasante et un renforcement -justifié mais incontestable- des prérogatives du directeur, soumis au contrôle hiérarchique de l'Etat, aurait pu conduire à supprimer le caractère local des établissements et, par conséquent, le principe de la présidence dévolue aux élus.

- la seconde, constatant qu'au bout du compte, les élus locaux sont les meilleurs représentants des intérêts de la population et les mieux à même de veiller à la satisfaction de leurs besoins, par un renforcement de l'autonomie des établissements, à leur permettre d'exercer pleinement leur responsabilité (1).

C'est cette seconde voie que votre commission a choisi d'emprunter. Un tel choix ne lui paraît toutefois prendre toute sa dimension qu'à la condition de s'accompagner de toutes les orientations qu'elle a retenues et qui tendent à renforcer l'autonomie de gestion des établissements.

(1) et constatant en outre l'impossibilité de confier la présidence à un représentant des organismes d'assurance-maladie ou, a fortiori, à un représentant du personnel

Ces observations de principe étant faites, il convient de noter qu'une innovation essentielle du texte est contenue dans l'antépénultième alinéa de cet article, qui prévoit que le maire ou le président du conseil général peut demander que la présidence soit dévolue à un autre représentant élu, désigné en son sein, respectivement par le conseil municipal ou le conseil régional. Cette innovation ne doit pas être confondue avec la règle actuelle, qui autorise le président, en cas d'empêchement, à se faire représenter.

Votre commission a adopté, **sur la proposition de M. Jean Chérioux, un premier amendement** tendant à permettre au responsable des soins infirmiers de siéger, en qualité de membre de droit, au sein du conseil d'administration.

Elle vous propose, en outre, à cet article, **d'adopter un second amendement** tendant à permettre au président ou au vice-président de la commission médicale consultative, aux représentants universitaires et au responsable infirmier, de se faire représenter en cas d'empêchement.

Art. L. 714-3 du code de la santé publique

Incompatibilités encourues par les membres du conseil d'administration

Le texte proposé pour l'article L. 714-3 du code de la santé publique décrit les incompatibilités encourues par les membres du conseil d'administration dans des termes très proches de ceux de l'article 21 de la loi du 31 décembre 1970 et du décret du 2 mai 1972, pris pour son application.

Le régime d'incompatibilité, réservé jusqu'alors aux élus et au président de la commission médicale consultative, est désormais étendu à tous les membres du conseil d'administration.

Il est précisé que nul ne peut être membre du conseil d'administration à plus d'un titre.

Les personnes encourant une incapacité électorale, liée à une condamnation pénale ou à l'incapacité juridique des majeurs placés sous tutelle sont également écartées.

Nul ne peut être membre du conseil d'administration s'il a personnellement, ou par l'intermédiaire de l'un de ses proches, un intérêt, direct ou indirect, dans un établissement de santé privé. Cette incompatibilité, ainsi que l'a toutefois précisé l'Assemblée nationale, n'est pas opposable aux représentants du personnel, médical ou non médical, lorsqu'il s'agit d'établissements de santé à but non lucratif participant au service public hospitalier ou d'établissements de santé liés, par concession, audit service, et situés dans une zone géographique définie par décret. Ces limitations, complexes, qui ne se trouvaient pas dans le texte initial, ont été supprimées, par voie d'amendement, sur la proposition de M. Charles Descours.

Tout fournisseur de biens et services lié à l'établissement par contrat est écarté, ainsi que les agents salariés de l'établissement lorsqu'ils ne sont pas appelés à siéger en cette qualité même.

Lorsque l'incompatibilité s'applique au président du conseil, son remplaçant est élu dans les conditions décrites à l'article précédent, lorsque le président renonce volontairement à ses fonctions.

Lorsqu'elle s'applique au président ou au vice-président de la commission médicale d'établissement ou aux représentants des universités, les instances concernées élisent, en leur sein, un remplaçant.

Votre commission vous demande d'adopter cet article, sous la réserve de deux autres amendements de coordination et de forme.

Art. L. 714-4 du code de la santé publique

Attributions du conseil d'administration

Le texte proposé pour l'article L. 714-4 définit les attributions du conseil d'administration dans des termes empruntés, pour partie, aux dispositions de l'article 22 de la loi du 31 décembre 1990.

Il convient de rappeler que c'est la loi du 31 décembre 1970 qui a clairement fait apparaître la compétence d'exception du conseil d'administration à qui il revient de délibérer des actes essentiels de la vie de l'établissement, le directeur étant, pour sa part, responsable de sa gestion courante et chargé de préparer les réunions dudit conseil, auxquelles il participe avec voix consultative.

Telle est la raison pour laquelle il appartient au législateur d'énumérer très précisément la nature des compétences du conseil d'administration, non sans avoir rappelé, ainsi que l'a judicieusement précisé un amendement adopté par l'Assemblée nationale, que le conseil définit la politique générale de l'établissement.

Ces observations étant faites, les compétences du conseil d'administration n'ont pas été bouleversées.

L'acte essentiel est le projet d'établissement, lequel se substitue au plan directeur, dont le fondement médical a été renforcé par un amendement adopté à l'Assemblée nationale. Votre commission, dans la suite des articles de ce chapitre, comme dans les précédents, vous proposera de réserver un rôle central au projet, à l'élaboration duquel ses amendements, comme du reste, certaines dispositions du texte, incitent fortement, et grâce auquel les contrôles exercés sur la gestion de l'établissement doivent se trouver, selon elle, allégés.

L'Assemblée nationale a ajouté au projet d'établissement, le contrat pluriannuel visé à l'article L. 712-4 qui devrait, en principe, constituer la traduction contractuelle du projet en y associant les organismes d'assurance maladie.

Viennent ensuite aux 2°, 3°, 4° et 12° de cet article les délibérations relatives aux décisions budgétaires et financières, et notamment aux investissements engagés par les établissements et aux emprunts contractés pour les financer.

Le conseil délibère en outre sur son organisation interne, sur les tableaux d'effectifs, médicaux et non médicaux, le règlement intérieur, le bilan social et, ainsi que l'a précisé l'Assemblée nationale, la politique d'intéressement, dont votre commission a dit l'importance qu'elle devait prendre dans un avenir proche (5° bis, 8°, 9°, 10°, 13°, 14°).

Il doit approuver les actions de coopération développées par l'établissement et notamment toute convention qu'il peut conclure à cet effet (7°) ou les actes d'adhésion à un syndicat interhospitalier ou à un groupement d'intérêt public ou économique.

Enfin, le conseil doit approuver les conventions conclues en application de l'ordonnance de 1958 ou les contrats d'association avec des établissements privés à but lucratif (6°) et tous autres actes tels que les transactions immobilières, l'acceptation des dons et legs et les hommages publics (11°, 15°, 16° et 17°).

Votre commission reviendra plus longuement, à l'occasion de l'examen de la section 3, sur le rôle et la place du conseil d'administration dans la définition de l'organisation des soins et du fonctionnement médical de l'établissement.

A cet article L. 714-4, elle vous propose d'apporter plusieurs modifications, tendant à tirer, au plan purement formel, les conséquences de débat intervenu à l'Assemblée nationale dans des

conditions quelquefois confuses, qui rendent plus difficile, au regard des règles de contrôle, la lecture dudit article.

Son premier amendement tend à confondre, dans un même texte, simplifié, les délibérations visées aux 5°) et 10°) de l'article.

Son deuxième amendement corrige une erreur matérielle au 9°) de l'article.

Son troisième amendement, de conséquence, vise, à supprimer le 10°).

Son quatrième amendement procède à une rectification de pure forme au 14°) de l'article.

Art. L. 714-5 du code de la santé publique

Modalités d'exécution des délibérations du conseil d'administration

Instauration du principe du contrôle a posteriori

L'article L. 714-5 définit les conditions d'exercice de la tutelle de l'Etat sur les délibérations des conseils d'administration. Il assouplit, incontestablement et particulièrement dans le texte retenu par l'Assemblée nationale, les règles posées par l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970 qui soumettent toutes les délibérations, à l'exception des plus négligeables, à l'approbation préalable de la tutelle, dans des délais variant de 30 jours à 6 mois selon les cas.

Dans le texte retenu au Palais Bourbon, les délibérations visées au 1°, 2°, 5° bis) et 6°), à l'exclusion du contrat prévu à l'article L. 712-4 sont soumises à la tutelle, le délai d'approbation étant fixé à six mois en ce qui concerne le projet d'établissement (1°) et à 30 jours pour les autres. Ces délibérations sont celles qui ont trait respectivement aux programmes d'investissements relatifs aux travaux et équipements lourds, aux comptes et à l'affectation des résultats d'exploitation, aux emplois médicaux et aux conventions conclues en application de l'ordonnance de 1958 ou en vue d'une association avec un établissement privé.

Les délibérations budgétaires, visées au 3°), sont soumises à une procédure particulière, décrite aux articles suivants. Toutes les autres décisions sont exécutoires quinze jours après leur transmission représentant de l'Etat. Il s'agirait bien là d'un contrôle a posteriori, comme l'affirme le Gouvernement, si le représentant de l'Etat ne disposait pas, pendant ces quinze jours, du pouvoir d'annuler les décisions qui affectent le budget de l'établissement, sans qu'il soit nécessaire qu'elles en modifient l'équilibre. Il y a donc bien, quoi qu'en disent les auteurs du projet de loi, un maintien de la tutelle a priori, réduite, certes à une tutelle financière. Mais comment établir "l'innocuité budgétaire" d'une délibération quand le représentant de l'Etat décidera de l'annuler ?

Telle est la raison pour laquelle votre commission vous propose d'adopter un amendement d'une portée capitale tendant à poser le contrôle a posteriori comme le principe du contrôle exercé sur les établissements publics de santé et le contrôle a priori comme l'exception.

Le premier alinéa de cet amendement posant ce principe, les second et troisième alinéas offrent deux voies de recours au préfet.

La première est celle du contrôle de légalité, exercé par le tribunal administratif, auquel le préfet défère les délibérations qui lui paraissent illégales, dans les termes prévus par le texte initial de l'article L. 711-5 et selon des formes identiques à celles qui s'appliquent aux collectivités locales.

La deuxième voie de recours offerte au préfet, plus originale, lui permet d'empêcher la mise en oeuvre d'une délibération qui lui semble menacer l'équilibre budgétaire de l'établissement. Il peut, dans le délai de quinze jours suivant la transmission de la délibération, saisir la chambre régionale des comptes pour avis et, si cet avis, rendu dans les trente jours, confirme son analyse, il peut annuler la délibération. Cette procédure, volontairement lourde, conduira ainsi l'autorité de contrôle à n'intervenir que pour des raisons majeures sur la vie quotidienne des établissements. Le Préfet peut, dans ce cas, assortir sa saisine d'un sursis à exécution de la délibération, qui est de droit.

Le dernier alinéa de l'amendement de votre commission, vise, à l'instar des règles applicables aux collectivités locales, à permettre au président du conseil d'administration, de demander au représentant de l'Etat, s'il entend, ou non, saisir le tribunal administratif.

Article additionnel après l'article l. 714-5 du code de la santé publique

Contrôle a priori de certaines délibérations - Champ d'application

Votre commission vous propose, par voie d'amendement, d'introduire un article additionnel après l'article L. 714-5, tendant à définir les délibérations, à l'exception des délibérations budgétaires, visées aux articles suivants, qui continuent d'être soumises à un régime d'approbation préalable, ainsi que le mode et les conditions de l'exercice de ce contrôle.

Le premier alinéa de cet article soumet, dans tous les cas, au contrôle a priori, le projet d'établissement, les conventions conclues en application de l'ordonnance de 1958 et celles qui sont passées avec des établissements privés en vue de leur association au service public hospitalier, en application de l'article L. 715-11. S'agissant de ces dernières conventions, qui doivent constituer une voie privilégiée de la coopération interhospitalière, elles ne peuvent être annulées, au sens du dernier alinéa de l'amendement, qu'en considération de l'intérêt de la santé publique.

Le deuxième alinéa prévoit que, pour les seuls établissements qui ne disposent pas de projet approuvé, les délibérations relatives aux travaux ou équipements lourds qui n'entrent pas dans le champ du régime d'autorisation institué par la section 2 du chapitre II du présent titre ainsi que celles qui ont trait aux effectifs médicaux sont également soumises à l'approbation préalable du représentant de l'Etat. Cet alinéa constitue donc une très forte incitation, pour les établissements, à arrêter un projet pluriannuel qui, une fois approuvé, réduit la tutelle a priori aux seules conventions conclues en application de l'ordonnance de 1958 et aux contrats d'association au service public, et dans ce dernier cas, pour des motifs impérieux de santé publique.

Faut-il rappeler ici que la suppression de la tutelle a priori ne signifie pas que l'Etat est dessaisi de tout instrument de contrôle sur l'appareil hospitalier ? La disparition de la tutelle administrative permettra aux services extérieurs de l'Etat de consacrer tous leurs moyens à la mise en oeuvre d'une planification et d'une gestion plus "intelligentes" de l'appareil de soins.

Le troisième alinéa de l'article qu'il vous est proposé d'insérer, par voie d'amendement, décrit la procédure d'approbation, en précisant, dans les formes retenues par le projet initial, que les délibérations soumises à approbation préalable sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de six mois pour le projet d'établissement et de trente jours dans les autres cas. Ce délai court à compter de la date de réception des délibérations par le représentant de l'Etat.

Art. L. 714-6 du code de la santé publique

Rapport prévisionnel d'activité

L'article L. 714-6 constitue le premier d'une longue série d'articles sur les conditions de l'exercice du contrôle de l'Etat sur la vie budgétaire des établissements, que votre commission vous proposera d'aménager très profondément.

Cet article fait obligation au conseil d'administration de délibérer, avant le 31 juillet de chaque année sur un rapport, présenté par la direction et portant sur les objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir et sur l'adaptation des moyens qui paraissent nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement.

Cette délibération et ce rapport sont transmis aux représentant de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, dans un délai fixé par l'Assemblée nationale à huit jours à compter de la date de ladite délibération.

Si cette obligation nouvelle introduit une contrainte supplémentaire pour l'établissement, votre commission en approuve le principe pour trois raisons.

Ce rapport, d'une lecture plus accessible que le document budgétaire, permettra d'abord un meilleur dialogue au sein de l'établissement. Il renforcera donc la participation des personnels à la politique de l'établissement et, par conséquent, favorisera la réussite de cette dernière.

Il donnera ensuite aux conseils d'administration des établissements dotés d'un projet approuvé, l'occasion de traduire, dans les prévisions budgétaires annuelles, les orientations contenues dans ledit projet.

Il associera enfin, plus encore, les organismes d'assurance maladie à la préparation des budgets des établissements et leur permettra ainsi de rendre, dans le cadre des commissions de l'article 35 du décret du 11 août 1983, des avis plus éclairés sur les budgets qui leur seront soumis. Votre commission, qui entend, dans le cadre de la procédure d'approbation budgétaire, réduire le pouvoir d'intervention, en opportunité, de la tutelle administrative, attend au contraire des organismes d'assurance maladie, présents dans les conseils d'administration, qu'ils apportent un soutien et un conseil avisés aux établissements.

Votre commission vous propose donc d'adopter cet article, non sans avoir fixé au 30 juin la date limite de l'adoption du rapport, le mois de juillet n'étant en effet propice ni à l'achèvement d'un tel travail ni à la réunion, dans des conditions de présence acceptables, du conseil d'administration.

Tel est l'objet de son amendement à cet article.

Art. L. 714-7 et L. 714-8 du code de la santé publique

Procédure d'élaboration et d'approbation du budget

Le texte proposé pour les articles L. 714-7 et L. 714-8, tel qu'il ressort des débats de l'Assemblée nationale, allège sensiblement la procédure d'élaboration et d'approbation du budget, par rapport aux dispositions contenues dans le projet initial, qui faisait intervenir, d'une manière inopportune à cette phase de l'élaboration du budget, la chambre régionale des comptes.

Le premier alinéa de cet article précise que le budget -et les décisions modificatives- sont présentés, avant le 15 octobre -ainsi qu'a voulu, à juste titre, l'indiquer l'Assemblée nationale- par le directeur au conseil d'administration et votés par celui-ci par groupes fonctionnels de dépenses, selon une nomenclature fixée par décret, dont le nombre a été fixé à quatre au plus, par l'Assemblée nationale, pour la section d'exploitation. Ces quatre groupes seraient constitués par les dépenses de personnel, les dépenses médicales, les amortissements et frais financiers et les autres dépenses.

Cette simplification du document budgétaire vise tout autant à clarifier les débats du conseil d'administration qu'à limiter le contrôle d'opportunité de la tutelle.

Les délibérations sont transmises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation et sont réputées approuvées si ce dernier n'a pas fait connaître son opposition dans un délai porté, par l'Assemblée nationale, de trente à soixante jours, afin de permettre à

la tutelle de prendre connaissance des avis formulés par les organismes d'assurance maladie, réunis au sein des commissions de l'article 35 du décret du 11 août 1983 précité (1) .

Pour être approuvé, le budget doit "tenir compte" des orientations du schéma d'organisation sanitaire, de l'activité de l'établissement, et, enfin, d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui, aux termes du texte retenu par l'Assemblée nationale, est fixé avant le 30 septembre, par référence aux hypothèses économiques générales et à la politique sanitaire et sociale, par les ministres chargés respectivement du budget de la santé et de la sécurité sociale.

Par rapport au texte en vigueur, le projet qui vous est soumis substitue donc la prise en compte des orientations du schéma d'organisation sanitaire aux "possibilités de soins qui répondent aux besoins de la population". A tout prendre, compte tenu de la portée normative de l'une ou l'autre des deux rédactions, rapportée à l'importance du taux directeur, votre commission avoue sa préférence pour un texte mêlant la loi actuelle et le dispositif gouvernemental. Une telle rédaction favoriserait les établissements qui, disposant d'un projet approuvé, inscriront leur politique dans le cadre du schéma d'organisation sanitaire. Tel est d'ailleurs bien le sens de l'ajout, judicieux, par l'Assemblée nationale, de la référence à l'activité de l'établissement.

Si les prévisions budgétaires apparaissent injustifiées ou excessives au regard de ces critères, le représentant de l'Etat peut modifier le montant global des dépenses prévues et leur répartition entre les quatre groupes fonctionnels (au plus).

Au vu de la décision du représentant de l'Etat, le conseil d'administration peut, dans un délai de quinze jours à compter de la réception, lui faire connaître ses nouvelles propositions. Ce dernier dispose d'un délai identique pour maintenir -on ne sait trop quoi- ou pour apporter, en les motivant, des modifications aux prévisions de

(1) La rédaction initiale est révélatrice de la considération que porte l'Etat aux organismes d'assurance-maladie.

dépenses. A défaut de décision du représentant de l'Etat, dans ce délai, les propositions du conseil d'administration sont réputées approuvées et ledit représentant arrête, en conséquence, le montant de la dotation globale et les tarifs de prestations. On voit mal, dès lors, en quoi la décision est implicite, ainsi que le dit, pourtant, le texte.

Au vu de la décision du représentant de l'Etat, le directeur soumet à la délibération du conseil d'administration, dans un délai de quinze jours suivant cette décision, la ventilation des dépenses approuvées entre les comptes et chaque groupe fonctionnel.

La décision du conseil est -enfin- exécutoire à compter de la date de sa transmission au représentant de l'Etat. L'article L. 714-8 prévoit, quant à lui, dans les termes simplifiés, retenus par l'Assemblée nationale, que le représentant de l'Etat, lorsqu'il constate que la délibération n'aura pas prévu les crédits nécessaires au respect, des obligations et des engagements de l'établissement ou aura modifié la répartition des dépenses par groupes fonctionnels qu'il avait précédemment arrêtée, règle le budget et le rend exécutoire en assortissant sa décision d'une motivation explicite.

Le seul exposé de la procédure retenue par l'Assemblée nationale montre assez que, pour simplifiée qu'elle ait été, elle reste fort complexe.

Votre commission vous propose d'adopter un certain nombre d'amendements dont le but commun est de réduire le contrôle de l'Etat au seul montant global du budget, dans le cadre du strict pouvoir qui lui revient d'arrêter la dotation globale, sur l'avis des organismes d'assurance maladie.

Son premier amendement vise, au premier alinéa de l'article L. 714-7, à réduire de quatre à deux -dépenses fixes et dépenses médicales- le nombre de groupes fonctionnels.

Son deuxième amendement tend à réduire, au deuxième alinéa de cet article, de soixante à quarante-cinq jours le délai d'approbation offert au représentant de l'Etat, qui permet à ce

dernier de disposer de quinze jours pour examiner l'avis des organismes d'assurance maladie, dont l'établissement pourra, le cas échéant, proposer de tenir compte.

Son troisième amendement, retenu sur la proposition de M. Charles Descours, vise à réintroduire la référence aux besoins de la population, contenue dans la loi actuelle et à ajouter une précision de forme.

Son quatrième amendement tend à limiter le pouvoir de réformation du préfet à la seule modification du montant global des dépenses, sans pouvoir, à ce niveau de la procédure, en modifier la répartition entre les deux groupes fonctionnels. Cet amendement traduit la volonté de votre commission d'imposer ainsi à l'autorité de contrôle et à l'établissement un dialogue respectueux des prérogatives des deux parties. Il appartient, dans cette procédure, à l'établissement de rechercher lui-même les moyens d'accorder sa politique aux contraintes imposées par l'Etat.

Son cinquième amendement simplifie -en lui apportant quelques améliorations formelles- la procédure qui aboutit à la fixation du montant de la dotation globale et du tarif des prestations.

Selon la procédure ainsi retenue, au vu de la décision du représentant de l'Etat réduisant le montant global des dépenses, le conseil d'administration lui présente, compte tenu des motifs qui lui sont obligatoirement exprimés, de nouvelles propositions dans un délai de quinze jours. Le représentant de l'Etat dispose d'un délai identique pour modifier ou approuver le montant global des dépenses résultant de ces propositions, qui peut donc n'être pas conforme à sa propre décision initiale. Il arrête, sur cette base, le montant du budget et non pas de la dotation globale et du tarif des prestations, décision prise dans le cadre des dispositions prévues dans le code de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration dispose alors d'un délai de quinze jours pour adopter, sur la proposition du directeur, le projet de ventilation des dépenses approuvées, entre les comptes de chaque

groupe fonctionnel. La décision est exécutoire à compter de la date de sa transmission au représentant de l'Etat.

Son cinquième amendement vise, enfin, à supprimer l'article L. 714-8, qui offre au représentant de l'Etat un pouvoir de substitution lorsque la délibération du conseil n'est pas conforme à sa décision. Cette suppression s'impose, dès lors qu'en cas de différend, votre commission a permis au représentant de l'Etat d'arrêter le montant global du budget.

Art. L. 714-9 du code de la santé publique

Procédure applicable au cas de refus du conseil d'administration de délibérer sur le budget

A l'instar des dispositions applicables aux collectivités locales, l'article L. 714-9 prévoit, lorsque le budget n'est pas adopté avant le 1er janvier ¹ de l'exercice auquel il s'applique ², que le représentant de l'Etat saisit sans délai la chambre régionale des comptes qui, dans un délai de trente jours, formule des propositions permettant d'arrêter le budget. Le président du conseil d'administration peut, à sa demande, être entendu par la chambre et être assisté, dans cette circonstance, par le directeur. Le représentant de l'Etat arrête le budget et le rend exécutoire. Si le représentant de l'Etat s'écarte de cette proposition, il assortit sa décision d'une motivation explicite. Ce premier alinéa, repris du dernier alinéa de l'article 22 de la loi de 1970, n'appelle pas d'observation particulière.

Le deuxième alinéa applique la même procédure aux cas où le conseil d'administration n'adopte pas les délibérations nécessaires à l'application des mesures législatives ou réglementaires qui interviennent en cours d'année. Votre commission considère, comme la fédération hospitalière de France, cet alinéa vexatoire pour les établissements et juridiquement inopérant dans ce qu'il rappelle seulement un principe fondamental de notre droit. Elle vous propose donc de le **supprimer par voie d'amendement**. Elle précise que rien de tel ne figure dans la législation actuelle.

(1) Rapportés à la réalité hospitalière, ces délais font sourire.

(2) Pour les collectivités locales, la date retenue est celle du 31 mars.

Le troisième alinéa prévoit la procédure de substitution offerte au représentant de l'Etat en cas de carence de l'ordonnateur et, donc, du directeur, dans des termes semblables à ceux qui sont retenus par la législation en vigueur.

Art. L. 714-10 du code de la santé publique

Déséquilibre financier grave et durable

A l'instar des dispositions applicables aux collectivités locales, le texte proposé pour l'article L. 714-10 prévoit la procédure applicable aux établissements dont le déséquilibre financier apparaît grave et durable. Cette disposition, qui n'est pas prévue par la loi du 31 décembre 1970, n'apparaît pas acceptable. Si elle a été introduite pour les collectivités locales, c'est que le budget de ces dernières n'est pas, comme celui des établissements publics de santé, soumis à approbation préalable.

Votre commission vous propose donc, par voie d'amendement, de supprimer cet article.

Art. L. 714-11 du code de la santé publique

Procédure d'approbation des marchés

Contrôle a posteriori

Le texte proposé pour l'article L. 714-11 prévoit que les marchés des établissements publics de santé sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat, qui dispose de la seule faculté de déférer au tribunal administratif, dans les deux mois, les décisions qu'il estime illégales.

Il convient de noter que cette mesure, positive, est la seule qui introduise vraiment un contrôle a posteriori dans le texte initial du Gouvernement.

Votre commission vous propose, par voie d'amendement, de compléter cet article par un alinéa qui, comme à l'article L. 714-5, permet au président du conseil d'administration de demander au représentant de l'Etat de l'informer de son intention de ne pas saisir le tribunal administratif.

Elle vous propose également, par voie d'amendement et toujours par référence à la rédaction de l'article L. 714-5, que le représentant de l'Etat informe l'établissement de la saisine du juge administratif et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées.

Art. L. 714-12 du code de la santé publique

Projet d'établissement

Le texte proposé pour l'article L. 714-12 définit le projet d'établissement qui doit, selon votre commission, constituer l'acte essentiel de la vie des établissements.

Tous les amendements qu'elle vous a proposés, qu'il s'agisse de ceux qui s'appliquent à la planification sanitaire, à l'exercice du contrôle de l'Etat ou à l'organisation interne des établissements, incitent à l'élaboration d'un tel projet, qui doit régler, pour cinq ans, la vie des établissements et l'accorder aux orientations de politique sanitaire définies par l'Etat à travers la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire. Une telle ambition s'accommode mal de la définition actuelle des plans directeurs, telle qu'elle résulte de la loi du 31 décembre 1970 et du décret du 17 mai 1974 pris pour son application.

L'article L. 714-12 se fonde d'abord sur le projet médical, élaboré avec les concours de la commission médicale d'établissement, à travers une collaboration étroite entre son président et le directeur de l'établissement. Il tient également compte des nécessités qu'imposent les soins infirmiers, sur lesquels le service des soins infirmiers et la commission constituée auprès de lui exprimeront leur point de vue. Il tient compte, enfin, de la politique sociale, du plan de formation, de la gestion et du système d'information, trois sujets sur lesquels est consulté le comité technique d'établissement. Sur un plan plus vertical, les projets de service permettront d'imprimer dans cette procédure une logique ascendante. Le projet d'établissement doit enfin définir les moyens d'hospitalisation, en personnel et en équipements de toute nature.

Une fois approuvé, il permet donc à l'autorité administrative d'être assurée de sa cohérence avec le schéma d'organisation sanitaire. Votre commission vous propose, par voie d'amendement, d'alléger, dans ce cas, le régime d'autorisation et le contrôle exercé sur sa gestion. Un tel allègement constituera une incitation incontestable, pour les établissements, à élaborer rapidement leurs projets.

L'assurance maladie pourra prendre sa part à cette réflexion pluriannuelle, à travers la conclusion des contrats prévus à l'article L. 712-4, qui prendront pour base, pour l'essentiel, le contenu du projet d'établissement.

C'est donc compte tenu des amendements qu'elle vous a proposés tout au long du texte, que votre commission vous demande d'adopter cet article, sous la réserve de l'amendement, essentiel, qu'elle vous soumet.

Art. L. 714-13 du code de la santé publique

Attributions du directeur

Cet article reprend, pour l'essentiel, la rédaction actuelle de l'article 22-2 de la loi du 31 décembre 1970. Cette rédaction résulte de la contribution du Sénat et plus particulièrement de son

rapporteur, **M. Jean Chérioux**, à l'occasion de l'examen de la loi du 3 janvier 1984, retenue par l'Assemblée nationale, malgré l'échec de la commission mixte paritaire.

Il précise que le directeur "règle les affaires de l'établissement". Cette formule, appliquée, dans les collectivités locales, à l'assemblée délibérante, exprime fortement le rôle de gestionnaire confié au directeur qui, en outre, prépare les délibérations du conseil d'administration, chargé, pour sa part, de décider des actes essentiels de la vie de l'établissement.

Cette nouvelle rédaction précise, par ailleurs, que le directeur est le représentant légal de l'établissement et lui donne la faculté de déléguer sa signature, prévue déjà par le décret du 11 août 1983.

Votre commission vous propose d'adopter cet article, sous la réserve d'un amendement, qui vise à modifier le troisième alinéa. Cet alinéa prévoit que le directeur, ordonnateur des dépenses, peut procéder, en cours d'exercice, à des virements de crédits dans la limite du dixième des autorisations de dépenses des comptes concernés. Votre commission vous propose de porter, par voie d'amendement, cette limite au cinquième des autorisations de dépenses, lorsque le conseil d'administration y consent.

Art. L. 714-14 du code de la santé publique

Autorisation d'exploiter des brevets et d'assurer des prestations de service

Le texte proposé pour l'article L. 714-14 ouvre la faculté aux établissements, dans le respect des missions qui leur sont imparties, d'exercer, à titre subsidiaire, des activités de nature commerciale, qu'il s'agisse de prestations de service ou de l'exploitation de brevets ou de licences, dans le cadre de leurs activités de recherche.

Les recettes dégagées par ces activités peuvent donner lieu à l'inscription de dépenses non soumises au taux directeur. Cette mesure met un terme à la règle actuelle, selon laquelle les recettes dégagées par de telles activités viennent en atténuation de la dotation globale. Elle constitue l'un des premiers éléments d'une politique d'intéressement collectif des personnels à leur activité.

Le second alinéa du texte prévoit qu'en contrepartie, le déficit éventuel de ces activités n'est pas opposable aux collectivités publiques et organismes qui assurent le financement des établissements.

Il faut espérer enfin que les dispositions réglementaires prises pour l'application de cet article n'en restreindront pas excessivement la portée.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement tendant à prévoir que les recettes tirées de ces activités donnent lieu à l'inscription au budget de dépenses non soumises au taux directeur, alors que le texte ouvre une simple faculté.

Art. L. 714-15 du code de la santé publique

Attributions de l'agent comptable et relations avec l'ordonnateur

Reprenant les dispositions de la loi de 1970 dans ce qu'elle décrit les attributions, la qualité et les relations de l'agent comptable avec le directeur, le texte proposé par l'article L. 714-15 ajoute quelques dispositions nouvelles, inspirées par les nécessités de la gestion quotidienne des établissements.

C'est ainsi que le comptable pourra assister, avec voix consultative, au conseil d'administration, lorsque celui-ci délibère d'affaires de sa compétence. Il devra, en contrepartie, payer les mandats dans l'ordre choisi par l'ordonnateur -le directeur- et lui

communiquer tout élément comptable utile à la vie de l'établissement.

Enfin, le texte de cet article permet aux établissements publics de santé de placer et de rémunérer certains fonds. Cette mesure constitue une novation importante, dont la portée variera au gré des dispositions réglementaires. Il convient seulement de rappeler que le principe de spécialité s'impose également aux établissements publics de santé, dont la mission est plus de soigner les malades que de développer une politique de placement.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans le modifier.

Section 2

Organes consultatifs

La section 2 du chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique est relative aux organes consultatifs des établissements publics de santé, que sont, d'une part, la commission médicale consultative et, d'autre part, le comité technique d'établissement, lequel se substitue au comité technique paritaire.

Art. L. 714-16 du code de la santé publique

Constitution, composition et attributions de la commission médicale d'établissement

Le texte proposé pour l'article L. 714-16 renforce quelque peu, par rapport au dispositif actuel, les prérogatives de la commission médicale d'établissement dans des termes qui, pour séduire le lecteur, n'ont qu'assez peu de rapports avec la règle de droit.

La composition des commissions médicales d'établissement ne devrait pas être affectée par le texte. Elle a en effet été récemment modifiée par le décret du 26 octobre 1990.

Aux termes de ce décret, dans les centres hospitaliers non universitaires, les praticiens hospitaliers assurant les fonctions de chefs de service disposent d'un nombre de représentants égal à celui des praticiens n'exerçant pas de telles fonctions.

Dans les centres hospitaliers et universitaires, une parité est également instituée entre les professeurs d'université, praticiens hospitaliers et les autres praticiens hospitaliers titulaires.

Ces deux parités sont assurées sans tenir compte des autres catégories représentées au sein des commissions (attachés, internes, etc...).

Votre commission, sur la proposition de M. Charles Descours, a adopté un amendement tendant à confier, dans tous les cas, la présidence des commissions à un chef de service.

Les compétences de la commission sont d'abord de "préparer" avec le directeur le projet médical de l'établissement qui, établi pour une durée de cinq ans, fixe des objectifs médicaux compatibles avec ceux du schéma d'organisation sanitaire.

Il vous est proposé, par voie d'amendement, de préciser que la commission émet un avis sur le projet médical, à la préparation duquel elle est associée. Le Président peut être, à cet effet, mandaté par la commission, selon le dernier alinéa de l'article, introduit par l'Assemblée nationale.

La commission prépare également avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales de l'établissement, conformément à la section 3. Compte tenu de l'amendement

Durieux", dont votre commission vous proposera d'accepter la rédaction, il convient de modifier, **par voie d'amendement**, cet alinéa pour prévoir que, selon son choix, la commission propose ou est associée à la préparation des mesures d'organisation des soins.

La commission est en outre consultée sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement, sur le rapport d'orientation budgétaire, sur le projet de budget, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales (3° de l'article).

Elle est enfin consultée sur le fonctionnement des services autres que médicaux dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades (4° de l'article). Votre commission, **sur la proposition de M. Charles Descours**, a adopté un amendement tendant à supprimer cette réserve, par parallélisme avec les compétences du comité technique d'établissement, chargé d'émettre un avis sur l'organisation de tous les services, médicaux ou non.

Dans ces deux alinéas, (3° et 4°) pour des motifs purement formels, il vous est proposé, **par voie d'amendement**, de remplacer les mots "est consultée" par les mots "émet un avis".

Tel est d'ailleurs, la rédaction retenue par l'alinéa introduit par l'Assemblée nationale et tendant à prévoir que la commission émet un avis sur le bilan social, le plan de formation des personnels et les modalités de mise en oeuvre d'une politique d'intéressement. Votre commission, **sur la proposition de M. Charles Descours**, a retenu un amendement tendant à porter l'accent sur les plans de formation des personnels médicaux et paramédicaux.

Enfin, la commission médicale est informée des conditions d'exécution du budget.

Pour des raisons de bon ordre, il vous est proposé, **par voie d'amendement**, d'inverser les 5° et 6° de cet article, afin de bien

distinguer la fonction consultative de la commission, des autres missions qui lui sont confiées.

La commission peut, en outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres ou du chef de service ou de département -votre commission vous demande de supprimer, par voie d'amendement, pour des raisons de pure coordination avec ses amendements à la section3, la référence aux coordonnateurs-délibérer sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire. Cet alinéa, capital, doit notamment permettre de développer la présentation des budgets par services.

Art. L. 714-17 du code de la santé publique

Constitution et composition du comité technique d'établissement

Le texte proposé pour l'article L. 714-17 substitue à l'actuel comité technique paritaire, un comité technique d'établissement qui, par sa composition comme par ses compétences, redéfinies par l'article L. 714-18, se rapproche du modèle des comités d'entreprise.

Le comité serait désormais composé exclusivement des représentants du personnel, élus par collèges constitués en fonction des catégories définies par le statut de la fonction publique hospitalière.

Dans le texte adopté par l'Assemblée nationale, il est présidé par le président du conseil d'administration ou par un de ses représentants ou, en cas d'empêchement, par le directeur.

Votre commission vous propose, par voie d'amendement, de revenir au texte initial, en confiant au directeur la présidence du comité. Il apparaît en effet plus sage de laisser au directeur le soin d'établir le dialogue direct avec le personnel et de

permettre ainsi au président du conseil d'administration d'arbitrer, ou d'apaiser, les conflits éventuels.

Enfin, l'Assemblée nationale a voulu introduire, dans la loi, le mode d'élection des représentants du personnel afin de garantir un monopole de présentation des candidatures aux syndicats représentatifs.

Votre commission observe que l'élection par collèges constitués selon les catégories réduit, sans qu'il paraisse possible de faire autrement, la part potentielle réservée, parmi le personnel non médical, aux infirmier(e)s, et au personnel paramédical. Le faible taux de syndicalisation des intéressés risque d'aggraver encore, avec le système retenu par l'Assemblée nationale, la sous-représentation de ces catégories d'agents.

Ce système, inspiré du droit privé du travail, est, en outre, en parfaite contradiction avec les règles appliquées dans la fonction publique.

Dans ces conditions, il vous est proposé, par voie d'amendement, de supprimer la partie de cet article relative au mode d'élection des délégués. Il appartiendra au Gouvernement, face aux professions paramédicales, de faire ses choix et de prendre ses responsabilités.

Art. L. 714-18 du code de la santé publique

Attributions du comité technique d'établissement

Les compétences du comité technique d'établissement sont, par rapport à celles des comités techniques paritaires, élargies et renforcées.

Le comité est consulté sur tous les actes importants de la vie de l'établissement, sur toutes les questions intéressant l'emploi et le statut des personnels mais aussi sur le bilan social, les modalités de

la politique d'intéressement et les actions de coopération engagées par l'établissement.

Le dernier alinéa de cet article -introduit à juste titre, par l'Assemblée nationale- que votre commission vous **propose, par voie d'amendement, de supprimer**, pour l'insérer à des fins purement formelles, dans l'article L. 714-19, commun à la commission médicale et au comité technique, prévoit qu'un représentant de l'une de ces instances assiste aux réunions de l'autre. Votre commission vous propose, par ailleurs, d'adopter un **amendement de coordination** avec les modifications qu'elle vous suggérera de retenir dans la section 3 du présent chapitre, qui constitue, par surcroît, une simplification, séparable, de la rédaction de l'article.

Art. L. 714-19 du code de la santé publique

Modalités d'application des articles L. 714-17 et L. 714-18

L'article L. 714-19 renvoie au pouvoir réglementaire le soin de fixer les modalités d'application des deux articles précédents.

L'Assemblée nationale a précisé qu'un décret définit les moyens dont disposent les instances consultatives pour remplir leurs missions.

Votre commission vous propose d'insérer, par voie **d'amendement**, dans cet article, la règle selon laquelle un représentant de l'une des instances peut assister aux réunions de l'autre.

Section 3

Organisation des soins et fonctionnement médical

La section 3 du chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique, relative à l'organisation des soins et au fonctionnement médical des établissements, remet en cause les dispositions de la loi du 24 juillet 1987 qui, après l'échec avéré de la loi du 3 janvier 1984, avait permis de déterminer des règles équilibrées d'organisation médicale interne des établissements, acceptées par une majorité des praticiens.

Faute d'être parvenu à convaincre -pour des raisons que l'examen des articles suffira à faire ressortir- de la justesse des dispositions contenues dans les articles L. 714-20 à L. 714-25, le Gouvernement a déposé un amendement visant à permettre aux conseils d'administration des établissements dotés d'un projet approuvé, de décider eux-mêmes, sans autre contrainte qu'une large adhésion du corps médical à leur décision, de leur organisation médicale interne.

En d'autres termes, le texte soumis à l'examen du Sénat tend, dans ses premiers articles, à imposer un modèle d'organisation très rigide, centralisateur et d'une complexité avérée et, au bout du compte, par un amendement traduisant la lassitude des auteurs, permet aux acteurs de l'hôpital de déterminer eux-mêmes l'organisation de leurs structures médicales.

Votre commission vous propose, sans bouleverser inutilement les articles, de considérer que cet amendement pose, dans le prolongement des amendements qu'elle vous a elle-même présentés jusqu'à présent, dans ce domaine comme dans tous les autres, l'autonomie comme le principe du fonctionnement des établissements, la règle posée par la loi ne s'appliquant que dans le cas où, faute de disposer d'un projet approuvé et de réunir un large accord au sein du corps médical, les conseils d'administration ne parviennent pas à se déterminer eux-mêmes. Ces règles seront, par rapport au texte qui vous est soumis, sensiblement modifiées, afin de maintenir le service

comme la structure de gestion administrative et médicale de base, d'introduire l'unité fonctionnelle comme le niveau élémentaire de prise en charge des malades et le département comme le moyen d'associer, avec leur accord, les services ou des unités fonctionnelles. Votre commission vous propose également de réunifier les modes de nomination des responsables médicaux, en tirant toutes les conséquences, sur ce plan, de l'incapacité des établissements à s'autogérer.

Votre commission insiste enfin pour dire que le modèle décrit par la loi, comme celui qui résulte de la loi actuelle, inspireront sûrement, dans le schéma d'organisation qu'elle suggère, la réflexion des conseils d'administration qui choisiront la voie de l'autonomie.

Art. L. 714-20 du code de la santé publique

Organisation médicale des établissements

Modèle normatif d'organisation

Faute -pour les conseils d'administration- d'être parvenus à réunir les conditions pour délibérer librement de leur organisation interne, la loi doit prévoir un schéma alternatif. Votre commission, dans le souci de mettre un terme au débat qui, depuis 1982, a fortement dégradé les rapports internes des établissements et ébranlé le rapport de confiance, pourtant naturellement fragile, entre l'Etat et les praticiens hospitaliers, a décidé de vous soumettre une série d'amendements visant à établir, entre la loi du 24 juillet 1987 et le projet de loi soumis à votre examen, un équilibre permettant à la fois de maintenir une hiérarchie hospitalière assise sur la compétence et de répondre aux aspirations, légitimes, des plus jeunes praticiens.

Elle vous propose, en conséquence, de rédiger autrement l'article L. 714-20.

Son amendement vise, au premier alinéa de l'article, à supprimer toute référence aux départements, afin de souligner que le service reste bien l'unité administrative de base des établissements.

Il tend, pour des raisons de cohérence, à supprimer les dispositions prévoyant, au deuxième alinéa, que les services et les départements sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier. Ces dispositions semblent en effet déjà contenues dans l'article L. 714-21.

Il vise enfin et surtout, à redéfinir les structures internes dans le respect des principes qui ont guidé la réflexion de votre commission.

Au sens de l'amendement, les établissements sont, pour leur fonctionnement médical, organisés en services, qui sont eux-mêmes constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation.

Elles se substituent ainsi aux pôles d'activité prévus par la loi du 24 juillet 1987, dans des conditions qui, fixées par les amendements de votre commission aux articles suivants, préservent toutefois la pleine autorité des chefs de service.

Les départements sont des fédérations de services ou d'unités fonctionnelles constitués en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, d'une gestion commune de lits ou d'équipement ou d'un regroupement des moyens en personnel pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs. Ils ne peuvent être constitués, selon le texte que vous proposera votre commission pour l'article L. 714-25, qu'avec l'accord des chefs de service concernés. Ce dispositif est donc repris de la loi du 24 juillet 1987 et s'écarte de la curieuse définition retenue par le texte de l'Assemblée nationale, qui distingue les départements des services par le nombre d'unités fonctionnelles et l'homogénéité, ou l'hétérogénéité des disciplines pratiquées.

Le dernier alinéa de l'amendement tend à prévoir que lorsqu'une unité fonctionnelle ne présente pas de complémentarité directe avec d'autres unités de même discipline ou qu'il n'existe pas d'unités ayant la même activité, elle constitue un service. Il convient en effet de supprimer la référence au caractère exceptionnel d'une telle situation, tant pour écarter une réserve sans valeur normative que les sous-entendus qu'une telle formulation peut contenir.

Art. L. 714-21 du code de la santé publique

Mode de nomination des chefs de service ou de département

Le contenu de l'article L. 714-21 a, plus que les autres encore, suscité les plus vives réactions du monde médical hospitalier.

Il visait, dans la rédaction initiale du texte gouvernemental, et avant que l'Assemblée nationale n'introduise une distinction fonctionnelle -curieusement formulée- entre les deux structures, à ne distinguer département et service que par le seul mode de nomination des responsables, la vertu structurante des lois de 1987 et de 1984 qui, sous une forme autoritaire, visait aux mêmes buts, étant complètement effacée.

Le texte retenu par l'Assemblée nationale n'est guère plus satisfaisant.

Son premier alinéa prévoit que les chefs de service sont nommés par le ministre chargé de la santé, après avis notamment du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. L'adverbe "notamment" vise probablement à introduire la consultation d'autres instances, de niveau local ou national.

Son second alinéa confie au conseil d'administration le soin de désigner les chefs de département, après avis notamment, sans que l'on sache, à ce niveau, quelle conséquence s'attache à l'usage de cet adverbe, de la commission médicale d'établissement,

sur proposition des praticiens titulaires du département, pour une durée de cinq ans, dans des conditions définies par voie réglementaire.

Ce mode de désignation instaure une forme de "démocratie hospitalière" qui n'offre aucune garantie de compétence et, partant, menace l'intérêt des patients. Il a été précisé par l'Assemblée nationale, comme une contrepartie bien faible à cette observation majeure, que la commission médicale d'établissement siège à cette occasion en formation restreinte, limitée aux praticiens hospitaliers.

Le quatrième alinéa précise que seuls les praticiens titulaires relevant d'un statut à temps plein ou, si l'activité le justifie, les praticiens titulaires relevant d'un statut à temps partiel, peuvent exercer les fonctions de chef de service ou de département.

L'alinéa suivant renvoie à un texte réglementaire le soin de déterminer les conditions de candidature, de nomination ou de renouvellement dans les fonctions des seuls chefs de service, dont certaines peuvent être propres à la psychiatrie.

Il convient de rappeler, en effet, qu'une instance nationale formule un avis sur la nomination des chefs des services psychiatriques.

L'avant-dernier alinéa rappelle que les chefs de service ou de département sont démis de leurs fonctions en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle ou de décision prise dans l'intérêt du service.

Enfin, le dernier alinéa supprime le "consultanat", régime introduit par la loi du 24 juillet 1987, en vue de permettre à ceux des chefs de service, professeurs des universités admis, à ce dernier titre, à prolonger leur activité jusqu'à l'âge de 68 ans, de continuer à exercer dans l'établissement jusqu'au même âge, en qualité de "consultants". L'Assemblée nationale a toutefois décidé, sous une forme juridiquement curieuse, de reporter au 30 septembre 1993 la

suppression du consultanat, qu'il convient donc, dans le vide juridique ainsi créé d'ici cette date, de rétablir.

Votre commission vous propose de modifier très sensiblement cet article.

Par son premier amendement, elle vous propose d'uniformiser le mode de nomination des chefs de service ou de département, afin de tirer toutes les conséquences de la logique du texte qu'elle vous suggère de retenir : ou bien le conseil d'administration est parvenu à réunir les conditions requises pour décider librement de son organisation interne et il peut alors nommer lui-même, dans les conditions qu'il a décidé, les responsables médicaux de l'établissement, ou bien il a échoué dans cette entreprise et il convient alors de laisser à la loi le soin de fixer les règles d'organisation et au ministre chargé de la santé la charge de nommer lesdits responsables.

L'amendement de votre commission confie donc au ministre chargé de la santé la responsabilité de nommer les chefs de départements et de services, pour une durée de cinq ans renouvelable, après avis :

- des praticiens titulaires du service ou du département ;
- de la commission médicale d'établissement qui siège, à cette occasion, en formation restreinte aux praticiens hospitaliers ;
- du conseil d'administration ;
- d'une instance nationale -à l'instar de la procédure retenue pour la psychiatrie-, qui pourrait être la commission nationale statutaire ou toute autre structure que le pouvoir réglementaire pourrait retenir.

Cette procédure, alourdie par rapport aux règles actuelles, fait ainsi clairement ressortir le choix laissé aux établissements entre le "tout-Etat" ou l'autonomie.

Le deuxième amendement de votre commission tire les conséquences, au cinquième alinéa, de la disparition des particularités qui affectent la psychiatrie.

Le troisième amendement rétablit, pour des raisons strictement juridiques, le régime du consultanat et il vous sera proposé, pour des raisons de fond, de supprimer l'article 26 bis qui prévoit d'y mettre un terme le 30 septembre 1993. Consciente, cependant, des difficultés que suscite, dans certaines circonstances, la "cohabitation" entre chefs du service nouvellement nommés et consultants, votre commission vous suggère de confier au conseil d'administration le soin de décider s'il convient, ou non, d'accorder le statut de consultant à ceux des praticiens qui le demandent, au vu des circonstances, qu'il lui est par ailleurs donné d'apprécier chaque année. Elle vous propose en outre, d'inviter le Gouvernement, par voie réglementaire, à modifier le statut des consultants, en vue de leur permettre d'accomplir des missions de conseil ou d'intérêt général. Cette précision, essentielle, a été introduite sur la proposition de M. Jean Chérioux.

Cette rédaction paraît de nature à répondre aux critiques opposées à ce régime, sans pour autant le remettre en cause. Il faut rappeler qu'il permet à des personnalités éminentes de continuer de tenir, à l'hôpital, le rôle et la place que mérite leur immense talent, dans l'intérêt de l'ensemble de la communauté hospitalière et, au bout du compte, des malades.

Art. L. 714-22 du code de la santé publique

Institution, composition et attribution du conseil de service ou de département

Le texte proposé pour l'article L. 714-22 rétablit, avec un luxe de détails incomparables, les conseils de service ou de département, institués par la loi du 3 janvier 1984.

Compte tenu du choix qu'elle a décidé d'offrir aux établissements entre liberté et règles écrites, et du fait qu'elle

accepte, tout bien considéré, le principe d'un conseil de service, votre commission ne vous proposera pas de supprimer cet article.

Elle considère, en outre, qu'un tel conseil, consulté sur le projet de service et, éventuellement, associé à son élaboration, constituera l'un des éléments de la dynamique ascendante qu'il convient de mettre en oeuvre dans l'établissement.

Elle vous propose cependant, par un amendement présenté par M. Jean Chérioux, de redéfinir les conseils de service dans des termes identiques à ceux qui avaient été retenus par le Sénat, sur ce point, en 1984. Cette rédaction lui paraît de nature à tenir un meilleur compte des nécessités qu'impose le bon fonctionnement du service ou du département.

Art. L. 714-23 du code de la santé publique

Attribution des chefs de service ou de département

Le texte proposé pour l'article L. 714-23 ne s'écarte pas sensiblement, dans la définition qu'il donne des attributions du chef de service ou de département, des dispositions actuelles, telles qu'elles résultent de l'article 20-1 de la loi du 31 décembre 1970.

Le chef du service ou du département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique, dans -ainsi qu'a voulu le préciser l'Assemblée nationale en reprenant les termes de la loi du 24 juillet 1987- le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et, pour tenir compte de la rédaction de l'article L. 714-20, des missions dévolues aux unités fonctionnelles par le projet de service ou de département. Votre commission vous propose, à cet égard, de modifier, par voie d'amendement, le texte proposé pour le troisième alinéa de cet article, afin de préciser que le projet de service ou de département est élaboré par son chef, qui recueille l'avis du conseil de service, associé à sa préparation dans les conditions prévues dans l'amendement présenté à l'article L. 714-22.

L'article stipule, en outre, que le chef de service ou de département est assisté, selon la nature des activités du service ou du département, par une sage-femme, un cadre para-médical ou un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leur compétence.

Le chef de service ou de département doit élaborer, tous les deux ans, un rapport d'activité et d'évaluation, soumis à l'avis du conseil et qui précise l'état d'avancement de la réalisation du projet. Votre commission aurait volontiers réduit à un rapport quinquennal l'obligation posée par l'article si, par sa plus grande régularité, ledit rapport ne lui était pas apparu comme le moyen de définir, au niveau du service ou du département, un authentique centre de responsabilité administrative et financière, ainsi que le laissent entrevoir tout à la fois le dernier alinéa de l'article et les compétences de la commission médicale consultative en matière budgétaire.

Votre commission approuve enfin l'introduction, à la fin de l'article, d'une référence à l'intéressement des personnels à la gestion.

Art. L. 714-24 du code de la santé publique

Modalités d'organisation des unités fonctionnelles

Le texte proposé pour l'article L. 714-24 définit les modalités de la désignation du responsable et de l'organisation des unités fonctionnelles.

Aux termes de cet article, l'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier titulaire ou, a précisé l'Assemblée nationale, d'un chef de clinique -pourquoi écarter, dès lors, les assistants-assistants ?-. Votre commission vous propose, par voie d'amendement, de supprimer cet ajout car les chefs de clinique exercent le plus souvent leur fonction pour une durée trop courte pour réaliser l'objectif, pourtant énoncé par le rapporteur à l'Assemblée nationale, de continuité des fonctions.

Le texte prévoit en outre que, le cas échéant, si certaines unités fonctionnelles ne sont pas pourvues d'un responsable, elles sont toutes confiées à un seul praticien. Votre commission a, sur la proposition de M. Charles Descours, supprimé, par voie d'amendement, cet alinéa, qui lui a semblé superfétatoire et dangereux.

Le texte prévoit par ailleurs que les chefs d'unités fonctionnelles sont désignés par le conseil d'administration, après avis des praticiens titulaires du service ou du département, de la commission médicale consultative et, dans les termes retenus à l'Assemblée nationale, avec l'accord du chef de service ou de département. Votre commission vous propose, par voie d'amendement, de revenir, sur ce dernier point, au texte initial du Gouvernement, qui faisait référence à la "proposition" du chef de service.

Elle vous suggère également de prévoir, par voie d'amendement, afin de prévenir les conflits et sans les remettre nécessairement en cause, que les chefs d'unités fonctionnelles sont confirmés dans leur fonction, à chaque changement du chef de service ou de département et sur proposition de ce dernier.

Art. L. 714-25 du code de la santé publique

Fédérations

Votre commission vous propose de supprimer cet article dans ce qu'il permet de fédérer des services ou des départements, dès lors que, dans son texte, ces derniers tiennent lieu de structures fédératives.

Elle vous suggère donc par voie d'amendement de substituer à ces dispositions une rédaction aux termes de laquelle les départements sont constitués avec l'accord des chefs de service.

Art. L. 714-25-1

Responsabilités particulières des sages-femmes

L'Assemblée nationale a, sur un excellent amendement, présenté notamment par M. Jean-Luc Prével, introduit un article L. 714-25-1, nouveau, qui tend à prévoir que les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence et qu'elles participent à l'évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du service et du département.

Votre commission, nonobstant le fait qu'une partie de ces dispositions figurent déjà au premier alinéa de l'article L. 714-23, vous demande d'adopter cet article, qui consacre le rôle des sages-femmes.

Article L. 714-25-2 du code de la santé publique

Application du principe de l'autonomie des établissements à la détermination de leur organisation interne

L'objet de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, qui laisse les conseils d'administration libres de choisir l'organisation des soins, s'inscrit pleinement, sans qu'il en ait été vraiment voulu ainsi, dans la démarche de votre commission, désireuse de renforcer l'autonomie des établissements et notamment de ceux qui se dotent d'un projet d'établissement approuvé.

La première condition posée par cet article est, en effet que l'établissement soit doté d'un projet approuvé. Il convient de souligner, à cet égard, que le projet d'établissement comporte, par lui-même, une proposition de répartition et d'allocation des moyens qui commande, sans nul doute, en partie, le mode d'organisation dont ledit établissement entend se doter.

Le projet constitue donc le cadre normatif dans lequel, deuxième condition posée par l'article, la commission médicale d'établissement propose un schéma original d'organisation. La commission médicale d'établissement, chargée de délibérer sur cette question déterminante, siège en formation restreinte aux praticiens hospitaliers et la proposition doit recueillir, en son sein, une majorité des deux tiers. Afin de mieux apprécier les exigences d'une telle majorité qualifiée, il convient de se reporter à la composition des commissions, telle qu'elle a été décrite plus haut.

Le dernier alinéa confie, en outre, au conseil d'administration, le soin de définir les structures internes et de désigner les responsables médicaux, dans le respect des droits des chefs de service en fonction à la date de promulgation de la loi.

Tel est donc l'objet de cet article que votre commission vous demande d'adopter, qui constitue l'un des éléments de l'autonomie de gestion dont elle entend elle-même doter les établissements publics de santé.

Art. L. 714-26 du code de la santé publique

Institution et attributions du service des soins infirmiers

Le texte proposé pour l'article L. 714-26 institue un service de soins infirmiers -qui constitue un service non médical et qui ne tombe donc pas sous le coup des dispositions précédentes- dont la direction est confiée, ainsi que votre commission vous propose de le préciser par voie d'amendement, dès le premier alinéa, à l'infirmier général dont il a été précisé, à juste titre, qu'il appartient à l'équipe de direction. Il vous est demandé, par coordination, de supprimer, par voie d'amendement, le dernier alinéa.

Cet article est capital, dans ce qu'il consacre solennellement la place et le rôle du personnel infirmier dans le fonctionnement des établissements. Il introduit dans la loi la notion de service infirmier, déjà contenue dans les textes réglementaires et rend ainsi désormais cette structure obligatoire.

L'Assemblée nationale a institué, au sein du service, une commission, constituée de représentants des personnels infirmiers, consultée par le directeur sur l'organisation générale des soins infirmiers, et sur l'accompagnement des malades définis dans un projet de soins infirmiers, sur la recherche dans le domaine des soins infirmiers et sur leur évaluation, ainsi que sur la formation.

L'institution de cette commission présente un double intérêt. Elle confirme d'une part que ce "service" constitue un lieu de concertation et non point un service vertical comme le sont les autres structures, médicales ou non médicales, de l'établissement. Elle offre d'autre part aux infirmiers un lieu d'expression spécifique dès lors que leur juste représentation n'est pas garantie au sein des comités techniques d'établissement.

Votre commission souligne toutefois que l'institution de structures de consultation ne saurait suffire à réduire le malaise du personnel infirmier et rappelle à cette occasion qu'une mission d'information sénatoriale a, dans un rapport récent (n° 396, 2ème session ordinaire 88/89), présenté un certain nombre de propositions en vue d'améliorer le statut de ces personnels et redéfinir sa place et son rôle dans le système de soins.

Section 4

Les personnels des établissements publics de santé

Art. L. 714-27 du code de la santé publique

Fonction publique hospitalière

Le texte proposé pour l'article L. 714-27 reprend les dispositions de l'article 25 de la loi du 31 décembre 1970, qui énumère les personnels hospitaliers, non sans lui apporter un complément.

Ce complément vise à donner une base légale à l'engagement d'assistants dans les hôpitaux généraux régis par le décret n° 87-788 du 28 septembre 1985, qui permet le recrutement d'assistants pour une période d'un ou deux ans renouvelable par période d'un an et dans la limite de quatre ans, sur proposition du chef de service et après avis de la commission médicale d'établissement et de médecin inspecteur régional.

Art. L. 714-28 du code de la santé publique

Droit d'expression directe et collective

Le texte proposé pour cet article L. 714-28 renvoie au pouvoir réglementaire le soin de fixer, dans les services non médicaux, la forme que doit prendre l'expression directe du personnel, dès lors que des conseils sont institués dans les services ou départements médicaux.

Il pourra s'agir de dispositions inspirées du droit du travail.

Votre commission ne saurait refuser aux personnels non médicaux ce qu'elle a accepté pour les autres catégories de personnel et elle vous demande donc d'adopter cet article sans le modifier.

*

* *

Votre commission vous demande d'adopter l'article 7, ainsi modifié.

Art. 8

Codification

(Compléments à la section 4 et à la section 5 du chapitre IV du Titre premier du livre VII du code de la santé publique)

L'article 8 n'a pas d'autre objet que de compléter le chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 7, par des dispositions de la loi du 31 décembre 1970, qu'il codifie.

Il prévoit, dans son paragraphe I, que la section 4 du chapitre IV est complétée par un article L. 714-29 qui, repris de l'article 25 de la loi du 31 décembre 1970, est relatif aux modalités de remise en cause, avant l'échéance quinquennale, de la nomination des praticiens hospitaliers à temps partiel.

Son paragraphe II complète le chapitre IV par une section 5, intitulée "dispositions diverses" et composée des articles L. 714-30 à L. 714-42 tels qu'ils résultent de l'article 14 du projet de loi. Ces dispositions régissent, pour l'essentiel, les modalités d'exercice d'une activité privée dans les établissements publics, définies par la loi du 24 juillet 1987.

L'Assemblée nationale a complété, à cet égard, à l'article 14, le nouvel article L. 714-31 par un alinéa excluant du champ de l'activité libérale à l'hôpital public le transport ou la greffe d'organes ou de tissu humain, pour des motifs fondés qu'il ne convient pas de développer ici. Votre commission complètera cet ajout.

Art. 9

Codification et représentation des salariés dans les établissements de santé privés

(Chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

Le paragraphe I de cet article tend à insérer un chapitre V dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique, intitulé :

"les établissements de soins privés"

Votre commission vous demande d'adopter, à ce paragraphe, un amendement de pure coordination, tendant à insérer, ici comme ailleurs, l'intitulé retenu par l'article 27 de la loi

"les établissements de santé privés"

*

Le paragraphe II de cet article, introduit, dans ce nouveau chapitre une section 1 intitulée "dispositions générales", dans laquelle il insère un article nouveau, destiné à prévoir la représentation des salariés dans les instances de décision de tous les établissements de santé privés.

Art. L. 715-1

Représentation des salariés dans les établissements de santé privés

Le texte proposé pour l'article L. 715-1 tend à généraliser la représentation des salariés au sein des instances de direction ou de contrôle de tous les établissements de santé privés, quelque soit leur statut.

Dans l'état actuel du droit, cette représentation est assurée dans tous les établissements constitués en forme de sociétés et

dotés d'un conseil d'administration ou de surveillance. Cette représentation s'établit à hauteur de deux ou de quatre membres du comité d'entreprise.

Cette représentation est également assurée dans les établissements mutualistes comptant plus de cinquante salariés, en vertu des dispositions de l'article L. 125-4 du code de la mutualité.

Les autres établissements de santé, à but non lucratif, constitués en forme d'associations ou de fondation échappent donc, du seul fait de leur statut, à une telle obligation, que le projet de loi introduit désormais, en renvoyant aux textes réglementaires le soin d'en définir les modalités de mise en oeuvre.

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

*

Le paragraphe III de l'article 9 complète la section 1, créée par le paragraphe II, par trois articles de la loi du 31 décembre 1970, codifiés, sous la réserve de modifications de forme, par l'article 14 du projet de loi. La section 1 comporte donc quatre articles (L. 714-1 à L.714-4).

Art. 10

Codification et dispositions propres aux établissements de santé privés assurant l'exécution du service public hospitalier ou associés à son fonctionnement

(Section 2 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

Le premier paragraphe de cet article insère, dans le chapitre V, consacré aux établissements de santé privés et après la section première, portant diverses dispositions générales introduites par l'article 9, une deuxième section, introduisant des dispositions propres aux établissements de santé privés qui assurent le service public hospitalier ou sont associés à son fonctionnement.

Votre commission vous demande seulement d'adopter, à cet article, un amendement tendant à remplacer, partout où ils sont employés, les termes "établissements de soins privés", par les termes "établissements de santé privés".

Quatre des sept articles de la section sont introduits par le paragraphe I et appellent quelques commentaires.

Art. L. 715-5 du code de la santé publique

Obligations des établissements de santé privés admis à assurer le service public hospitalier

Le texte proposé pour l'article L. 715-5 reprend les dispositions de l'article 40 de la loi du 31 décembre 1970, qui pose le principe de la participation des établissements de santé privés à l'exécution du service public hospitalier, dans les conditions prévues, soit à l'article 41 qui vise la participation des établissements privés à but non lucratif, soit à l'article 42, qui permet la conclusion de contrats de concession de service public.

Le texte retenu pour l'article L. 715-5, comme celui de l'article L. 711-6, vise les seuls établissements qui assurent le

service public hospitalier, soit par participation (article L. 715-6), soit par concession (article L.715-10).

Ce texte rappelle enfin que les établissements peuvent être appelés à accomplir toutes les missions du service public (article L. 711-1, L. 711-2 et L. 711-4) et, sont en outre, tenus au respect des règles relatives à l'information des malades (art. L. 711-3) (1). Il stipule par ailleurs que ces établissements sont tenus aux obligations d'égal accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans le modifier.

Art. L. 715-6 du code de la santé publique

Obligations des établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier

L'article L. 715-6 définit les conditions auxquelles sont soumis les établissements de santé privés à but non lucratif pour être admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Il subordonne, d'une part, une telle admission au respect de conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par décret, donnant ainsi une assise législative claire aux obligations réglementaires auxquelles sont d'ores et déjà soumis ces établissements, relatives à des normes d'équipement et de fonctionnement.

Il impose, d'autre part, à ces établissements d'établir un projet d'établissement, à l'instar de l'obligation faite aux

(1) L. 710-2 dans le texte de votre commission.

établissements publics par l'article L. 711-12. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

Il précise enfin que la décision d'admission est prise par le ministre chargé de la santé, qui doit motiver son refus.

Votre commission vous propose d'écarter, par voie d'amendement, au premier alinéa, l'obligation, faite à ces établissements, d'élaborer un projet. Ce type d'obligation, qui s'inscrit dans les rapports qui s'instaurent naturellement au sein du secteur public entendu au sens strict, doit laisser la place à des procédures plus contractuelles dans le secteur privé, précisément prévues, dans le cadre des dispositions relatives à la planification sanitaire, à l'article L. 712-4.

Son amendement tend donc à une autre rédaction du premier alinéa de l'article L. 715-6, renvoyant seulement au pouvoir réglementaire -qui l'a fait depuis 1976, sans base légale claire, mais dans des conditions jugées recevables par le conseil d'Etat en 1980- le soin de déterminer les obligations que doivent respecter ces établissements pour être admis à participer au service public.

Art. L. 715-7 du code de la santé publique

Règles budgétaires applicables aux établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier et recours à des praticiens hospitaliers

Le texte proposé pour l'article L. 715-7 du code de la santé publique tend à appliquer aux établissements privés à but non lucratif assurant le service public hospitalier, les règles budgétaires applicables aux établissements publics et prévoit que comme ces derniers, les établissements qu'il vise peuvent bénéficier de subventions d'équipement. Il reprend, en outre, les dispositions financières applicables à ces établissements et actuellement contenues dans l'article 41 de la loi du 31 décembre 1970.

L'article tend, par ailleurs, à résoudre les difficultés nées du recours, par ces établissements, à des praticiens hospitaliers, lesquels continuent d'être soumis à leur statut, dans des conditions qu'il est demandé au pouvoir réglementaire de régler. Il vise également, en contradiction avec les règles de droit commun du travail, à autoriser ces établissements à recruter des médecins par contrat à durée déterminée, à l'instar des règles établies dans ce domaine, à l'article L. 714-17, pour les établissements publics.

Art. L. 715-8 du code de la santé publique

Instances de représentation du personnel médical des établissements privés de santé participant au service public hospitalier

Le texte proposé pour l'article L. 715-8 a un double objet. Il confirme, dans un premier alinéa, l'obligation faite aux établissements de se doter d'un projet d'établissement. L'Assemblée nationale a précisé que ce projet est approuvé, dans un délai de six mois, par le représentant de l'Etat, par souci de parallélisme avec les règles applicables aux établissements publics. Elle a également proposé de soumettre les établissements privés à but non lucratif à l'obligation d'élaborer un rapport d'activité avant le 31 juillet - 30 juin dans le texte de votre commission - destiné à définir leurs orientations budgétaires.

Votre commission vous propose de retenir cette dernière proposition, qui répond à une demande des établissements eux-mêmes et d'écartier, au contraire par voie d'amendement, l'obligation qui leur est faite d'établir un projet d'établissement, par coordination avec son amendement à l'article L. 715-6.

Le second alinéa prévoit l'obligation pour les établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier de se doter d'une instance élue, par les praticiens qui y exercent, dont ils ont la liberté de fixer les modalités de fonctionnement et d'organisation. Cette instance est obligatoirement consultée sur le projet d'établissement et sur le projet de budget.

Votre commission est favorable à l'institution d'une telle instance et vous demande seulement, par un amendement de coordination, de supprimer la référence au projet d'établissement.

Art. 11

Etablissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier

(section 3 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

Art. L. 715-12 du code de la santé publique

Conférence médicale

Le texte proposé pour l'article L. 715-12 introduit l'obligation, pour tous les établissements privés de santé autres que ceux admis à participer à l'exécution du service public hospitalier au sens de l'article L. 715-6, de se doter d'une conférence médicale, à l'instar des commissions médicales consultatives des établissements publics et de l'instance introduite par l'article L. 715-8 pour les établissements visés à l'article 715-6 précité.

L'article stipule que les praticiens exerçant leur activité dans ces établissements forment "de plein droit" une conférence médicale chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins.

Cette rédaction introduit donc, implicitement, l'obligation faite aux établissements privés d'évaluer les soins.

La conférence doit également donner son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité. Il s'agit, là encore, d'introduire subrepticement l'obligation, pour les dirigeants de ces établissements, de définir leur politique et d'élaborer des prévisions d'activité qu'ils sont, par surcroît, tenus de communiquer aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance-maladie avant la fixation des tarifs ou la conclusion de l'avenant tarifaire.

Ces dispositions, acceptées par les instances représentatives des établissements, ont été retenues par votre commission, sous la réserve d'un amendement de coordination.

Art. 12

Expérimentations et dispositions diverses

(chapitre VI du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

Cet article introduit, dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique, un chapitre VI, intitulé "Expérimentations et dispositions diverses" dont il définit par ailleurs le contenu de la section 1, consacrée aux expérimentations et le premier article de la section 2, relative aux dispositions diverses.

Section 1

Expérimentations

Art. L. 716-1 du code de la santé publique

Régime expérimental d'autorisation d'installation des équipements lourds

Cet article autorise les pouvoirs publics à mettre en oeuvre un régime expérimental, relatif à l'autorisation d'installation des équipements matériels lourds.

Il s'agit, pour le Gouvernement, d'expérimenter des modes originaux d'exploitation de matériels lourds, notamment dans le secteur de l'imagerie médicale, et d'introduire, à cette occasion, des modalités nouvelles de tarification distinguant la part technique et la part "intellectuelle" dans la détermination de la valeur des actes.

Votre commission est favorable à ce dispositif, qui, comme ceux prévus aux articles suivants, permettra de dégager, pour l'avenir, des formes originales de tarification, conformes aux nécessités qu'impose l'évolution des technologies médicales. Elle souligne, à cette occasion, la volonté d'une part non négligeable du secteur privé lucratif de participer à de telles initiatives.

Il vous est demandé d'adopter, à cet article, un amendement de pure forme.

Art. L. 716-2 du code de la santé publique

Expériences relatives au budget et à la tarification

Le texte proposé pour l'article L. 716-2 autorise, à compter du 1er janvier 1992 et pour une durée maximale de cinq ans, la mise en oeuvre d'expériences touchant au mode d'élaboration des budgets ou à la tarification, par une prise en compte du coût des pathologies traitées.

Cet article constitue, d'un triple point de vue, un élément déterminant et positif du dispositif gouvernemental.

Il va permettre de favoriser la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) que la circulaire du 24 juillet 1990 a étendu à tous les établissements assurant le service public. Cet outil n'a toutefois, jusqu'à présent, pour seul objet que de permettre une meilleure appréciation de l'activité médicale des unités de soins.

L'article L. 716-2 va donc autoriser, à partir de cette méthodologie, ou d'autres, le développement de systèmes de tarification par pathologie, qui pourraient, à la fois, mener à une unification des règles de financement des établissements de santé publics et privés et corriger les effets pervers de la dotation globale.

L'article précise, dans son dernier alinéa, que ces expériences pourront se développer dans le secteur privé comme dans le secteur public, avec l'accord des établissements.

Outre un amendement de forme, votre commission vous propose de retenir un amendement tendant à étendre le champ des expérimentations à des formules tenant compte de l'organisation médicale, ou financière et comptable des établissements, afin de favoriser, notamment, la budgétisation par services et l'émergence

des "centres de responsabilité", si souvent décrits et trop peu développés.

Section 2

Dispositions diverses

Art. L. 716-3 du code de la santé publique

Régime applicable aux grands groupements hospitaliers

Régime des marchés

L'article L. 716-3 comporte deux paragraphes, dont les objets sont très différents.

Le premier paragraphe tend à prévoir que les dispositions relatives à la participation du service public hospitalier à l'enseignement ainsi que l'ensemble des dispositions relatives aux établissements publics de santé sont adaptés, pour tenir compte de leur spécificité, à l'assistance publique de Paris, aux hospices de Lyon et à l'Assistance publique de Marseille, ainsi qu'aux établissements publics nationaux (1). Votre commission souhaite au ministre chargé de la santé, d'exercer un contrôle plus effectif sur l'Assistance Publique de Paris, soumise, à tous égards, à un statut non écrit et très particulier. Elle espère aussi qu'une plus grande déconcentration permettra aux responsables des établissements qui la composent d'exercer leurs prérogatives dans des conditions proches de celles qui sont offertes à ceux des autres établissements publics de santé.

Le second paragraphe vise à permettre l'adaptation des dispositions du code des marchés, relatives à leur mode de passation, aux conditions particulières auxquelles sont soumis les établissements publics de santé. Votre commission vous propose, par voie d'amendement, de supprimer ce paragraphe qu'elle a réintroduit dans un article additionnel après l'article L. 714-1.

(1) ces établissements sont : les thermes nationaux d'Aix-les-Bains, l'Etablissement national de convalescence de St Maurice, l'Etablissement national des convalescents du Vésinet et l'hôpital-hospice national Dufresne Sommeiller

Art. 13

Codification et mesures réglementaires applicables

(Complément à la Section 2 du chapitre VI du titre premier du livre VII du code de la santé publique)

Cet article complète la section 2 du chapitre VI du titre premier du livre VII du code de la santé publique, par la reprise des articles 50, 52-1, 52-2, 52-3 et 53 de la loi de 1970, tels que modifiés par l'article 14 du projet de loi.

Il insère, en outre, un article L. 716-9, précisant que, sauf dispositions contraires, les mesures réglementaires d'application du titre premier du livre VII du code de la santé publique sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Art. 14

Codification et modifications des articles maintenus de la loi du 31 décembre 1970

Cet article procède, dans son paragraphe I, à la codification des dispositions de la loi du 31 décembre 1970 qui restent inchangées, sous réserve de modifications purement formelles, qu'impose cette codification ou les autres dispositions du présent projet de loi ; ces modifications sont contenues dans le paragraphe II et, sauf l'une d'entre elles, commentée à l'article 8, de peu de portée.

Outre deux amendements de coordination, votre commission a retenu, sur la proposition de M. Paul Souffrin, un amendement tendant à exclure également le prélèvement d'organes du champ du secteur libéral à l'hôpital.

Art. 15

Modifications diverses du code de la santé

Le 1°) de cet article modifie l'article L. 176 du code de la santé publique relatif aux conditions spécifiques d'ouverture et de fonctionnement des établissements de santé privés "recevant des femmes en état réel, apparent, ou présumé de grossesse" afin d'y ajouter la référence aux dispositions du titre premier du livre VII.

Le 2°) modifie l'intitulé du livre VII du code de la santé publique.

Les 3°) et 4°) abrogent ou codifient un certain nombre d'articles, par cohérence avec le dispositif.

Sous la réserve d'un **amendement de coordination**, votre commission vous demande d'adopter cet article.

TITRE II

DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE

(Articles 16 à 19)

Art. 16

Echange d'informations entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale

Cet article insère, dans le code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 115-4, déterminant les conditions dans lesquelles l'Etat et les organismes de sécurité sociale doivent échanger certaines informations, non nominatives, dans le respect du secret médical, en vue de la mise en oeuvre des dispositions du titre premier du livre VII du code de la santé publique.

Ces informations doivent contribuer à la fois à la mise en oeuvre de la planification, du contrôle budgétaire et du contrôle de l'activité des établissements.

Votre commission vous demande d'adopter cet article.

Art. 17

Obligations faites aux établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier de fournir des informations aux organismes d'assurance-maladie

L'article 17 insère, dans le code de la sécurité sociale, un article nouveau, L. 162-29-1, tendant à obliger les établissements de santé privés à fournir aux organismes d'assurance-maladie les informations utiles au contrôle de leur activité, renvoyant à un décret en Conseil d'Etat le soin de définir la teneur, la périodicité et les délais de production des informations.

Il autorise, d'autre part, les agents de la sécurité sociale à effectuer des contrôles, sur pièce et sur place, dans des conditions également définies par voie réglementaire. Sous peine de n'être conformes ni à la loi, ni à la constitution, ces dispositions ne pourront pas imposer contre la volonté de l'établissement et sans l'intervention du juge -que le texte ne prévoit pas- de tels contrôles. Elles permettront toutefois, du moins faut-il l'espérer, de mettre un terme à certains comportements, adoptés par certains agents des organismes d'assurance maladie⁽¹⁾. C'est dans cet espoir et sous ces très strictes réserves que votre commission vous demande d'adopter cet article.

Art. 18

Dotation globale des établissements publics de santé et des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier

Cet article modifie, sur deux points, l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la dotation globale.

Il précise que la part des dépenses prise en charge par les organismes d'assurance-maladie fait l'objet, chaque année, d'une dotation globale correspondant au budget approuvé. Votre commission vous demande, par voie d'amendement, de préciser que la dotation est fixée en considération du budget approuvé, en tenant compte de l'activité constatée et de l'activité prévisionnelle. Cette modification a pour objet d'introduire, dans le code de la sécurité sociale, comme le projet de loi le fait, par ailleurs, dans le code de la santé publique, la référence à l'activité des établissements.

Cet article subordonne, en outre, la prise en compte éventuelle d'une modification importante de l'activité médicale, à une évaluation de cette modification, réalisée selon des critères médicaux et économiques, et à sa compatibilité avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Le texte supprime, au passage, toute référence au caractère "imprévisible" d'une telle modification.

(1) quelquefois, à l'initiative de leurs plus hauts responsables...

Votre commission souhaitant, d'une part, préserver la faculté de prendre en compte une modification imprévisible de l'activité médicale et n'apercevant pas comment une modification importante de la demande conjoncturelle de soins pourrait être ou ne pas être compatible avec des objectifs exprimés en termes d'offres, vous propose, par son amendement tendant à une autre rédaction de cet article, d'en supprimer la seconde partie.

Art. 19

Modalités de versement de la dotation globale

Cet article modifie l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale en y introduisant les dispositions contenues actuellement dans l'article 52 de la loi du 31 décembre 1970 sans lui apporter de modifications.

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

(Articles 20 à 28)

Art. 20

Régime d'incompatibilité électorale

Cet article prévoit que les fonctions de conseiller général et de conseiller municipal sont incompatibles avec celles de représentant légal d'un établissement public local de santé dans le ou les départements ou communes de rattachement dudit établissement.

Ce dispositif écarte donc les directeurs d'hôpitaux de toute fonction électorale, dès lors que la plupart d'entre eux sont contraints de résider dans l'établissement qu'ils dirigent. Il semble qu'il ait été introduit au vu de difficultés concrètes, rencontrées notamment dans certaine commune importante proche de Paris...

Faute, pour le Gouvernement, de démontrer, au-delà de l'anecdote, l'intérêt de cet article, votre commission vous propose, **par voie d'amendement, de le supprimer.**

Cet amendement a été conjointement défendu, en commission, par votre rapporteur et par M. Henri Belcour.

Art. 21

Coordination avec des dispositions de la loi relative à la fonction publique hospitalière

Cet article vise, par son paragraphe I, à coordonner certaines des dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, portant diverses dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, avec celles du présent projet de loi.

Par son paragraphe II, l'article 21 tend à prévoir que les directeurs des établissements figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé sont détachés sur leur emploi. Cette disposition, actuellement applicable aux seuls centres hospitaliers régionaux et universitaires, serait étendue à une centaine d'établissements.

C'est parce qu'elle a introduit le principe de l'évaluation des pratiques professionnelles de tous les acteurs de l'hôpital à l'article premier A et, parmi eux, celle des personnels d'encadrement, dont elle souhaite souligner ici la qualité exceptionnelle, que votre commission vous demande d'adopter ce paragraphe et, par conséquent, l'ensemble de l'article, sans le modifier.

Article additionnel avant l'article 22

Calendrier de la planification sanitaire

Votre commission a déjà développé, à l'occasion de l'examen des dispositions de l'article 2 du projet de loi, les raisons pour lesquelles il lui paraît indispensable de fixer un calendrier de mise en oeuvre de la planification sanitaire.

Raisons normatives, afin que, par la fixation d'indices de besoins et d'objectifs nationaux et régionaux avant le 31 mars 1992, l'Etat fixe et les acteurs de l'hôpital connaissent, le cadre dans lequel devront être élaborés la carte sanitaire et les schémas d'organisation sanitaire.

Raisons d'opportunité, afin d'engager l'ensemble du système hospitalier dans une dynamique visant à construire un outil concerté de planification.

Cette concertation doit commencer par la mise en place, avant le 1er juillet 1992, des commissions nationale et régionales de l'organisation sanitaire et sociale.

Elle doit se poursuivre par une réflexion interne des établissements qui devront, avant le 31 décembre 1992, élaborer un programme prévisionnel, en inscrivant leur activité et ses évolutions dans leur environnement sanitaire.

Elle s'achèvera par la construction, à partir de ces programmes et des objectifs sanitaires de l'Etat et des régions, de la carte sanitaire et des schémas d'organisation sanitaire qui devront être arrêtés avant le 31 juillet 1994.

Votre commission a tenu à préciser que ce calendrier ne fait pas obstacle à l'approbation, par le représentant de l'Etat, de projets d'établissements dès lors que ceux-ci, notamment lorsqu'ils résultent de la reprise de plans directeurs élaborés dans le cadre de la législation actuelle, respectent les normes provisoires prévues au premier et au second alinéas de l'article.

Il convient en effet de ne pas pénaliser ceux des établissements les plus dynamiques, qui n'ont pas attendu la loi pour s'engager dans une politique de prévision pluriannuelle de développement.

Art. 22

Régime applicable aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation déjà installées

L'article 22 définit le régime applicable à celles des structures alternatives à l'hospitalisation, qui, désormais soumises à la planification sanitaire, étaient installées avant l'entrée en vigueur de la loi.

S'agissant des structures installées avant le 1er janvier 1989, seule serait exigée, dans un délai fixé par voie réglementaire, leur mise en conformité avec des conditions techniques de fonctionnement, qui, prévues par l'article L. 712-9, seront précisées par la même voie. Les mêmes textes réglementaires fixeront les délais fixés pour cette mise en conformité qui, reposant sur des exigences de santé publique et de sécurité, doit être acceptée.

S'agissant des structures installées depuis le 1er janvier 1989, l'autorisation devra être sollicitée dans un délai fixé par décret. Les dispositions du présent projet de loi leur seraient donc opposées d'une manière rétroactive, au motif, avancé par le Gouvernement, de la nécessité de "remettre de l'ordre" dans un secteur qui se serait développé de manière anarchique depuis quelques années.

Pourquoi le Gouvernement n'a-t-il pas, dans ces conditions, réagi plus tôt, alors qu'il disposait de l'instrument juridique pour le faire ? Votre commission ne peut, quant à elle, accepter de donner un caractère rétroactif au régime d'autorisation institué par le présent projet de loi et vous propose donc, par voie d'amendement, de ne soumettre à ce régime que les seules structures créées à la date de promulgation du texte. Les autres seront soumises au renouvellement d'une autorisation qui leur serait ainsi tacitement accordée par le présent projet, pour une période qui ne saurait être inférieure à cinq ans après ladite date de promulgation.

Tel est l'objet de son amendement tendant à une nouvelle rédaction de l'article 22.

Art. 23

Régime applicable aux activités de soins exercées avant l'entrée en vigueur de la loi

Votre commission, si elle n'obtient pas satisfaction sur les garanties dont elle entend entourer les activités de soins, entend exclure ces dernières du champ de la planification sanitaire. Telle est la raison pour laquelle elle vous demandera, éventuellement, de supprimer cet article, qui exige des établissements exerçant de telles

activités à la date de promulgation de la loi qu'ils sollicitent une autorisation dans un délai fixé par voie réglementaire.

Si, toutefois, un accord était intervenu avec le Gouvernement, sur les garanties souhaitées par votre commission, celle-ci vous proposera alors de fixer le délai dans lequel les autorisations doivent être demandées, par référence au délai qui sera prévu, pour leur renouvellement, par article L. 711-14. Tel est l'objet de son amendement à cet article.

Art. 23 bis et 23 ter

Autorisations accordées avant l'entrée en vigueur de la loi

L'article 23 bis soumet à la procédure de renouvellement les installations et équipements soumis à autorisation, pour une durée indéterminée, avant la date d'entrée en vigueur de la loi. L'article 23 ter prévoit qu'une telle disposition s'applique dans un délai de cinq ans. Ce délai est également fixé, par l'article 23 ter, pour l'application de l'article L. 712-12-1, que votre commission vous a demandé de supprimer.

Telle est la raison pour laquelle il vous est proposé, par un premier amendement, de compléter l'article 23 bis, pour en reporter l'application dans cinq ans, et, par un second amendement, de supprimer l'article 23 ter.

Art. 24

Maintien d'unités d'obstétrique dans les hôpitaux locaux

L'article 24 définit le régime applicable depuis dix ans déjà, qui malgré l'interdiction qui leur en est faite, autorise, à titre transitoire, jusqu'au 1er janvier 1996, le maintien d'unités d'obstétrique dans les hôpitaux locaux.

Votre commission accepte, sous la réserve d'un amendement de forme, une disposition sans laquelle ces lits devraient être fermés au lendemain même de la publication de la loi.

Elle demandera au Gouvernement de lui assurer que certains centres hospitaliers de secteur ne seront pas, à l'occasion de la requalification des établissements, dont il est rappelé qu'il ne se répartissent plus que dans deux catégories- centres hospitaliers et hôpitaux locaux- transformés en hôpitaux locaux, et, du même coup, contraints de renoncer à leurs unités d'obstétrique dans un délai de cinq ans. Si tel devait être le cas, il lui reviendra de préciser l'ampleur réelle d'une telle mesure et ses fondements.

Art. 25

Dispositions transitoires applicables aux services gérés par des établissements publics de santé et ne répondant pas à la mission du service public hospitalier

Cet article autorise les établissements gérant, avant la date de publication de la loi, des services qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier, à maintenir ces services pendant une période de dix ans suivant la promulgation de la loi.

La loi du 31 décembre 1970 prévoyait un tel abandon en 1972, délai constamment repoussé jusqu'à aujourd'hui.

Cette situation, ainsi qu'il a déjà été dit, démontre une fois de plus, s'il en était besoin, la difficulté de définir la frontière entre secteur social et secteur sanitaire.

Sous la réserve d'un amendement de forme, votre commission vous demande d'adopter cet article.

Art. 25 bis

Evaluation des évolutions de l'organisation des soins et du fonctionnement médical des établissements

Cet article impose d'évaluer, à l'issue d'une période de cinq ans, les effets des dispositions nouvelles de la loi sur l'organisation des structures médicales des établissements publics de santé. Votre commission accepte bien volontiers une telle "évaluation", non sans, par voie d'amendement, tenir compte de la liberté laissée, désormais, aux établissements qui le souhaiteraient, d'organiser les soins à leur guise, en supprimant la référence aux services et départements.

Art. 25 ter

Délibération obligatoire des conseils d'administration sur la création des unités fonctionnelles

Cet article impose aux conseils d'administration de délibérer dans un délai de deux ans suivant la promulgation de la présente loi sur leur organisation des soins et leur fonctionnement médical. Cette disposition autoritaire s'applique, bizarrement, à un dispositif qui, par l'introduction de l'amendement "Durieux", par la commission, offre plus de liberté aux établissements.

Votre commission, qui a choisi, tout au long du texte, d'introduire une logique "incitative", vous demande, par voie d'amendement, de supprimer cet article.

Art. 26

Dispositions applicables aux praticiens hospitaliers à temps partiel

Cet article confirme, par une simple reprise d'une disposition, non codifiée, de la loi du 31 décembre 1970, que la remise en cause de la nomination d'un praticien à temps partiel ne peut

concerner que les seuls praticiens nommés postérieurement au 31 janvier 1971.

Votre commission vous demande d'adopter cet article, dont le champ d'application est chaque année plus étroit.

Art. 26 bis

Report de la suppression du "consultanat" au 30 septembre 1993

Cet article reporte la suppression du régime dit du "consultanat" au 30 septembre 1993, selon des modalités juridiquement contestables puisque, repoussant l'application des dispositions nouvelles de la loi, il ne rétablit pas, pour autant, le dispositif issu de la loi du 24 juillet 1987.

Votre commission, par son amendement à l'article L. 714-21, a, non seulement corrigé cette erreur, mais encore modifié le régime du consultanat dans des conditions qui permettent, selon elle, de le pérenniser.

Telle est donc la raison pour laquelle il vous est demandé, par voie d'amendement, de supprimer l'article 26 bis.

Libre au législateur, en septembre 1993, d'adopter une autre attitude...

Art. 27

Coordination des dispositifs législatifs en vigueur

Cet article prévoit que, dans toutes les dispositions législatives en vigueur, les mots "établissements d'hospitalisation,

publics ou privés" sont remplacés par les mots "établissements de santé, publics ou privés".

Votre commission, qui s'est livrée à cet exercice de coordination sur les dispositions mêmes du projet de loi soumis à votre examen, vous demande de l'achever en adoptant cet article.

Art. 28

Coordination avec la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sanitaires et sociales

L'Assemblée nationale a, par cet article, fort opportunément coordonné la loi du 30 juin 1975 avec le présent projet de loi.

Votre commission vous demande donc d'adopter l'article 28 sans le modifier.

*

* *

Sous le bénéfice de ces observations et sous la réserve des amendements qu'elle soumet à votre examen, votre commission vous demande d'adopter ce projet de loi.

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme 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>TITRE PREMIER DISPOSITIONS MODIFIANT LE LIVRE VII DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE</p>	<p>TITRE PREMIER DISPOSITIONS MODIFIANT LE LIVRE VII DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE</p>	<p>TITRE PREMIER DISPOSITIONS MODIFIANT LE LIVRE VII DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE</p>
Article premier		Article premier A	Article premier A
		<p>Après le premier alinéa de l'article premier de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:</p>	<p><i>I - L'intitulé du titre premier du livre VII du code de la santé publique devient "Etablissements de santé"</i></p> <p><i>II - Il est inséré, avant le chapitre premier du titre premier du livre VII du code de la santé publique, un chapitre premier A (nouveau) intitulé "Principes fondamentaux"</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi.</p>	<p><i>cf article premier, texte proposé pour l'article L.711-3 page 221</i></p>	<p>"Toutefois les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent intervenir qu'en tenant compte des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux."</p>	<p><i>III - Les sections 1, 2 et 3 de ce chapitre sont ainsi rédigées :</i></p>
<p>La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part.</p>			<p>Section I Des droits du malade</p>
			<p><i>"Art. L. 710-1 - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.</i></p>
			<p><i>"Les limitations apportées à ce principe, par les différents régimes de protection sociale, ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements et de leur mode de tarification."</i></p>
			<p><i>"Art. L. 710-2.- Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations.</i></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture

Propositions de la
Commission

"Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées, en vue, notamment, de leur permettre d'apprécier les risques que comportent les soins qui doivent leur être prodigués. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et le respect de leurs propres règles professionnelles.

"Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.

"Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins."

"Art. L. 710-3.- Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics et privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité."

Section 2

De l'évaluation et de l'analyse de l'activité des établissements de santé

"Art. L. 710-4.- Les établissements de santé, publics ou privés, doivent développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles des personnels concourant à l'accueil et aux soins, des fonctions qu'ils assurent ou des services qu'ils rendent, en vue de favoriser une prise en charge globale des malades.

"L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art."

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Code de la sante publique</p> <p><i>Livre VII</i></p> <p>Hôpitaux et hospices publics, thermo-climatisme, laboratoires</p> <p>Titre 1er</p> <p>Hôpitaux et hospices publics</p>	<p>Article premier.</p> <p>I.- L'intitulé du titre premier du livre VII du code de la santé publique devient "Etablissements de soins".</p>	<p>Article premier.</p> <p>I.- Non modifié</p>	<p><i>"Art. L. 710-5.- Les établissements de santé, publics ou privés, ainsi que les autorités chargées de leur contrôle, doivent, dans le respect du secret médical et du régime juridique du traitement des données à caractères personnel, développer des systèmes d'information destinés à l'analyse de l'activité desdits établissements, en vue d'en apprécier l'efficacité et les coûts, selon des méthodes qui tiennent compte, notamment, des pathologies qu' ils traitent, de leur organisation des soins et de leur fonctionnement médical."</i></p> <p>Section 3</p> <p>De l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale</p> <p><i>"Art.L. 710-6.- L'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale a pour mission de définir les procédures et les méthodes scientifiques, médicales, administratives et statistiques nécessaires à la réalisation des objectifs définis par la section 2 du présent chapitre.</i></p> <p><i>"Cette agence est dotée d'instances régionales, chargées de favoriser l'application de ces méthodes et de ces procédures aux initiatives d'évaluation et d'analyse d'activités développées par les établissements de santé, publics ou privés, ou par leurs autorités de contrôle."</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Chapitre 1er Nature et rôle des hôpitaux et hospices publics (art. L. 678 et L. 680)</p>	<p>II.- L'intitulé du chapitre premier du titre premier du livre VII du code de la santé publique devient "Missions et obligations des établissements de soins".</p>	<p>II.- Non modifié</p>	<p>II.- L'intitulé ...</p>
<p>Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 <i>pré-ritee</i></p>	<p>III.- Les sections 1 et 2 de ce chapitre sont ainsi rédigées :</p>	<p>III.- Alinéa sans modification</p>	<p>III.- Alinéa sans modification</p>
<p>Chapitre 1er Du service public hospitalier</p>	<p>"Section 1. "Dispositions générales.</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>
<p>Section 1 Dispositions générales</p>	<p>"Art. L. 711-1.- Les établissements de soins publics et privés assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.</p>	<p>"Art. L. 711-1.- Les établissements...</p>	<p>"Art. L. 711-1.- Les établissements de <i>santé</i>, publics ou privés, assurent...</p>
<p>Art. 2 (1er alinéa).- Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement -notamment les soins d'urgence- des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.</p>	<p>"Ils participent à des actions de santé publique et notamment d'éducation pour la santé et de prévention. Ils concourent à l'évaluation des soins dans les conditions prévues par le présent titre et par le code de la sécurité sociale; à cette fin, ils procèdent à l'analyse de leur activité."</p>	<p>...enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques du patient.</p>	<p>...enceintes.</p>
<p>Art. 4.- Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :</p>	<p>"Art. L. 711-2.- Les établissements de soins publics et privés ont pour objet de dispenser :</p>	<p>"Ils participent... ... et notamment à toutes actions de coordination médico-sociales et à des actions d'éducation..."</p>	<p>"Ils participent... ...actions médico-sociales <i>coordonnées</i> et à des actions..."</p>
<p>1° (six premiers alinéas).- Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale: les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aigüe, les accouchements et les traitements ambulatoires.</p>	<p>"1° avec ou sans hébergement :</p>	<p>... des soins, notamment de leur qualité, dans les conditions...</p>	<p>...de prévention."</p>
<p>Les centres hospitaliers comportent :</p>	<p>"Art. L. 711-2.- Les établissements de soins publics et privés ont pour objet de dispenser :</p>	<p>"Art. L. 711-2.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 711-2.- Les établissements de <i>santé</i>, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :</p>
	<p>"1° avec ou sans hébergement :</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>	<p>"1° Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>a) Des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante;</p>	<p>"a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie;</p>	<p>"a) des soins... ... obstétrique, odontologie ou psychiatrie;</p>	
<p>b) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés;</p>			
<p>c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales;</p>			
<p>d) Eventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien;</p>			
<p>2° Centre de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales, s'ils ont pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus.</p>	<p>"b) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion;</p>	<p>"b) Alinéa sans modification</p>	
<p>Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de long séjour au sens défini au 3° ci-dessous.</p>			
<p>3° Centres de long séjour, s'ils ont pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.</p>	<p>"2° des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>
<p>Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de moyen séjour au sens défini au 2° ci-dessus.</p>			
<p>Art. 4 (4°, dernier alinéa) - Le classement des établissements et des unités d'hospitalisation est arrêté par l'autorité administrative dans des conditions définies par voie réglementaire.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p align="center">Chapitre II Des établissements d'hospitalisation publics</p>	<p align="center">"Art. L. 711-3.- Les établissements de soins publics et privés sont tenus de communiquer aux personnes soignées, lorsqu'elles en font la demande et par l'intermédiaire du médecin qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical.</p>	<p align="center">"Art. L. 711-3.- Les établissements...</p>	<p align="center">"Art. L. 711-3.- Supprimé</p>
<p>Art. 28.- Les établissements d'hospitalisation publics sont tenus de communiquer le dossier des malades, hospitalisés ou reçus en consultation externe dans ces établissements, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades.</p>	<p>... personnes soignées, lorsqu'elles en font la demande et par l'intermédiaire du médecin qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical.</p>	<p>... personnes soignées, ou y ayant reçu des soins, sur leur demande... ... médecin ou, le cas échéant, du chirurgien-dentiste qu'elles désignent, ...</p>	<p>(cf article premier A, texte proposé pour l'article L.710-2 page 216)</p>
<p>Un décret pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins précisera les conditions d'application des dispositions ci-dessus.</p>	<p>"Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et le respect de leurs propres règles professionnelles.</p>	<p>... dossier médical. Les praticiens sont tenus informés des soins dispensés aux personnes dont ils ont prescrit l'hospitalisation.</p>	
	<p>"Les modalités d'application du premier alinéa du présent article sont fixées par voie réglementaire après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>"Section 2. "Dispositions propres au service public hospitalier.</p>	<p>"Les modalités... ... réglementaire.</p>	
<p align="center">Section I du chapitre 1er Dispositions générales</p>	<p align="center">"Section 2. "Dispositions propres au service public hospitalier.</p>	<p align="center">Division et intitulé sans modification</p>	<p align="center">Division et intitulé sans modification</p>
	<p>"Art. L. 711-4.- Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 711-1.</p>	<p>"Art. L. 711-4.- Le service public hospitalier assure, dans les conditions déterminées par l'article L. 711-6, les missions définies au premier alinéa de l'article L. 711-1 et concourt, notamment par les centres hospitaliers régionaux et universitaires :</p>	<p>"Art. L. 711-4.- Les missions du service public hospitalier sont, outre celles qui sont définies à l'article L. 711-1, de concourir :</p>
<p>Art. 2 (5 avant-derniers alinéas) - De plus, le service public hospitalier :</p>	<p>"De plus, le service public hospitalier concourt :</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical;	"1° à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical, odontologique et pharmaceutique dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale;	"1° à l'enseignement... ... postuniversitaire et à la recherche de type médical,...	"1° à l'enseignement... ... postuniversitaire médical,...
Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée;	"2° à la formation continue des praticiens;	"2° à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers;	"2° Dans les mêmes conditions, à la formation... ...hospitaliers;
Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire;	"3° à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique;	"3° Alinéa sans modification	"3° Dans les mêmes conditions, à la recherche... ...pharmaceutique;
	"4° à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence;	"4° Alinéa sans modification	"4° Alinéa sans modification
	"5° à la coordination des actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé;	"5° Alinéa sans modification	"5° Alinéa supprimé (cf article L.711-6-1 page)
Concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente.	"6° conjointement avec les médecins, les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente."	"6° conjointement avec les médecins et les autres professionnels de santé ainsi que les autres personnes... ...urgente."	"6° conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente."
Art. 4 (avant dernier alinéa).- Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.	"Art. L. 711-5.- Le service public hospitalier coopère avec les médecins, les autres professionnels de santé et les services ou établissements non hospitaliers. Il participe, notamment, avec le concours du médecin traitant, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade.	"Art. L. 711-5.- Le service public... ... de santé et les autres services ou établissements, y compris les établissements de soins privés qui ne répondent pas aux conditions fixées aux articles L. 715-6 et L. 715-10. Il peut participer en collaboration avec le médecin traitant et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation... ... du malade.	"Art. L. 711-5.- Supprimé

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 2 (<i>dernier alinéa</i>).- Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.</p>	<p>"Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier ; ils peuvent recourir à son aide technique.</p>	<p>"Les médecins... ...technique. Ils peuvent par contrat recourir à son plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation."</p>	<p>"Art. L. 711-6.- Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 3 - Le service public hospitalier est assuré :</p>	<p>"Art. L. 711-6.- Le service public hospitalier est assuré :</p>	<p>"Art. L. 711-6.- Sans modification</p>	<p>"Art. L. 711-6.- Alinéa sans modification</p>
<p>1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;</p>	<p>"1° par les établissements publics de santé ;</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>
<p>2° Par ceux des établissements d'hospitalisation privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40, 41 et 42 de la présente loi.</p>	<p>"2° par ceux des établissements de soins privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 et L. 715-10.</p>	<p>"2° sans modification</p>	<p>"2° par ceux des établissements de <i>santé</i> privés ...</p>
<p>Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.</p>	<p>"Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit, ou en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier.</p>	<p>"Ils dispensent au patient, durant son séjour, les soins préventifs, curatifs ou palliatifs dont il a besoin et veillent à la continuité de ces soins à sa sortie.</p>		<p>"Ils dispensent <i>aux patients</i> les soins préventifs, curatifs ou palliatifs <i>que requiert leur état</i> et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.</p>
<p>Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malade en ce qui concerne les soins. Il ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.</p>	<p>"Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 43 de la présente loi.</p>	<p>"Les établissements de soins privés autres que ceux mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L. 715-11.</p>	<p>(cf article L.711-5 page 222)</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.</p>	<p>"Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier."</p>		<p>Alinéa sans modification</p>
			<p>"Art. L. 711-6-1.- Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 711-6 peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L. 715-11.</p>
			<p>"Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation.</p>
			<p>"En outre, les établissements visés à l'article L. 711-6 coopèrent avec les établissements de santé privés autres que ceux visés au 2° dudit article ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé.</p>
			<p>"Ils peuvent participer, en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade."</p>
	<p>"Art. L. 711-7. - Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.</p>	<p>"Art. L. 711-7.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 711-7.- Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 4 (antépénultième alinéa) - Certains de ces établissements ou hôpitaux locaux, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.</p>	<p>"Les établissements de santé qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux; ils assurent en outre les soins courants à la population proche.</p>	<p>"Les centres hospitaliers qui ont une... ... population proche.</p>	<p>"Les centres hospitaliers qui, outre les soins courants qu'ils assurent à la population proche, ont une vocation ......hospitaliers régionaux.</p>
<p>4° (1er alinéa) Hôpitaux locaux dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>"Les hôpitaux locaux ne peuvent assurer les soins définis au a) du 1° de l'article L. 711-2 qu'en médecine et à condition de passer convention avec un centre hospitalier dispensant ces soins.</p>	<p>"Les hôpitaux un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou des établissements de soins privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6, L. 715-10 ou L. 715-11 dispensant ces soins.</p>	<p>"Les hôpitaux ......publics ou établissements de santé privés qui, dispensant ces soins, répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 ou L. 715-10, ou concluent, à cet effet, un accord dans les conditions prévues à l'article L. 715-11.</p>
	<p>"Les modalités particulières du fonctionnement médical des hôpitaux locaux sont fixées par voie réglementaire."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 4 (e) - Eventuellement, des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U., dont les missions et l'organisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>"Art. L. 711-8.- Seuls les établissements dont la mission principale est de dispenser les soins définis au a) du 1° de l'article L. 711-2 peuvent comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>"Art. L. 711-8.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 711-8.- Seuls les établissements de santé, publics ou privés, visés à l'article L. 711-6 dont la mission principale...</p>
<p>Ces unités comportent un centre de réception et de régulation des appels.</p>	<p>"Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>...voie réglementaire. Alinéa supprimé</p>
<p>Le fonctionnement de ces centres est assuré avec les praticiens représentés par les instances départementales des organisations représentatives nationales, ou les organisations ou associations représentatives au plan départemental, dans la mesure où elles en font la demande, et conformément à des conventions approuvées par le représentant de l'Etat dans le département.</p>	<p>"Leur fonctionnement est assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans les conditions fixées par décret.</p>	<p>"Leur fonctionnement peut être... par décret.</p>	<p>"Leur fonctionnement est assuré, ... par décret.</p>
<p>Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.</p>	<p>"Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositions de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours."</p>	<p>"Les centres... ... médical avec les dispositifs de réception... ... et de secours."</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement.</p>		<p>"Art. L. 711-8-1.- Les établissements publics de santé peuvent, en outre, gérer des structures pour toxicomanes, financées sur le budget de l'Etat, et dans les conditions fixées par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses."</p>	<p>"Art. L. 711-8-1.- Les établissements publics de santé peuvent gérer ......de l'Etat, dans les conditions... ...vénéneuses."</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Chapitre 1er Du service public hospitalier</p>	<p>"CHAPITRE II "L'organisation et l'équipement sanitaires.</p>	<p>Divisions et intitulés sans modification</p>	<p>Divisions et intitulés sans modification</p>
<p>Section 1 Dispositions générales</p>	<p>"Section 1. "Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire.</p>	<p>Divisions et intitulés sans modification</p>	<p>Divisions et intitulés sans modification</p>
<p>Art. 5 (1er 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 sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques.</p>	<p>"Art. L. 712-1.- La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire sont arrêtés dans les conditions fixées à l'article L. 712-5, après analyse de l'importance et de la nature de l'offre de soins existante, en fonction des besoins de la population, de leur évolution et du progrès des techniques médicales.</p>	<p>"Art. L. 712-1. - La carte... ... sanitaire ont pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.</p>	<p>"Art. L. 712-1. - Alinéa sans modification</p>
<p>Chapitre IV De l'équipement sanitaire</p>	<p>"La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire peuvent être révisés à tout moment. Ils le sont obligatoirement au moins tous les cinq ans."</p>	<p>"A cette fin, ils sont arrêtés, dans les conditions fixées à l'article L. 712-5, sur la base d'une analyse des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu du progrès des techniques médicales, et après évaluation quantitative et qualitative de l'offre de soins existante.</p>	<p>"A cette fin, ... ...sur la base d'une appréciation des besoins... ...compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une évaluation, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.</p>
<p>Art. 44 (avant-dernier alinéa).- 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>	<p>"Cette évaluation tient compte des rapports d'activité et des projets d'établissements approuvés.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art.44 (dernier alinéa) Chaque année, le ministre chargé de la santé informe le Parlement des modifications de la carte sanitaire intervenues dans l'année.</p>	<p>Art. L. 712-2.- La carte sanitaire détermine :</p>	<p>Art. L. 712-2.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport annuel, élaboré par l'Inspection générale des Affaires sociales, sur l'état de l'organisation et de l'équipement sanitaires."</p>
<p>Art. 44 (alinéas 3 à 6) 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>"1° les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques mentionnés par l'article L. 326 ;</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</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>	<p>"2° la nature et l'importance :</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>
<p>3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.</p>	<p>"a) des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation;</p>	<p>"a) des installations...</p>	<p>"a) des installations...</p>
<p>Pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipements matériels lourds à réaliser.</p>	<p>"b) des activités de soins se situant dans des domaines de pointe ou d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.</p>	<p>...l'hospitalisation et notamment celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire ;</p>	<p>...l'hospitalisation;</p>
		<p>"b) des activités de soins d'un coût élevé... ... santé publique.</p>	<p>"b) des activités de soins se situant dans un domaine de pointe, ou de haute technicité, ou soulevant des problèmes éthiques.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 45.- Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>"Les installations et activités de soins mentionnées au 2° sont prévues pour chaque zone sanitaire constituée, selon le cas, par un ou plusieurs secteurs sanitaires ou psychiatriques, par une région ou un groupe de régions ou par l'ensemble du territoire.</p>	<p>"La nature et l'importance des installations et activités de soins mentionnées au 2° sont déterminées pour chaque zone sanitaire. Les zones sanitaires, constituées, selon le cas, ... ...par une région, par un groupe de régions ......territoire, sont définies par voie réglementaire.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"La liste des activités de soins mentionnées au b) du 2° ainsi que les conditions d'implantation et les modalités de fonctionnement des installations où elles s'exercent sont précisées par voie réglementaire."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"La liste des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées au a) du 2° est fixée par voie réglementaire.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"Art. L. 712-3.- Le schéma d'organisation sanitaire détermine la répartition géographique à laquelle les installations et activités de soins définies à l'article L. 712-2 devraient parvenir pour assurer une satisfaction optimale des besoins de la population.</p>	<p>"Art. L. 712-3. - Le schéma... ...géographique des installations... ... l'article L. 712-2 qui permettrait d'assurer une... ... population.</p>	<p>"Art. L. 712-3. - Non modifié</p>
	<p>"Un schéma est établi pour chaque région sanitaire pour tout ou partie de ces installations ou activités; toutefois des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines de ces installations et de ces activités de soins.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"Pour chaque schéma d'organisation sanitaire, une annexe au schéma élaborée selon la même procédure indique, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existante au moment où il entre en vigueur, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités du secteur public ou privé qui seraient nécessaires à sa réalisation."</p>	<p>Alinéa supprimé.</p>	
		<p>"Art. L. 712-3-1.- Pour chaque schéma d'organisation sanitaire, une annexe au schéma élaborée selon la même procédure indique, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existante au moment où il entre en vigueur et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités du secteur public ou privé qui seraient nécessaires à sa réalisation.</p>	<p>"Art. L. 712-3-1.- Pour ...</p>
		<p>"L'annexe est un document à caractère indicatif."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"Art. L. 712-4.- La réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire peut faire l'objet de contrats pluriannuels conclus entre les établissements publics de santé ou les établissements de soins privés, le représentant de l'Etat, les organismes d'assurance maladie et le cas échéant, des collectivités locales.</p>	<p>"Art. L. 712-4.- Pour la réalisation... ... sanitaire, des contrats pluriannuels sont conclus entre les établissements ...</p>	<p>"Art. L. 712-4.- Pour ......pluriannuels peuvent être conclus entre les établissements de santé, publics ou privés, le représentant...</p>
		<p>... locales.</p>	<p>... locales.</p>
	<p>"Ces contrats fixent les obligations des établissements et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"Des contrats passés dans les mêmes conditions peuvent avoir pour objet la réalisation d'objectifs particuliers aux établissements, compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 44.(1er alinéa).- Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale des équipements sanitaires et sociaux, la carte sanitaire de la France.</p>	<p>"Art. L. 712-5.- Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis des comités régionaux ou du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale institués par l'article L. 712-6, la carte sanitaire ainsi que le schéma d'organisation sanitaire lorsque ce schéma est national ou interrégional.</p>	<p>"Art. L. 712-5.- Alinéa sans modification</p>	<p><i>"Les installations et activités de soins, visées au 1° et 2° de l'article L. 712-2 qui font l'objet d'un contrat en application du présent article, ne sont pas soumis au régime d'autorisation défini par la section 2 du présent chapitre. Elles font toutefois l'objet d'une déclaration préalable à leur réalisation, adressée au représentant de l'Etat."</i></p>
	<p>"Toutefois, lorsque la zone sanitaire retenue pour l'élaboration de la carte sanitaire est un secteur, un groupe de secteurs ou une région, les ministres peuvent déléguer au représentant de l'Etat le pouvoir d'arrêter la carte sanitaire correspondante.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>...lorsque cette carte ou ce schéma est national ou interrégional. Dans ce dernier cas, il recueille également l'avis des comités régionaux concernés.</i></p>
	<p>"Le représentant de l'Etat arrête le schéma régional d'organisation sanitaire après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale de la région concernée.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, du conseil régional et du comité économique et social de la région concernée, le représentant de l'Etat arrête la carte sanitaire lorsque la zone sanitaire retenue pour son élaboration est un secteur, un groupe de secteurs ou une région, ainsi que le schéma régional d'organisation sanitaire.</i></p>
	<p>"Le schéma régional de psychiatrie est arrêté compte tenu des schémas élaborés au niveau départemental après avis des conseils départementaux de santé mentale mentionnés à l'article L.326.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
		<p>"Ce schéma est susceptible d'un recours auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui se prononcent après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale auprès duquel est créé un Comité national d'experts dont la composition est fixée par décret."</p>	<p><i>La carte ou le schéma arrêté dans les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de cet article est susceptible d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, qui se prononce après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.</i></p>
			<p><i>"Art. L. 712-5-1.- Pour l'élaboration et le suivi de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, il est constitué, auprès du représentant de l'Etat, une mission régionale de l'organisation sanitaire et sociale.</i></p>
			<p><i>"Cette mission, dont la vocation est pluridisciplinaire, est conduite et animée par les personnels des services régionaux et départementaux de l'Etat, qui reçoivent, à cet effet, une formation spécifique. Elle peut s'assurer le concours de tous experts ou institutions utiles et, notamment des organismes d'assurances maladie et de leurs agents.</i></p>
			<p><i>"La mission a notamment pour objectif, dans le cadre de la préparation et du suivi de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, de développer les systèmes d'information en vue de mieux analyser et évaluer l'offre et la demande de soins et de moderniser les modes d'exercice du contrôle de l'Etat sur les établissements de santé, publics et privés."</i></p>
	<p>"Art. L. 712-6.- Le Comité national et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale comprennent des représentants :</p>	<p>"Art. L. 712-6.- Le comité...</p>	<p>"Art. L. 712-6.- Alinéa sans modification</p>
		<p>... comprennent :</p>	
		<p>"1° un député, désigné par la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales;</p>	<p>"1° un député, ... ...et sociales de l'Assemblée nationale;</p>
		<p>"2° un sénateur, désigné par la Commission des Affaires sociales;</p>	<p>"2° un sénateur, ... ...sociales du Sénat;</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
"1° de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale;	"3° des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale;	"3° Alinéa sans modification
"2° des institutions et des établissements de soins et sociaux, publics et privés, et des professions de santé;	"4° des représentants des institutions et des établissements de soins et sociaux, publics et privés, notamment des établissements spécialisés;	"4° des représentants ......établissements de santé et sociaux...
"3° des personnels de ces institutions et établissements;	"5° des représentants des personnels de ces institutions et établissements;	"5° Alinéa sans modification
"4° des usagers de ces institutions et établissements.	"6° des représentants des usagers de ces institutions et établissements;	"6° Alinéa sans modification
	"7° des représentants des professions de santé;	"7° Alinéa sans modification
"Les comités comprennent, en outre, des personnalités qualifiées.	"8° des personnalités qualifiées;	"8° Alinéa sans modification
"Ils comportent des sections.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
"Le Comité national est présidé par un conseiller d'Etat ou par un conseiller maître à la Cour des comptes.	Alinéa sans modification	"Le Comité ......des comptes. <i>Un collège national d'experts, dont la composition est fixée par décret, est constitué auprès du Comité national.</i>
"Les comités régionaux sont présidés par un magistrat du corps des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs ou du corps des conseillers de chambres régionales des comptes.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
"La composition et les modalités de fonctionnement des comités et celles des formations qu'ils comportent sont fixées par voie réglementaire.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"Un rapport élaboré chaque année par les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie sur le montant total des dépenses des régimes d'assurance maladie dans la région pour l'année écoulée, sur les évolutions constatées et sur les évolutions prévisibles pour l'année suivante est présenté au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>"Art. L. 712-6-1.- Une commission régionale de l'évaluation médicale des établissements est créée auprès du comité régional d'organisation sanitaire et sociale, dans chaque région. "Sa composition est fixée par décret."</p>	<p>"Art.L.712-6-1.- Supprimé</p>
	<p>"Art. L. 712-7.- Les établissements publics de santé et les établissements de soins privés transmettent à l'autorité administrative et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leurs activités qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire.</p>	<p>"Art. L. 712-7.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 712-7.- Les établissements de santé, publics ou privés, transmettent...</p>
			<p>...sanitaire.</p>
	<p>"L'autorité administrative et les organismes d'assurance maladie mettent en œuvre un système commun d'informations dans les conditions fixées par voie réglementaire.</p>	<p>"L'autorité... ... mettent en place un système commun d'informations respectant l'anonymat notamment pour la mise en oeuvre des schémas régionaux et nationaux d'organisation sanitaire. Les conditions de cette mise en place ainsi que les conditions d'accès aux informations concernant les établissements publics de santé et les établissements de soins privés sont fixées par voie réglementaire."</p>	<p>"L'autorité... ... mettent en oeuvre un système commun d'informations dont les conditions d'élaboration et d'accès par les tiers et notamment par les établissements de santé, publics ou privés, sont définis par voie réglementaire dans le respect des dispositions du présent titre.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 48.- Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.</p>			
<p>Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire.</p>			
<p>Les programmes mentionnés au premier alinéa du présent article sont approuvés par le représentant de l'Etat, après avis de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux. Les décisions sont publiées et peuvent faire l'objet du recours visé à l'article 34 de la présente loi. Un décret fixe la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds dont l'autorisation est donnée par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux.</p>			
<p>Chapitre III Des établissements privés</p>	<p>"Section 2. "Autorisations.</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>
<p>Section I Dispositions générales</p>	<p>"Art. L. 712-8.- Sont soumis à autorisation les projets relatifs à :</p>	<p>"Art. L. 712-8.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 712-8.- Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 31.- Sont soumises à autorisation :</p>	<p>"1° la création, l'extension, la transformation de tout établissement public de santé ou de tout établissement de soins privé ainsi que le regroupement de tels établissements ;</p>	<p>"1° La création, l'extension, la conversion totale ou partielle de tout établissement...</p>	<p>"1° La création, ... ...tout établissement de santé, public ou privé, ainsi que...</p>
<p>1° La création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ainsi que le regroupement d'établissements de cette nature ;</p>	<p>...établissements ;</p>	<p>...établissements ;</p>	<p>...établissements ;</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>2° L'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi ;</p>	<p>"2° la création, l'extension, la transformation des installations mentionnées à l'article L. 712-2, y compris les équipements matériels lourds définis à l'article L. 712-19 et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>
<p>3° La création ou l'extension :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de tout établissement privé de rééducation fonctionnelle ne comportant pas de moyens d'hospitalisation et dont les moyens dépassent les normes fixées par décret ; - de tout centre ou service privé d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation de nuit, et de tout centre ou service privé d'hospitalisation à domicile répondant à la définition qui en est donnée par décret. 	<p>"3° la mise en œuvre ou l'extension des activités de soins mentionnées au 2° de l'article L. 712-2.</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>
<p>Le refus d'autorisation devra être motivé.</p>	<p>"Le refus d'autorisation doit être motivé.</p>	<p>"La décision attribuant ou refusant une autorisation doit être motivée."</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>Art. 33.- L'autorisation est accordée si l'opération envisagée :</p>	<p>"Art. L. 712-9. - L'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 est accordée, selon les modalités fixées par l'article L. 712-16, lorsque le projet:</p>	<p>"Art. L. 712-9.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 712-9.- Non modifié</p>
<p>1° Répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 44, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;</p>	<p>"1° répond, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire;</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>	
	<p>"2° est compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire;</p>	<p>"2° est compatible sanitaire mentionné à l'article L. 712-3 ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>2° Est conforme aux normes, définies par décret, et est assortie de l'engagement de respecter la réglementation relative à la qualification des personnels.</p>	<p>"3° satisfait à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>	
	<p>"Des autorisations dérogeant aux 1° et 2° du présent article peuvent être accordées à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique après avis du comité de l'organisation sanitaire et sociale compétent."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>En aucun cas, l'autorisation ne pourra être accordée aussi longtemps que, pour la zone donnée, les besoins ainsi définis demeureront satisfaits.</p>			
	<p>"Art. L. 712-10.- Par dérogation aux dispositions des 1° et 2° de l'article L. 712-9, les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation situés dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause peuvent être autorisés à condition d'être assortis d'une réduction des moyens d'hospitalisation relevant de cette ou de ces disciplines au sein de la zone considérée. Les modalités de cette réduction sont définies par décret en tenant compte des excédents existant dans la zone considérée et dans la limite d'un plafond."</p>	<p>"Art. L. 712-10.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 712-10.- Par dérogation ...</p>
			<p>...en cause <i>sont autorisés</i> lorsqu'ils sont assortis...</p>
			<p>...plafond."</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>(avant-dernier alinéa - 2 dernières phrases).- Toutefois, lorsque des établissements situés dans un même secteur sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause demandent l'autorisation de se regrouper au sein de ce secteur, l'autorisation est accordée à condition de satisfaire aux prescriptions du 2° et d'être assortie d'une réduction de capacité des établissements regroupés ; les modalités de cette réduction sont définies par voie réglementaire en tenant compte des excédents existant dans le secteur considéré et dans la limite d'un plafond.</p>	<p>"Art. L. 712-11.- Par dérogation aux dispositions des 1° et 2° de l'article L. 712-9, lorsque des établissements de soins situés dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause demandent l'autorisation de se regrouper au sein de cette zone, l'autorisation peut être accordée à condition d'être assortie d'une réduction de capacité des établissements regroupés; les modalités de cette réduction sont définies par voie réglementaire en tenant compte des excédents existant dans la zone considérée et dans la limite d'un plafond. En cas d'établissements multidisciplinaires, le regroupement par discipline entre plusieurs établissements est autorisé dans les mêmes conditions.</p>	<p>"Art. L. 712-11.- Par ......se regrouper ou de se reconvertir au sein de définies par décret en tenant ...</p>	<p>"Art. L. 712-11.- Par ......l'autorisation est accordée ...</p>
<p>(dernier alinéa).- En cas d'établissements multidisciplinaires, le regroupement par discipline entre plusieurs établissements est autorisé dans les mêmes conditions. Ces dispositions ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissement.</p>	<p>"Ces dispositions ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements."</p>	<p>... conditions. Alinéa sans modification</p>	<p>... conditions. Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 32 (1er alinéa).- L'autorisation prévue à l'article 31 ci-dessus est donnée avant le début des travaux ou l'installation de l'équipement matériel.</p>	<p>"Art. L. 712-12.- L'autorisation est donnée avant le début des travaux, de l'installation de l'équipement matériel lourd ou de la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation projetées.</p>	<p>"Art. L. 712-12.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 712-12.- Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 35.- L'autorisation visée à l'article 31 est délivrée à une personne physique ou morale. Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux.</p>	<p>"Lorsqu'elle est donnée à une personne physique ou à une personne morale de droit privé elle ne peut être cédée avant le début des travaux, l'installation de l'équipement matériel lourd ou la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation concernées. Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par décret et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. 32 (2e alinéa).- Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par la voie réglementaire, et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 272 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>"L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée lorsque le prix prévu est hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, eu égard aux conditions techniques de fonctionnement fixées en application de l'article L. 712-19."</p>	<p>"Art. L. 712-12-1.- Supprimé</p>
<p>Art. 33 (antépénultième alinéa) L'autorisation peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique ou à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles 42 et 43 de la présente loi.</p>	<p>"Art. L. 712-13.- L'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique.</p>	<p>"Art. L. 712-13.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 712-13.- Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p><i>(avant-dernier alinéa - 1re phrase)</i> L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée lorsque le prix prévu est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, eu égard aux normes fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>"Pour les établissements de soins privés l'autorisation peut être subordonnée à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles L. 715-10 et L. 715-11.</p>		<p>"Pour les établissements de santé privés ...</p>
	<p>"L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée lorsque le prix prévu est hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, eu égard aux conditions techniques de fonctionnement fixées en application de l'article L. 712-9."</p>		<p>...L. 715-11. Alinéa supprimé</p>
	<p>"Art. L. 712-14.- Pour les disciplines, les activités de soins, les structures de soins, les installations et les équipements définis par voie réglementaire, l'autorisation instituée par l'article L. 712-8 est donnée pour une durée déterminée. La durée de validité de l'autorisation est fixée par voie réglementaire pour chaque catégorie de disciplines, d'activités de soins, de structures de soins, d'installations ou d'équipements, en fonction, notamment, des techniques mises en œuvre, de la durée d'amortissement des investissements nécessaires et de l'évolution prévisible des besoins.</p>	<p>"Art. L. 712-14.- L'autorisation instituée par l'article L. 712-8 ...</p>	<p>"Art. L. 712-14.- Pour les activités de soins, les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, les installations, et les équipements définis par voie réglementaire, l'autorisation instituée par l'article L. 712-8 est donnée pour une durée déterminée. La durée de validité de l'autorisation, qui ne peut être inférieure à cinq ans, est fixée par voie réglementaire pour chaque catégorie d'activités de soins, de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, d'installations ou d'équipements, en fonction, notamment, des techniques mises en œuvre.</p>
		<p>... de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, d'installations ...</p>	
		<p>...mises en œuvre.</p>	
		<p>"L'autorisation ne peut être inférieure à la durée d'amortissement des investissements nécessaires.</p>	<p>La durée de l'autorisation ne peut... ... investissements nécessaires. Elle prend en compte l'importance des moyens en personnel mis en œuvre, notamment en ce qui concerne les activités de soins.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"Le renouvellement de cette autorisation peut être subordonné à des conditions d'évaluation périodique des activités, structures, installations et équipements concernés ainsi qu'au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie ou au volume d'activité.</p>	<p>"Le renouvellement de cette autorisation est subordonné aux mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 712-12-1. La demande de renouvellement est déposée par l'établissement au moins un an avant son échéance dans les conditions fixées à l'article L. 712-15 ci-après. En cas d'absence de réponse de l'autorité compétente six mois avant l'échéance, l'autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé."</p>	<p><i>Le renouvellement de cette autorisation peut être subordonné à des conditions d'évaluation des activités de soins, structures de soins alternatives à l'hospitalisation, installations et équipements concernés."</i></p>
	<p>"L'autorisation à durée déterminée peut être renouvelée sur demande formulée dans un délai fixé par voie réglementaire."</p>	<p>Alinéa supprimé</p>	<p>"Art. L. 712-15.- Supprimé</p>
	<p>"Art. L. 712-15.- Les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation portant sur des établissements, installations, activités et structures de même nature sont examinées au cours de périodes déterminées par voie réglementaire sans qu'il soit tenu compte de l'ordre de dépôt des demandes.</p>	<p>"Art. L. 712-15.- Les demandes... ... activités de soins et structures de soins alternatives à l'hospitalisation de même nature sont reçues au cours de périodes déterminées par voie réglementaire afin d'être examinées sans qu'il soit tenu compte de l'ordre de dépôt des demandes."</p>	
<p>Art. 34.- L'autorisation mentionnée à l'article 31 est donnée par le préfet de région après avis de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux prévue à l'article 44. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire prévue à l'article 44.</p>	<p>"Art. L. 712-16.- L'autorisation est donnée ou renouvelée par le représentant de l'Etat après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.</p>	<p>"Art. L. 712-16.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 712-16.- L'autorisation ......sociale qui entend le demandeur, à la requête de ce dernier. Un recours hiérarchique contre ...</p>
			<p>...sociale.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Un décret fixe la liste des établissements ou équipements pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée que par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire.</p>	<p>"Un décret fixe la liste des établissements, équipements, activités ou structures pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée que par le ministre chargé de la santé après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.</p>	<p>"Un décret... ...équipements, activités de soins ou structures de soins alternatives à l'hospitalisation pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée ou renouvelée que par le ministre et sociale.</p>	<p>"Un décret fixe, parmi les établissements, équipements, activités de soins ou structures de soins alternatives à l'hospitalisation qui sont régis par un schéma d'organisation sanitaire national ou interrégional, la liste de ceux pour lesquels l'autorisation... ... et sociale.</p>
<p>Dans chaque cas, la décision du ministre ou du préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.</p>	<p>"Dans chaque cas, la décision du ministre ou du représentant de l'Etat est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date d'expiration de la période d'examen mentionnée à l'article L. 712-15. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise."</p>	<p>"Dans chaque cas, ... ...période de réception mentionnée réputée acquise."</p>	<p>"Dans chaque cas, ... ...la date de réception de la demande. A défaut réputée acquise. La demande de renouvellement est déposée au moins un an avant son échéance.</p>
<p>Chapitre IV De l'équipement sanitaire</p>	<p>"Art. L. 712-17.- Toute autorisation est réputée caduque si l'opération autorisée n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. Cette caducité est constatée par le représentant de l'Etat, le cas échéant à la demande de toute personne intéressée."</p>	<p>"Art. L. 712-17. - Non modifié</p>	<p>"Art. L. 712-17.- Alinéa sans modification</p>
<p>Tout refus d'autorisation prévu à l'article 31 ci-dessus motivé par l'existence d'un programme susceptible de couvrir les besoins définis par la carte sanitaire est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.</p>			<p>"Tout refus d'autorisation motivé par l'existence d'un programme remplissant les conditions prévues à l'article L. 712-9 est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. L'autorisation est alors accordée de plein droit à l'auteur de la demande s'il la confirme et si cette demande remplit, à la date de confirmation, les conditions prévues par l'article L. 712-9 précité."</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>L'autorisation est alors accordée de plein droit, sous réserve des dispositions de l'article 33 ci-dessus, à l'auteur de la demande s'il la confirme.</p>	<p><i>"Art. L. 712-18.- En cas d'urgence tenant à la sécurité des malades le représentant de l'Etat peut prononcer la suspension de l'autorisation de fonctionner. Dans le délai d'un mois suivant cette décision, il doit saisir le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale qui, dans les deux mois de la saisine, émet un avis sur la mesure de suspension; le représentant de l'Etat peut alors prendre les mesures prévues à l'article L. 712-20 ou à l'article L. 715-2."</i></p>	<p><i>Art. L. 712-18.- En cas... ... suspension totale ou partielle de l'autorisation mesure de suspension, au vu des observations formulées par l'établissement ou le service concerne; le représentant L. 715-2."</i></p>	<p><i>"Art. L. 712-18.- En cas... ...délai de quinze jours suivant... ...dans les quarante-cinq jours de la saisine... ...L. 715-2." <i>"Art. L. 712-18-1.- Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation visées au présent chapitre sont celles qui sont créées par les établissements publics de santé."</i></i></p>
<p>Section I du chapitre III Des établissements privés</p>	<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>
<p><i>cf en annexe les articles 46 et 22-1 de la loi n° 70-1318 précitée et l'art. 14 (II) du projet de loi.</i></p>	<p>La section 2 du chapitre II du titre premier du livre VII du code de la santé publique est complétée par les articles L. 712-19 et L. 712-20, tels qu'ils résultent de l'article 14 de la présente loi.</p>	<p>Sans modification.</p>	<p>Sans modification.</p>
	<p>Art. 5.</p>	<p>Art. 5.</p>	<p>Art. 5.</p>
	<p>Le chapitre III du titre premier du livre VII du code la santé publique est ainsi rédigé:</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p align="center">"CHAPITRE III "Les actions de coopération.</p>	<p align="center">Division et intitulé sans modification</p>	<p align="center">Division et intitulé sans modification</p>
<p align="center">Section I du chapitre 1er Dispositions générales</p>	<p align="center">"Section 1. "Les conférences interhospitalières de secteur.</p>	<p align="center">Division et intitulé sans modification</p>	<p align="center">"Section 1. "Les conférences sanitaires de secteur</p>
<p>Art. 5 (<i>second alinéa</i>).- Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur.</p>	<p>"Art. L. 713-1.- Il est créé, dans chaque secteur sanitaire, une conférence interhospitalière de secteur formée des représentants des établissements publics de santé et des établissements de soins privés dans ce secteur."</p>	<p align="center">"Art. L. 713-1.- Non modifié</p>	<p align="center">"Art. L. 713-1.- Il est ......conférence <i>sanitaire</i> formée ......représentants <i>des établissements de santé, publics ou privés</i>, de ce secteur."</p>
<p align="center">Section II Des groupements interhospitaliers</p>			
<p>Art. 6.- Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.</p>			
<p>Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.</p>	<p>"Art. L. 713-2.- Les conférences interhospitalières de secteur sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire; elles sont également chargées de promouvoir la coopération entre les établissements du secteur."</p>	<p align="center">"Art. L. 713-2.- Non modifié</p>	<p align="center">"Art. L. 713-2.- Les conférences <i>sanitaires</i> de secteur ...</p>
<p>Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 de la présente loi.</p>			<p align="center">... du secteur."</p>
<p>Art. 7.- Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont composés de représentants de chacun des établissements, compte tenu de l'importance de ces derniers. Ils élisent leur président parmi leurs membres.</p>	<p>"Art. L. 713-3.- Le nombre des représentants de chacun des établissements est fonction de l'importance de ces derniers.</p>	<p align="center">"Art. L. 713-3.- Alinéa sans modification</p>	<p align="center">"Art. L. 713-3.- Alinéa sans modification</p>
<p>Aucun des établissements membres d'un groupements interhospitalier de secteur ne peut détenir la majorité absolue des sièges du conseil de ce groupement.</p>	<p>"Aucun des établissements membres d'une conférence interhospitalière de secteur ne peut détenir la majorité absolue des sièges de la conférence.</p>	<p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center">"Aucun ......conférence <i>sanitaire</i> de secteur... ...conférence.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement de chacun des établissements membres d'un groupement interhospitalier assistent aux réunions du conseil de ce groupement avec voix consultative.</p>	<p>"Les représentants des établissements publics de santé sont désignés par le conseil d'administration; le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement assistent aux réunions de cette conférence avec voix consultative.</p>	<p>"Les représentants d'établissement sont membres de droit de la conférence.</p>	<p>"Les représentants des établissements de santé privés ... moins, un <i>praticien</i> exerçant dans ...l'établissement."</p>
<p>Art. 14.- Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.</p>	<p>"Art. L. 713-4.- D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'une conférence interhospitalière de secteur à condition d'y être autorisés par le représentant de l'Etat, sur avis conforme de la conférence."</p>	<p>"Art. L. 713-4.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 713-4.- D'autres... ...conférence <i>sanitaire</i> de secteur... ...conférence."</p>
<p>Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.</p>			
<p>L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral, sur avis conforme du conseil du groupement.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p><i>cf en annexe les articles 14-1, 14-2, 14-3, 14-5, 14-6 et 15 de la loi n° 70-1318 précitée et l'art. 14 (II) du projet de loi.</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p>Le chapitre III du titre premier du livre VII du code de la santé publique est complété par une section 2 intitulée "Les syndicats interhospitaliers" est composée des articles L. 713-5 à 713-11, tels qu'ils résultent de l'article 14 de la présente loi et par une section 3 intitulée "Conventions de coopération" qui comprend l'article L. 713-12 ainsi rédigé :</p> <p>"Art. L. 713-12.- Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans des conditions et pour des disciplines et activités de soins définies par décret en Conseil d'Etat, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public.</p> <p>"Pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français."</p>	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>"Art. L. 713-12.- Dans le conditions définies par voie réglementaire, les établissements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>"Art. L. 713-12.-Non modifié</p>
	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>Le chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Chapitre II Des établissements d'hospitalisation publics</p>	<p>"CHAPITRE IV "Les établissements publics de santé. "Section 1. "Organisation administrative et financière.</p>	<p>Divisions et intitulés sans modifications</p>	<p>Divisions et intitulés sans modifications</p>
<p>Art. 20.- Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés, après avis de la commission nationale ou régionale des équipements sanitaires et sociaux, par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.</p>	<p>"Art. L. 714-1.- Les établissements publics de santé sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. "Ils sont créés, après avis du comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale, par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.</p>	<p>"Art. L. 714-1.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 714-1.- Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.</p>
<p>Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 22, par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration.</p>	<p>"Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du président du conseil d'administration.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement sont déterminées par décret.</p>	<p>"Les établissements publics de santé sont soumis à la tutelle de l'Etat."</p>		<p>" Les établissements publics de santé sont soumis au contrôle de l'Etat, dans les conditions particulières prévues par le présent chapitre."</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 21 (5 premiers alinéas).- Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et pharmaceutique hospitalier, du personnel titulaire n'appartenant pas au corps médical et des personnes qualifiées dont, obligatoirement, un médecin non hospitalier.</p>	<p>"Art. L. 714-2.- Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend cinq catégories de membres:</p> <p>"1° des représentants élus des collectivités territoriales;</p> <p>"2° des représentants des organismes de sécurité sociale;</p> <p>"3° des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique;</p> <p>"4° des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires;</p>	<p>"Art. L. 714-2.- Alinéa sans modification</p> <p>"1° Alinéa sans modification</p> <p>"2° Alinéa sans modification</p> <p>"3° Alinéa sans modification</p> <p>"4° Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 714-1 bis.- Les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier, défini par le présent chapitre et précisé par voie réglementaire.</p> <p>"Leur régime comptable et financier tient compte de la nature spécifique de leurs missions et des particularités liées à l'organisation des soins et à leur fonctionnement médical.</p> <p>"Les dispositions du code des marchés relatives à la passation des marchés sont adaptées, par voie réglementaire, aux conditions particulières de leur gestion."</p> <p>"Art. L. 714-2.- Alinéa sans modification</p> <p>"1° Alinéa sans modification</p> <p>"2° Alinéa sans modification</p> <p>"3° Alinéa sans modification</p> <p>"4° Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Les modalités de désignation ou d'élection des membres de chacune des catégories sont fixées par voie réglementaire, de même que le mode de représentation au sein du conseil d'administration des collectivités autres que celles dont relève l'établissement. Toutefois, le président de la commission médicale d'établissement et, pour les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement.</p>	<p>"5° des personnalités qualifiées.</p> <p>"Les catégories mentionnées aux 1° et 2° comptent un nombre égal de membres et forment ensemble au moins la moitié de l'effectif du conseil.</p> <p>"Les catégories mentionnées aux 3° et 4° comptent un nombre égal de membres.</p> <p>"La catégorie mentionnée au 5° compte au moins un médecin non hospitalier.</p> <p>"Le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 3° ci-dessus.</p> <p>"Dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical siège en outre au conseil d'administration.</p>	<p>"5° Alinéa sans modification</p> <p>"En outre, dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour peut assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>"Le maire de la commune d'accueil de l'établissement ou son représentant désigné par le conseil municipal, est membre de droit du conseil d'administration de l'établissement au titre de la catégorie mentionnée au 1°.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>"La catégorie... ... médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>"Dans les centres... ... médical est en outre membre de droit du conseil d'administration.</p>	<p>"5° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>"Le directeur des soins infirmiers, infirmier général de l'établissement, est membre de droit du conseil d'administration.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>En cas d'empêchement, le président de la commission médicale consultative peut déléguer au vice-président de la commission médicale consultative ses fonctions de membre de droit du conseil d'administration de l'établissement.</p>	<p>"Les modalités d'élection ou de désignation des membres sont fixées par décret.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>"Les membres de droit définis par les trois alinéas précédents peuvent, en cas d'empêchement, désigner un remplaçant.</i></p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>En cas d'empêchement du vice-président, le président de la commission médicale consultative peut déléguer ses fonctions de membre de droit du conseil d'administration à un autre membre de la commission médicale consultative élu par cette assemblée.</p>	<p>"La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>La présidence du conseil d'administration des établissements départementaux et des établissements communaux est assurée respectivement soit par le président du conseil général, soit par le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire.</p>	<p>"Toutefois, sur proposition du président du conseil général ou du maire, la présidence est dévolue à un représentant élu, désigné en son sein respectivement par le conseil général ou le conseil municipal.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 21 (10e alinéa).- En cas d'empêchement, le président du conseil général ou le maire peut déléguer, à un autre membre de l'assemblée dont il est membre, ses fonctions de président de droit du conseil d'administration de l'établissement.</p>	<p>"Le conseil municipal ou le conseil général désigne celui de ses membres qui supplée le président en cas d'absence ou d'empêchement.</p>	<p>"Le conseil... ...le président en cas d'empêchement.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 21 (6e, 7e et 8e alinéas).- Toutefois, le président du conseil général, le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire ne peuvent pas être membres du conseil d'administration d'un établissement :</p>	<p>"Pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux, l'acte de création désigne le président du conseil d'administration parmi les représentants des collectivités territoriales."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>1° Si eux-mêmes, leur conjoint, leurs ascendants ou descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé ;</p>	<p>"Art. L. 714-3.- Nul ne peut être membre d'un conseil d'administration :</p>	<p>"Art. L. 714-3.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 714-3.- Alinéa sans modification</p>
<p>2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services, preneurs de baux à ferme ou agents salariés de l'établissement.</p>	<p>"1° à plus d'un titre ; "2° s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;</p>	<p>"1° Alinéa sans modification "2° Alinéa sans modification</p>	<p>"1° Alinéa sans modification "2° Alinéa sans modification</p>
<p>1° Si eux-mêmes, leur conjoint, leurs ascendants ou descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé ;</p>	<p>"3° s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe, un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé ; toutefois cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique de l'établissement, lorsqu'il s'agit d'établissements de soins privé qui assurent l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues aux articles L. 715-6 et L. 715-10 ;</p>	<p>"3° s'il a... ... du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de soins privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution ... et L. 715-10 ;</p>	<p>"3° s'il a... ...dans la gestion d'un établissement de santé privés... ...du personnel</p>
<p>2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services, preneurs de baux à ferme ou agents salariés de l'établissement.</p>	<p>"4° s'il est fournisseur de biens ou de services, lié à l'établissement par contrat ou agent salarié de l'établissement, à l'exception des représentants du personnel et des membres de droit.</p>	<p>"4° s'il est fournisseur... ...par contrat;</p>	<p>"4° Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 21 (9e alinéa).- Au cas où il est fait application des dispositions des deux alinéas ci-dessus, le conseil général ou le conseil municipal élit un suppléant.</p>	<p>"Au cas où il est fait application des incompatibilités prévues ci-dessus au président du conseil général ou au maire, le président et son suppléant sont désignés suivant les modalités fixées au neuvième alinéa de l'article L. 714-2.</p>	<p>"5° s'il est agent salarié de l'établissement. "Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière et au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical.</p> <p>"Au cas ...</p> <p>...fixées au onzième alinéa de l'article L. 714-2.</p>	<p>"5° Alinéa sans modification</p> <p>"Au cas ...</p> <p>ou au maire, la présidence est dévolue à un représentant élu, désigné en son sein, respectivement par le conseil général ou le conseil municipal.</p>
<p>Art. 21 (dernier alinéa).- Le président de la commission médicale consultative ou, éventuellement, le vice-président ou le représentant élu de la commission médicale consultative, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical sont frappés des incompatibilités prévues au présent article à l'exception de celles s'appliquant aux agents salariés de l'établissement.</p>	<p>"Au cas où il est fait application de ces incompatibilités au président ou au vice-président de la commission médicale d'établissement, au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement, le conseil de l'unité ou le comité de coordination élit en son sein un remplaçant.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 22.- Le conseil d'administration délibère sur :</p>	<p>"Art. L. 714-4.- Le conseil d'administration délibère sur la politique générale de l'établissement et notamment sur :</p>	<p>"Art. L. 714-4.- Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :</p>	<p>"Art. L. 714-4.- Alinéa sans modification</p>
<p>1° La politique générale de l'établissement et le programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire ;</p>	<p>"1° le projet d'établissement, y compris le projet médical ;</p>	<p>1° Le projet... ... médical, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement, ainsi que le contrat pluriannuel visé à l'article L. 712-4 ;</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>
<p>2° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;</p>	<p>"2° les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements lourds ;</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>
<p>3° Le budget, les décisions modificatives et les comptes ;</p>	<p>"3° le rapport prévu à l'article L. 714-6 ainsi que le budget et les décisions modificatives y compris les propositions de dotation globale et de tarifs de prestations mentionnés aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>
<p>4° Les propositions de dotation globale et de tarifs des prestations mentionnées à l'article 8 et à l'article 11 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale ;</p>	<p>"4° les comptes et les propositions d'affectation des résultats d'exploitation ;</p>	<p>"4° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;</p>	<p>"4° Alinéa sans modification</p>
<p>6° (7e alinéa).- Les propositions d'affectation des résultats d'exploitation ;</p>	<p>"5° les créations, suppressions et transformations des services ou départements médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, des cliniques ouvertes, ainsi que des emplois de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques ;</p>	<p>"5° les créations... ...transformations et renouvellements des services... ...ouvertes ;</p>	<p>"5° les créations, suppressions et transformations des structures médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement ainsi que de ses structures non médicales ;</p>
<p>7° (8e alinéa).- Les créations, suppressions et transformations des services médicaux et pharmaceutiques ainsi que, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements hospitaliers ; les créations, suppressions et transformations des services autres que médicaux et pharmaceutiques et des cliniques ouvertes ;</p>	<p>"5° les créations, suppressions et transformations des services ou départements médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, des cliniques ouvertes, ainsi que des emplois de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques ;</p>	<p>"5° les créations... ...transformations et renouvellements des services... ...ouvertes ;</p>	<p>"5° les créations, suppressions et transformations des structures médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement ainsi que de ses structures non médicales ;</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>12° (13e alinéa).- Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 susvisée, des textes subséquents et de l'article 43 de la présente loi ;</p>	<p>"6° les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée, des textes pris pour son application, et de l'article L. 715-10;</p>	<p>"5° bis les emplois de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques;</p>	<p>"5° bis Alinéa sans modification</p>
<p>13° (14e alinéa).- La création d'un syndicat interhospitalier et l'affiliation ou le retrait de l'établissement d'un tel syndicat ;</p>	<p>"7° la création d'un groupement d'intérêt public, l'adhésion à un tel groupement, la création d'un syndicat interhospitalier et l'affiliation ou le retrait d'un tel syndicat;</p>	<p>"6° les conventions... ...l'article L. 715-11;</p>	<p>"6° Alinéa sans modification</p>
<p>5° (6e alinéa).- Le tableau des emplois permanents à l'exception des catégories de personnel qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques;</p>	<p>"8° le bilan social;</p> <p>"9° le tableau des emplois permanents à l'exception de ceux mentionnés au 5° ainsi que ceux des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques;</p>	<p>"7° les actions de coopération visées aux sections 2 et 3 du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, l'affiliation ou le retrait d'un tel syndicat, la création ou l'adhésion à un groupement d'intérêt public, à un groupement d'intérêt économique et les conventions concernant les actions de coopération internationale;</p> <p>"8° le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement;</p>	<p>"7° Alinéa sans modification</p>
<p>8° (9e alinéa).- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;</p>	<p>"10° les créations, suppressions et transformations des unités fonctionnelles, des fédérations et des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques;</p> <p>"11° les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation; les conditions des baux de plus de dix-huit ans;</p>	<p>"9° Alinéa sans modification</p> <p>"10° Alinéa sans modification</p> <p>"11° Alinéa sans modification</p>	<p>"8° Alinéa sans modification</p> <p>"9° le tableau ......mentionnés au 5°bis ainsi que... ...ou pharmaceutique. "10° Alinéa supprimé "11° Alinea sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
9° (10e alinéa).- les emprunts ;	"12° les emprunts;	"12° Alinéa sans modification	"12° Alinéa sans modification
10° (11e alinéa).- le règlement intérieur ;	"13° le règlement intérieur;	"13° Alinéa sans modification	"13° Alinéa sans modification
11° (12e alinéa).- les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;	"14° les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires;	"14° Alinéa sans modification	"14° les règles... ...autant qu'elles ne sont pas fixées par des ......réglementaires".
14° (15e alinéa).- l'acceptation et le refus des dons et legs ;	"15° l'acceptation et le refus des dons et legs;	"15° Alinéa sans modification	"15° Alinéa sans modification
15° (16e alinéa).- les actions judiciaires et les transactions ;	"16° les actions judiciaires et les transactions;	"16° Alinéa sans modification	16° Alinéa sans modification
16° (17e alinéa).- les hommages publics.	"17° les hommages publics."	"17° Alinéa sans modification	"17° Alinéa sans modification
	"Art. L. 714-5.- Les délibérations prévues par l'article L. 714-4 deviennent exécutoires dans les conditions suivantes :	"Art. L. 714-5.- Les délibérations exécutoires selon les modalités suivantes :	"Art. L. 714-5.- Les délibérations du conseil d'administration autres que celles mentionnées aux articles L 714-5-1, L 714-7 et L 714-8 sont exécutoires de plein droit dès leur transmission au représentant de l'Etat.
(18e alinéa).- Les délibérations portant sur les matières mentionnées aux 1° à 14° ci-dessus sont soumises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation.	"1° Les délibérations portant sur les matières mentionnées aux 1° à 7° sont soumises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation.	"1° Les délibérations aux 1°, à l'exclusion du contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 712-4, 2°, 3°, à l'exception du rapport prévu à l'article L. 714-6, 5°bis et 6° sont soumises approbation.	"Le représentant de l'Etat saisit, pour avis, la chambre régionale des comptes, dans les quinze jours suivant leur réception, des délibérations dont il estime qu'elles entraînent des dépenses de nature à menacer l'équilibre budgétaire de l'établissement. Il informe sans délai l'établissement de cette saisine, qu'il peut assortir d'un sursis à exécution. Sur avis conforme de la chambre régionale des comptes, rendu dans un délai de trente jours suivant la saisine, le représentant de l'Etat peut annuler la délibération ainsi mise en cause.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>(19e alinéa).- Elles sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Le délai est de quatre mois pour les délibérations portant sur la matière indiquée au 1° ; de soixante jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux 2° à 8° ; trente jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux 9° à 14°. Ces délais courent à compter de la réception des délibérations par le représentant de l'Etat. Tout refus d'approbation ou toute modification des délibérations doit être explicitement motivé.</p>	<p>"A l'exception de celles mentionnées au 3°, et sans préjudice de l'application de l'article L. 712-8, elles sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Ce délai est de six mois pour les délibérations portant sur la matière mentionnée au 1°, de deux mois pour les délibérations indiquées aux 2° et 4°, de trente jours pour les délibérations indiquées du 5° au 7°. Ces délais courent à compter de la date de réception des délibérations par le représentant de l'Etat.</p>	<p>"A l'exception...</p>	
		<p>...indiquées aux 2°, de trente...</p>	
		<p>...indiquées aux 5°bis et 6. Ces délais ...</p>	
		<p>... de l'Etat.</p>	
	<p>"Les délibérations mentionnées au 3° sont soumises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation dans les conditions fixées aux articles L. 714-7 et L. 714-8.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>"2° Les délibérations portant sur les matières énumérées aux 9° à 16° sont exécutoires quinze jours après leurs réception par le représentant de l'Etat; celui-ci peut toutefois, dans ce délai, annuler une délibération qui entraînerait une dépense non prévue par le budget de l'établissement.</p>	<p>"2° Les délibérations énumérées aux 4°, 5°, 7° et 9° à 16° sont exécutoires ...</p>	
		<p>... de l'établissement.</p>	
	<p>"Le représentant de l'Etat défère au tribunal administratif les délibérations portant sur les matières énumérées aux 9° à 16° qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur transmission. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît sérieux et de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée."</p>	<p>"Le représentant énumérées aux 4°, 5°, 7° et 9° à 16° qu'il estime... ... suivant leur réception. Il informe ...</p>	<p>"Le représentant de l'Etat défère au tribunal administratif les délibérations qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toutes précisions sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît sérieux et de nature à justifier l'annulation de la délibération ainsi déferée.</p>
		<p>... attaquée."</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture

Propositions de la
Commission

"A la demande du Président du conseil d'administration, le représentant de l'Etat l'informe de son intention de ne pas déférer au tribunal administratif une délibération qui lui a été transmise en application du premier alinéa du présent article."

"Art.L.714-5-1. Le projet d'établissement mentionné au 1° et les délibérations visées au 6° de l'article L 714-4 sont soumis au représentant de l'Etat en vue de leur approbation."

"Pour les établissements qui ne disposent pas d'un projet approuvé, les délibérations visées au 2° de l'article L.714-4, lorsqu'elles s'appliquent à des travaux ou équipements lourds qui ne relèvent pas du régime d'autorisation institué par la section 2 du chapitre II du présent titre et les délibérations visées au 5° bis du même article sont également soumises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation."

"Les délibérations mentionnées au présent article sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Ce délai est de six mois pour le projet d'établissement et de trente jours dans les autres cas. Il court à compter de la date de réception des délibérations par le représentant de l'Etat."

"Les conventions passées en application de l'article L.715-11 ne peuvent être annulées qu'en considération de l'intérêt de la santé publique"

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"Art. L. 714-6.- Avant le 31 juillet de chaque année le conseil d'administration délibère sur un rapport présenté par le directeur portant sur les objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir et sur l'adaptation des moyens qui paraissent nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement.</p>	<p>"Art. L. 714-6. - Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 714-6. - Avant le 30 juin...</p>
	<p>"Cette délibération et ce rapport sont transmis aux organismes de sécurité sociale en même temps qu'au représentant de l'Etat."</p>	<p>"Cette délibération... ... transmis au représentant de l'Etat et aux organismes de sécurité sociale dans un délai de huit jours à compter de la délibération."</p>	<p>...par le projet d'établissement.</p>
	<p>"Art. L. 714-7.- Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 3° de l'article L. 714-4 sont présentés par le directeur au conseil d'administration et votés par celui-ci par groupes fonctionnels de dépenses selon une nomenclature fixée par décret.</p>	<p>"Art. L. 714-7.- Avant le 15 octobre de chaque année, le budget...</p>	<p>"Art. L. 714-7.- Avant le ...</p>
		<p>... par décret. Le nombre de ces groupes est fixé par décret à quatre, au plus, pour la section d'exploitation.</p>	<p>...est fixé par décret à deux pour la section d'exploitation.</p>
	<p>"Ces délibérations sont transmises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation. Elles sont réputées approuvées si ce dernier n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de la date de réception.</p>	<p>"Ces délibérations sont transmises sans délai au représentant de l'Etat...</p>	<p>"Ces délibérations ...</p>
		<p>... un délai de soixante jours à compter de la date de réception.</p>	<p>...un délai de quarante-cinq jours..... ... de réception.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 22. (20e alinéa).- Le représentant de l'Etat peut supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses s'il estime celles-ci injustifiées ou excessives, compte tenu, d'une part, des possibilités de soins qui répondent aux besoins de la population, d'autre part, d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est arrêté, à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat, par les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>"Dans ce délai, s'il estime ces prévisions injustifiées ou excessives compte tenu, d'une part, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et, d'autre part, d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est fixé à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat par les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale, le représentant de l'Etat peut modifier le montant global des dépenses prévues et leur répartition entre les groupes fonctionnels. Il arrête en conséquence le montant de la dotation globale et les tarifs de prestations.</p>	<p>"Dans ce délai,...</p> <p>...compte tenu des orientations du schéma d'organisation sanitaire, de l'activité de l'établissement et enfin d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est fixé, avant le 30 septembre, à partir des hypothèses...</p>	<p>" Dans ce délai, s'il estime ces prévisions injustifiées, excessives ou insuffisantes compte tenu des possibilités de soins qui répondent aux besoins de la population, notamment au vu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire,...</p>
		<p>... fonctionnels.</p>	<p>...dépenses prévues. Il arrête en ...</p>
		<p>"Au vu de la décision du représentant de l'Etat, le conseil d'administration peut, dans un délai de quinze jours à compter de la réception, faire connaître ses propositions au représentant de l'Etat. Ce dernier dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de ces propositions pour maintenir ou pour apporter, en les motivant, des modifications aux prévisions de dépenses.</p>	<p>...prestations.</p> <p>"Au vu de la décision du représentant de l'Etat, qui doit être motivée, le conseil d'administration lui transmet de nouvelles propositions dans un délai de quinze jours. Le représentant de l'Etat dispose d'un délai identique pour modifier ou approuver le montant global des dépenses résultant de ces propositions. Il arrête en conséquence le montant du budget.</p>
		<p>"A défaut de décision du représentant de l'Etat à l'issue de ce délai, les propositions du conseil d'administration sont réputées approuvées. Le représentant de l'Etat arrête en conséquence le montant de la dotation globale et les tarifs de prestations. Au vu de</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
	<p>"Au vu de la décision du représentant de l'Etat arrêtée dans les conditions ci-dessus, le directeur soumet à la délibération du conseil d'administration dans un délai de quinze jours suivant cette décision la ventilation des dépenses approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel."</p>	<p>la décision...</p>	<p>"Au vu de la décision du représentant de l'Etat arrêtée dans les conditions ci-dessus, le directeur soumet à la délibération du conseil d'administration, dans un délai de quinze jours suivant cette décision, la ventilation des dépenses approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel.</p>
		<p>...fonctionnel.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
		<p>"La décision est exécutoire à compter de la date de sa transmission au représentant de l'Etat."</p>	Alinéa sans modification
	<p>"Art. L. 714-8.- La délibération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 714-7 est exécutoire à compter de la date de sa transmission au représentant de l'Etat. Lorsque le représentant de l'Etat constate que cette délibération n'ouvre pas les crédits nécessaires au respect des obligations et des engagements de l'établissement ou modifie la répartition des dépenses par groupes fonctionnels qu'il avait précédemment arrêtée, il met, dans un délai de trente jours, l'établissement en demeure de procéder aux rectifications nécessaires.</p>	<p>"Art. L. 714-8.- Lorsque le représentant...</p>	"Art. L. 714-8.- Supprimé
		<p>...arrêtée, il règle le budget et le rend exécutoire en assortissant sa décision d'une motivation explicite."</p>	
	<p>"Faute pour l'établissement d'avoir déféré dans les quinze jours à cette mise en demeure, le représentant de l'Etat inscrit d'office au budget de l'établissement les crédits nécessaires au respect de ses obligations et engagements.</p>	Alinéa supprimé	
	<p>"Si le budget adopté n'est pas conforme à la répartition par groupes fonctionnels précédemment approuvée, le représentant de l'Etat saisit dans un délai de quinze jours la chambre régionale des comptes qui, dans le mois, formule des propositions de mise en conformité par un avis communiqué à l'établissement. Le représentant de l'Etat règle le budget et le rend exécutoire, en assortissant sa décision d'une motivation explicite si elle s'écarte des propositions de la chambre régionale des comptes."</p>	Alinéa supprimé	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"Art. L. 714-10.- Lorsque l'examen des comptes révèle un déséquilibre financier grave ou durable, le représentant de l'Etat saisit la chambre régionale des comptes qui, dans un délai de trois mois à compter de cette saisine, propose à l'établissement les mesures de redressement nécessaires. Le projet de budget primitif afferent à l'exercice suivant est transmis par le représentant de l'Etat à la chambre régionale des comptes.</p>	<p>"Art. L. 714-10.- Lorsque...</p>	<p>"Art. L. 714-10.- Supprimé</p>
	<p>"Si, lors de l'examen de ce projet de budget primitif, la chambre régionale des comptes constate que l'établissement n'a pas pris des mesures de redressement suffisantes, elle propose les mesures nécessaires au représentant de l'Etat dans un délai de trente jours à partir de la réception du projet de budget. Celui-ci est rendu exécutoire par le représentant de l'Etat qui, s'il s'écarter des propositions de la chambre régionale des comptes, assortit sa décision d'une motivation explicite."</p>	<p>... nécessaires. Dans ce cas, le projet...</p>	
		<p>... des comptes.</p>	
		<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>"Art. L. 714-11.- Les marchés des établissements publics de santé sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat. Celui-ci défère au tribunal administratif, dans les deux mois suivant cette réception, les décisions qu'il estime illégales. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît sérieux et de nature à justifier l'annulation de l'acte attaqué."</p>	<p>"Art. L. 714-11.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 714-11.- Les marchés...</p>
			<p>...exécution. Il informe sans délai le Président du conseil d'administration et lui communique toute précision sur les irrégularités invoquées. Il est fait...</p>
			<p>...de l'acte attaqué."</p>
			<p>"A la demande du Président du conseil d'administration, le représentant de l'Etat l'informe de son intention de ne pas déférer au tribunal administratif une décision qui lui a été transmise en application du premier alinéa du présent article."</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>"Art. L. 714-12.- Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipements de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ces objectifs.</p> <p>"Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme."</p> <p>"Art. L. 714-13.- Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.</p>	<p>"Art. L. 714-12.- Non modifié</p> <p>"Art. L. 714-13.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 714-12.- Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>"Les projets visés à l'article L. 712-8 ne sont pas soumis au régime d'autorisation qu'institue ledit article lorsqu'ils sont contenus dans le projet d'établissement et que celui-ci a été approuvé dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 714-5-1. Ils doivent, toutefois, faire l'objet d'une déclaration préalable à leur réalisation, adressée au représentant de l'Etat."</p> <p>"Art. L. 714-13.- Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture

Propositions de la
Commission

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

"Le directeur, ordonnateur de dépenses, peut procéder, en cours d'exercice, à des virements de crédits dans la limite du dixième des autorisations de dépenses des comptes concernés, ou dans la limite du cinquième desdites autorisations avec l'accord du conseil d'administration, dans des conditions qui sont fixées par décret."

Art. 22-2.- (3 premiers alinéas).- Le directeur est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article 22. Il tient le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.

Le directeur met en oeuvre la politique définie par le conseil d'administration et approuvée par le représentant de l'Etat. Il assure la conduite générale de l'établissement. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale et pharmaceutique, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits, dans la limite du dixième des autorisations de dépenses des comptes concernés et dans des conditions qui sont fixées par décret.

"Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en oeuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le représentant de l'Etat. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 714-4. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

"Le directeur, ordonnateur des dépenses peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits dans la limite du dixième des autorisations de dépenses des comptes concernés et dans des conditions qui sont fixées par décret.

"Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret."

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"Art. L. 714-14.- Dans le respect de leurs missions les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service et exploiter des brevets et des licences. Les recettes dégagées par ces activités subsidiaires peuvent donner lieu à l'inscription au budget de dépenses non soumises au taux d'évolution des dépenses hospitalières mentionné à l'article L. 714-7.</p>	<p>"Art. L. 714-14.- Dans le ... ces activités peuvent donner lieu à... ...L. 714-7.</p>	<p>"Art. L. 714-14.- Dans le ... ces activités <i>donnent</i> lieu à... ...L. 714-7.</p>
	<p>"Le déficit éventuel de ces activités n'est pas opposable aux collectivités publiques et organismes qui assurent le financement de l'établissement.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 22-3.- Les comptables des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal.</p>	<p>"Art. L. 714-15.- Les comptables des établissements publics de santé sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal.</p>	<p>"Art. L. 714-15.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 714-15.- Non modifié</p>
<p>Art. 22 2 (6 derniers alinéas).- Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre le paiement d'une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :</p>	<p>"Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :</p>		
<p>1° D'insuffisance de fonds disponibles ;</p>	<p>"1° d'insuffisance de fonds disponibles ;</p>		
<p>2° De dépense ordonnancée sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devait être imputée ;</p>	<p>"2° de dépenses ordonnancées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée ;</p>		
<p>3° D'absence de justification du service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.</p>	<p>"3° d'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier-payeur général du département qui le transmet à la chambre régionale des comptes.</p>	<p>"L'ordre de réquisition est portée à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier payeur général du département qui le transmet à la chambre régionale des comptes.</p>		
<p>En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.</p>	<p>"En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.</p>		
	<p>"Le comptable assiste avec voix consultative au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence.</p>		
	<p>"Les conditions de placement et de rémunération des fonds des établissements publics de santé sont déterminés par décret.</p>		
	<p>"A la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paye les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur."</p>		
	<p>"Section 2. "Organes représentatifs.</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>
<p>Art. 24.- Dans chaque établissement d'hospitalisation public, il est institué une commission médicale d'établissement.</p>	<p>"Art. L. 714-16.- Dans chaque établissement public de santé, est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants élus des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>"Art L. 714-16.- Dans chaque... ...représentants des personnels... ...réglementaire.</p>	<p>"Art. L. 714-16.- Dans chaque... ...président parmi les chefs de service de l'établissement et dont la composition... ...réglementaire.</p>
	<p>"La commission médicale d'établissement:</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>(1ère phrase du 2ème alinéa) La commission médicale d'établissement est obligatoirement consultée sur le programme, le plan directeur, le budget et les comptes de l'établissement ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques et, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements ainsi que sur tous les aspects techniques des activités médicales.</p>	<p>"1° prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, des objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire;</p>	<p>"1° prépare ......cinq ans, les objectifs... ... sanitaire;</p>	<p>"1° émet un avis sur le projet médical de l'établissement, à la préparation duquel elle est associée ; ce projet définit, pour une... ...sanitaire;</p>
<p>(Dernière phrase du 2° alinéa).- Elle est également consultée sur le fonctionnement des services autres que médicaux et pharmaceutiques qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.</p>	<p>"2° prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales de l'établissement, conformément à la section 3 du présent chapitre;</p>	<p>"2° prépare ......médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, ... ...chapitre;</p>	<p>"2° propose ou est associée à la préparation des mesures d'organisation... ...chapitre;</p>
<p>(2° phrase du 2° alinéa).- Elle est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget.</p>	<p>"3° est consultée sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement, sur le rapport prévu à l'article L. 714-6, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales;</p>	<p>"3° est consultée ......d'investissement relatifs aux travaux et équipements lourds, sur le rapport ......médicales, odontologiques et pharmaceutiques;</p>	<p>"3° émet un avis sur... ...pharmaceutique;</p>
<p>(Dernière phrase du 2° alinéa).- Elle est également consultée sur le fonctionnement des services autres que médicaux et pharmaceutiques qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.</p>	<p>"4° est consultée sur le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>"4° émet un avis sur... ...pharmaceutiques.</p>
<p>(2° phrase du 2° alinéa).- Elle est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget.</p>	<p>"5° est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget;</p>	<p>"5° Alinéa sans modification</p>	<p>"5° Alinéa supprimé</p>
<p>(2° phrase du 2° alinéa).- Elle est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget.</p>	<p>"6° est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget;</p>	<p>"6° émet un avis sur le bilan social, le plan de formation des personnels et les modalités de mise en oeuvre d'une politique d'intéressement.</p>	<p>"6° émet un avis ......les plans de formations des personnels notamment ceux intéressant les personnels médicaux et paramédicaux et les modalités... ...d'intéressement. "6° bis est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget :</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>(3^o alinéa).- A la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, du président de la commission médicale d'établissement, du tiers des membres de celle-ci, du chef de service ou du coordonnateur de département concerné, et compte tenu des décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles 22 et 22-2 de la présente loi, la commission médicale d'établissement délibère sur les choix médicaux dans le respect de la dotation budgétaire allouée.</p>	<p>"En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres ou du chef de service concerné, la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte tenu de décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 714-4 et L. 714-13."</p>	<p>"En outre,...</p> <p>... chef de service ou du chef de département ou du coordinateur concerné, la commission délibère...</p> <p>... et L. 714-13".</p> <p>"La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les décisions visées au 1^o et 2^o du présent article."</p>	<p>"En outre,...</p> <p>... chef de service ou du chef de département concerné,...</p> <p>...et L. 714-13".</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>(dernier alinéa).- La commission médicale d'établissement se prononce chaque année sur un rapport établi avec le concours de l'administration hospitalière et relatif à l'évaluation technique et économique des soins dispensés dans l'établissement. Ce rapport est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire dans des termes de nature à préserver le secret médical.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</p>	<p>"Art. L. 714-17.- Dans chaque établissement public de santé, est institué un comité technique d'établissement présidé par le directeur ou par un fonctionnaire du corps des personnels de direction désigné par le directeur et composé de représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires, élus par collèges définis en fonction des catégories mentionnées à l'article 4 de ce titre."</p>	<p>"Art. L. 714-17 Dans chaque présidé par le président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement, le directeur ou par un représentant des élus des collectivités territoriales membre du conseil d'administration désigné par le président et composé de... ... de ce titre sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement pour chaque catégorie de personnel. "La représentativité des organisations syndicales s'apprécie d'après les critères suivants: "- les effectifs, "- l'indépendance, "- les cotisations, "- l'expérience et l'ancienneté du syndicat. "Tout syndicat affilié à une organisation représentative sur le plan national est considéré comme représentatif dans l'établissement. "Lorsqu'aucune organisation syndicale ne présente de liste ou lorsque la participation est inférieure à un taux fixé par décret, les listes peuvent être librement établies.</p>	<p>"Art. L. 714-17 Dans chaque présidé par le directeur et composé de... ...de ce titre. Alinéa supprimé Alinéa supprimé Alinéa supprimé Alinéa supprimé Alinéa supprimé Alinéa supprimé</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Le comité technique paritaire est présidé par le président de l'assemblée délibérante ou son représentant, membre de cette assemblée. Le directeur de l'établissement est membre de droit. Les autres membres représentant l'administration sont désignés par l'assemblée délibérante. Les représentants du personnel à cette assemblée ne peuvent être désignés en qualité de représentant de l'administration au comité technique paritaire.</p>			
<p>Les représentants du personnel sont désignés par les organisations syndicales parmi l'ensemble des fonctionnaires et agents non titulaires employés dans l'établissement, à l'exception de ceux mentionnés au dernier alinéa de l'article 2. Lorsqu'il n'existe aucune organisation syndicale dans l'établissement, les représentants du personnel sont élus.</p>			
<p>Art. 24.- Les comités techniques paritaires sont obligatoirement consultés sur :</p>	<p>"Art. L. 714-18.- Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :</p>	<p>"Art. L. 714-18.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 714-18.- Alinéa sans modification</p>
	<p>"1° le projet d'établissement et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements lourds ;</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>
<p>1° les budgets et les comptes ainsi que le tableau des effectifs, à l'exception des effectifs des personnels mentionnés au dernier alinéa de l'article 2 ;</p>	<p>"2° le budget, le rapport prévu à l'article L. 714-6 et les comptes ainsi que le tableau des emplois ;</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>
<p>2° l'organisation et le fonctionnement des départements et services ;</p>	<p>"3° l'organisation et le fonctionnement des services des départements et des fédérations ;</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>	<p>"3° l'organisation ......fonctionnement des structures de l'établissement ;</p>
<p>3° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leur incidence sur la situation du personnel ;</p>	<p>"4° les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;</p>	<p>"4° Alinéa sans modification</p>	<p>"4° Alinéa sans modification</p>
<p>4° le plan directeur de l'établissement ;</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
5° les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires;	"5° les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires;	"5° Alinéa sans modification	"5° Alinéa sans modification
6° les critères de répartition de certaines primes et indemnités;	"6° les critères de répartition de certaines primes et indemnités;	"6° Alinéa sans modification	"6° Alinéa sans modification
7° la politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation.	"7° la politique générale de formation du personnel et notamment la plan de formation;	"7° Alinéa sans modification	"7° Alinéa sans modification
	"8° le bilan social;	"8° le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement;	"8° Alinéa sans modification
	"9° la constitution de groupements d'intérêt public et l'adhésion à un syndicat interhospitalier.	"9° les actions de coopération visées aux sections 2 et 3 du chapitre III du présent titre.	"9° Alinéa sans modification
	"Le comité technique d'établissement et la commission médicale d'établissement se réunissent ensemble au moins une fois par an pour examiner les questions sur lesquelles ils ont l'un et l'autre compétence."	"Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement peuvent assister avec voix consultative à chacune des réunions respectives de ces deux organes."	Alinéa supprimé
	"Art. L. 714-19.- Les modalités d'application des articles L. 714-17 et L. 714-18 et notamment le nombre de membres titulaires et suppléants des comités techniques d'établissement ainsi que les règles de fonctionnement de ces comités sont fixés par voie réglementaire."	"Art. L. 714-19.- Alinéa sans modification	"Art. L. 714-19.- Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances.
			"Les modalités..."
			"...voie réglementaire."
		"Un décret définit les moyens dont disposent la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement pour remplir leurs missions."	Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière</p> <p>CHAPITRE 2 Des établissements d'hospitalisation publics</p>	<p>"Section 3. "Organisation des soins et fonctionnement médical.</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>
<p>Art. 20-1 (2 premiers alinéas).- Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi et de celles mentionnées à l'article 252 du décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services. Les services peuvent comporter des pôles d'activités et être regroupés, en tout ou partie, en départements.</p>	<p>"Art. L. 714-20.- Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en services ou en départements créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement mentionné à l'article L. 714-16.</p>	<p>"Art. L. 714-20.- Pour... ...L. 714-12.</p>	<p>"Art. L. 714-20.- Alinéa sans modification</p>
<p>Chaque service est placé, sauf dans les hôpitaux locaux, sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier, chef de service à plein temps. Si l'activité du service n'exige pas la présence d'un chef de service à plein temps, le service peut être placé sous la responsabilité d'un chef de service à temps partiel issu d'un statut à temps plein ou relevant du statut à temps partiel.</p>	<p>"Les services et les départements sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>"Le conseil d'administration peut également créer des départements et organiser les services en unités fonctionnelles, dans des conditions et selon des modalités définies par la présente section.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"Les services et les départements sont constitués d'unités fonctionnelles. Les unités fonctionnelles sont les structures médicales élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation.</p>	<p>"Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires... ... leur organisation. "Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline. "Les départements sont constitués d'au moins trois unités fonctionnelles.</p>	<p>Les unités fonctionnelles sont des structures médicales élémentaires de prise en charge... ...leur organisation. "Les départements sont des fédérations de services ou d'unités fonctionnelles, constituées en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, d'une gestion commune de lits ou d'équipements ou d'un regroupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.</p>
	<p>"A titre exceptionnel, un service ou un département peut être constitué d'une seule unité fonctionnelle lorsque cette unité ne présente pas de complémentarité directe avec les autres unités de l'établissement ou qu'il n'existe d'unité ayant la même activité."</p>	<p>"A titre exceptionnel, lorsqu'une unité fonctionnelle ne présente pas de complémentarité directe avec d'autres unités de même discipline ou qu'il n'existe pas d'unité ayant la même activité, elle peut constituer un service."</p>	<p>"Lorsqu'une unité fonctionnelle... ...constituer un service."</p>
<p>Art. 20-2.- (1er alinéa, 2 premières phrases) - Le chef de service est nommé par le ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans renouvelable. La nomination est prononcée après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement.</p>	<p>"Art. L.714-21.- Les chefs de service sont nommés par le ministre chargé de la santé après avis, notamment, du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement pour une durée de cinq ans renouvelable.</p>	<p>"Art. L. 714-21.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 714-21.- Les chefs de service et de département sont ......avis d'une instance nationale, du conseil ......d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable.</p>
<p>Dans les cas visés à l'alinéa ci-dessus, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte limitée aux praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel.</p>	<p>"Le chef de département est désigné par le conseil d'administration après avis, notamment, de la commission médicale d'établissement sur proposition des praticiens titulaires du département, pour une durée de cinq ans renouvelable dans des conditions définies par voie réglementaire.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>"Pour rendre son avis, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte aux praticiens hospitaliers titulaires.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<i>(cf supra 2e phrase du 2e alinéa de l'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 13 décembre 1970 précitée)</i>	"Peuvent exercer la fonction de chef de service ou de département les praticiens titulaires relevant d'un statut à temps plein ou, si l'activité du service ou du département ou la situation des effectifs le justifient, les praticiens titulaires relevant d'un statut à temps partiel.	"Dans le cas visé aux deux alinéas ci-dessus, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte limitée aux praticiens hospitaliers.	Alinéa supprimé
Art. 20-2 (1er alinéa, 5 dernières phrases) - Les conditions de nomination, dont certaines peuvent être spécifiques à la psychiatrie, sont fixées par voie réglementaire. Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé dans les mêmes formes que la nomination. Il est subordonné au dépôt, six mois avant l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé, accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat. Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé avant le terme de son mandat. A défaut de cette notification, le renouvellement est réputé acquis.	"Les conditions de candidature, de nomination ou de renouvellement dans les fonctions de chef de service ou de département dont certaines peuvent être propres à la psychiatrie sont fixées par voie réglementaire.	"Les conditions... ... de service dont certaines... ... réglementaire.	"Les conditions... ... de service ou de département sont fixées par voie réglementaire.
Art. 20-2 (3 derniers alinéas) - Les dispositions du premier alinéa ci-dessus ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle ou aux décisions prises dans l'intérêt du service.	"Les dispositions du premier alinéa du présent article ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle ou aux décisions prises dans l'intérêt du service.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Les fonctions de chef de service exercées par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers cessent à la fin de l'année universitaire au cours de laquelle survient la limite d'âge fixée par l'article 3 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public.	"Les fonctions hospitalières exercées par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers cessent à la fin de l'année universitaire au cours de laquelle ils atteignent la limite d'âge fixée pour les praticiens hospitaliers."	Alinéa sans modification	"Les fonctions de chef de service ou de département exercées... ...de laquelle survient la limite d'âge fixée par l'article 3 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Les praticiens hospitaliers, anciens chefs de service, visés à l'alinéa précédent, lorsqu'ils sollicitent une prolongation d'activité au-delà de l'âge de soixante-cinq ans conformément à l'article 2 de la loi n° 86-1304 du 23 décembre 1986 relative à la limite d'âge et aux modalités de recrutement de certains fonctionnaires civils de l'Etat, poursuivent leur activité en tant que consultants. Le statut de consultant est fixé par décret.</p>	<p><i>"Art. L. 714-22.- Dans chaque service ou département, il est institué un conseil de service ou de département constitué, selon l'importance du service ou du département, soit des personnels médicaux et non médicaux du service ou du département, soit des représentants des unités fonctionnelles, dans des conditions définies par voie réglementaire.</i></p>	<p><i>"Art. L. 714-22.- Alinéa sans modification</i></p>	<p><i>"Le conseil d'administration de l'établissement peut permettre, après avis de la commission médicale d'établissement, aux chefs de service ou de département visés à l'alinéa précédent, lorsqu'ils sollicitent une prolongation d'activité au-delà de l'âge de soixante-cinq ans conformément à l'article 2 de la loi n° 86-1304 du 23 décembre 1986 relative à la limite d'âge et aux modalités de recrutement de certains fonctionnaires civils de l'Etat, de poursuivre leur activité en tant que consultants. La décision du conseil d'administration est annuelle. Elle peut être reconduite deux fois.</i></p>
<p>Art. 20-1 (dernier alinéa).- Avant d'arrêter les prévisions d'activité et de moyens afférents au service, le chef de service réunit, au moins une fois par an, l'ensemble des personnels.</p>	<p><i>"Le conseil de service ou de département a notamment pour objet:</i></p>	<p><i>Alinéa sans modification</i></p>	<p><i>"Le statut de consultant est fixé par décret. Il détermine notamment les conditions dans lesquelles le consultant est appelé à remplir, pour le compte de l'établissement, des missions de conseil et d'intérêt général."</i></p>
<p>- de permettre l'expression des personnels;</p>	<p><i>- de permettre l'expression des personnels;</i></p>	<p><i>-Alinéa sans modification</i></p>	<p><i>"Art. L. 714-22.- Dans chaque...département composé des responsables d'unités fonctionnelles, des praticiens à temps plein, des cadres infirmiers et, le cas échéant, des sages-femmes. Si le service ou le département ne comporte pas, ou ne comporte qu'un seul praticien à temps plein, le conseil comprend les praticiens à temps partiel.</i></p> <p><i>"Ce conseil est consulté, au moins une fois tous les trois mois, par le chef de service ou de département, sur l'activité et le fonctionnement du service ou du département.</i></p> <p><i>"Avant d'arrêter les prévisions d'activité et de moyens afférentes au service ou au département, son chef réunit, au moins une fois par an, l'ensemble des personnels.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	"- de favoriser les échanges d'information ;	"- de favoriser ......d'information, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service ou au département ;	Alinéa supprimé
	"- de participer à l'élaboration du projet de service et du rapport d'activité ;	"- de participer... ... service ou de département et du rapport d'activité ;	Alinéa supprimé
	"- de faire toute proposition sur le fonctionnement du service ou du département.	-Alinéa sans modification	Alinéa supprimé
	"Les modalités de fonctionnement de ces conseils sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement."	Alinéa sans modification	"Les modalités... ...conseils sont <i>arrêtées</i> par le... de l'établissement.
<i>Art. 20-1 (3e alinéa).</i> - Le chef de service organise le fonctionnement technique du service et propose les orientations médicales dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien hospitalier.	"Art. L. 714-23.- Le chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique. Il est assisté selon les activités du service ou du département par une sage-femme, un cadre paramédical ou un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.	"Art. L. 714-23.- Le chef de service... ... technique, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque unité fonctionnelle par le projet de service ou de département. Il est assisté...	"Art. L. 714-23.- Alinéa sans modification
<i>Art. 20-1 (avant-dernier alinéa).</i> - Le chef de service est assisté par un cadre paramédical ou, le cas échéant, par une sage-femme.		... leurs compétences.	
	"Le chef de service ou de département élabore avec le conseil de service ou de département un projet de service ou de département qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.	Alinéa sans modification	"Le chef de service ... département élabore et soumet à l'avis du conseil ...
	"Tous les deux ans, un rapport d'activité et d'évaluation établi dans les mêmes conditions, précise l'état d'avancement du projet, et comporte une évaluation de la qualité des soins.	Alinéa sans modification	...l'évaluation des soins. Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 20-3.- Dans les conditions prévues par le présent article, le chef de service délègue à un ou plusieurs médecins, biologistes, pharmaciens ou odontologistes hospitaliers relevant d'un statut à temps plein ou du statut à temps partiel la responsabilité d'un ou plusieurs pôles d'activités en vue d'assurer les soins ou d'exécuter les actes médico-techniques ou pharmaceutiques nécessaires aux malades, conformément aux règles déontologiques.</p>	<p>"Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'application du présent article et notamment les conditions dans lesquelles les chefs de service ou de département peuvent suivre la gestion des moyens budgétaires propres de leur service ou de département, la réalisation des objectifs et les conditions dans lesquelles les résultats financiers sont réaffectés au service ou au département."</p>	<p>"Des dispositions... ...budgétaires de leur service... ...objectifs et faire bénéficier, le cas échéant, les services ou départements des résultats de cette gestion."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Les pôles d'activités sont créés par délibération du conseil d'administration de l'établissement, sur proposition du chef de service concerné, après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, du comité consultatif médical.</p>	<p>"Art. L. 714-24.- L'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité médicale d'un praticien hospitalier titulaire du service ou du département dans le cadre de l'organisation générale définie par le chef de service ou de département et dans le respect du projet de service.</p>	<p>"Art. L. 714-24.- L'unité... ... responsabilité d'un praticien... ... titulaire ou d'un praticien hospitalo-universitaire temporaire du service ou... ... de service.</p>	<p>"Art. L. 714-24.- L'unité... ... hospitalier titulaire du service... ... de service</p>
<p>Dans les mêmes formes, le conseil d'administration délibère sur la délégation accordée au médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste responsable.</p>	<p>"Ur. praticien hospitalier peut être chargé de plusieurs unités fonctionnelles. "Le conseil d'administration désigne pour une période déterminée par voie réglementaire le praticien hospitalier chargé de l'unité fonctionnelle sur proposition du chef de service ou de département après avis des médecins titulaires du service ou du département et de la commission médicale d'établissement."</p>	<p>Alinéa sans modification "Le conseil... ... fonctionnelle avec l'accord du chef de service ou de département après avis des praticiens titulaires... ... d'établissement."</p>	<p>Alinéa supprimé "Le conseil... ... fonctionnelle sur proposition du chef... ... d'établissement." "Les praticiens hospitaliers chargés d'une unité fonctionnelle sont confirmés dans leurs fonctions à chaque changement de chef de service ou de département, avec l'accord de ce dernier."</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>La délégation prend automatiquement fin à l'occasion du départ du chef de service, à l'expiration de son mandat ou en cas de suppression du pôle d'activités par le conseil d'administration en application du 7° de l'article 22. Elle est renouvelée par le chef de service, après avis de la commission médicale d'établissement. La demande de renouvellement est accompagnée d'un rapport d'activité.</p>			
<p>Art. 20-4.- Avec l'accord des chefs de service intéressés, il peut être constitué des départements regroupant deux ou plusieurs services en tout ou partie, soit en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit en vue d'un groupement des moyens en personnel, soit en vue d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.</p>	<p>"Art. L. 714-25.- Avec l'accord des chefs de service ou de département intéressés, des services, des départements ou unités fonctionnelles peuvent être regroupés en fédérations en vue soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit d'un groupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.</p>	<p>"Art. L. 714-25.- Alinéa sans modification</p>	<p>"Art. L. 714-25.- Des services ou des unités fonctionnelles peuvent être fédérés en départements avec l'accord des chefs de service concernés.</p>
<p>La délibération du conseil d'administration créant un département est prise après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, des comités consultatifs médicaux.</p>			
<p>Les activités du département sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste. Il est assisté, selon les activités du département, par une sage-femme, un cadre paramédical, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel médico-technique et par un membre du personnel administratif.</p>	<p>"Les activités de la fédération sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel médico-technique et par un membre du personnel administratif.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa supprimé</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>L'organisation et le fonctionnement du département sont définis par un règlement intérieur élaboré notamment par les médecins titulaires à temps plein et à temps partiel des services correspondants et par les cadres paramédicaux. Le règlement intérieur est arrêté par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique paritaire. Ce règlement précise notamment les objectifs, la nature et l'étendue des activités du département, les modalités d'association des différents médecins, biologistes, pharmaciens ou odontologistes à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur et de ses assistants. Il précise également les modalités d'association des sages-femmes, du personnel soignant et médico-technique et du personnel administratif aux activités du département.</p>	<p>"L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération sont définis par un règlement intérieur. Le règlement intérieur est arrêté par le conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement dans des conditions définies par voie réglementaire. Ce règlement intérieur précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur et de ses assistants.</p> <p>"Les modalités d'application du présent article et notamment les conditions dans lesquelles les coordonnateurs de fédération peuvent suivre la gestion des moyens budgétaires propres de leur fédération, la réalisation des objectifs et les conditions dans lesquelles les résultats financiers sont réaffectés à la fédération sont fixées par voie réglementaire."</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>"Les modalités... ... budgétaires de leur fédération, ... ...objectifs et faire bénéficier, le cas échéant, la fédération des résultats de cette gestion sont fixées par voie réglementaire."</p> <p>"Art. L. 714-25-1 .- Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent, dans les conditions prévues à l'article L. 714-23, à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du service ou du département."</p> <p>"Art. L. 714-25-2 .- Par dérogation aux dispositions des articles L. 714-20 à L. 714-25, le conseil d'administration d'un établissement public de santé, peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé.</p>	<p>Alinéa supprimé</p> <p>Alinéa supprimé</p> <p>"Art. L. 714-25-1 Non modifié"</p> <p>"Art. L. 714-25-2 .- Non modifié"</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
		<p>"Cette décision est prise sur proposition de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires et adoptée à la majorité des deux tiers de cette assemblée après avis du comité technique d'établissement.</p> <p>"Dans ce cas, le conseil d'administration nomme les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées après avis de la commission médicale d'établissement. Il prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, les modalités de la participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures. La mise en place de celles-ci ne peut intervenir qu'à l'occasion des renouvellements des chefs de service en fonction à la date de promulgation de la loi n° du portant réforme hospitalière et prévus à l'article L. 714-21."</p>	
	<p>"Art. L. 714-26.- Il est créé dans chaque établissement un service de soins infirmiers qui est consulté par le directeur dans les conditions fixées par voie réglementaire sur</p>	<p>"Art. L. 714-26.- Il est créé... ...soins infirmiers.</p>	<p>"Art. L. 714-26.- Il est créé... ...infirmiers, dont la direction est confiée à l'infirmier général ou au responsable des soins infirmiers, membre de l'équipe de direction.</p>
		<p>"Une commission composée des représentants des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers est instituée en son sein. Elle est consultée par le directeur dans les conditions fixées par voie réglementaire sur :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"1° l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>
	<p>"2° la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>	<p>"2° Alinéa sans modification</p>
	<p>"3° l'élaboration d'une politique de formation."</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>	<p>"3° Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 25 (2 premiers alinéas).- Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :</p>	<p>"Section 4. "Les personnels des établissements publics de santé.</p>	<p>"La direction en est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction, qui devient directeur du service de soins infirmiers."</p>	<p>Supprimé</p>
<p>1° Des agents titulaires ou stagiaires soumis aux dispositions du livre IX du Code de la santé publique ;</p>	<p>"Art. L. 714-27.- Le personnel des établissements publics de santé comprend :</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>
<p>Art. 25 (3°, 1er alinéa) Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements.</p>	<p>"1° des agents relevant des dispositions du titre IV du statut général des fonctionnaires ;</p>	<p>"Art. L. 714-27.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 714-27.- Non modifié</p>
<p>Art. 25 (4°, 1er alinéa) Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes attachés des hôpitaux dont le statut est fixé par décret en Conseil d'Etat, dans le délai prévu à l'alinéa 5 du présent article ; ledit décret étendra les dispositions de l'alinéa 6 du présent article aux attachés justifiant d'un seuil minimum de vacations hebdomadaires.</p>	<p>"2° des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens dont les statuts et le régime de protection sociale, qui sont différents selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, sont établis par voie réglementaire ;</p>		
<p>Art. 25 (2°) 2° A titre exceptionnel ou temporaire, des agents contractuels ;</p>	<p>"3° des médecins, des biologistes, des odontologistes, et des pharmaciens attachés des hôpitaux dont le statut est établi par voie réglementaire.</p>		
	<p>"En outre, lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, des médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes contractuels peuvent être recrutés dans des conditions déterminées par voie réglementaire.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 25 (4°, 2e alinéa) Les dispositions des paragraphes 3° et 4° du présent article ne sont pas applicables aux praticiens des hôpitaux locaux, mentionnés au 4° de l'article 4 de la présente loi.</p>	<p>"Les dispositions des 2° et 3° du présent article ne sont pas applicables aux praticiens des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 711-7."</p>	<p>"Art. L. 714-28.- Non modifié"</p>	<p>"Art. L. 714-28.- Non modifié"</p>
<p>cf en annexe l'article 25 (alinéas 7 à 11) de la loi n° 70-1318 précitée.</p>	<p>Art. 8.</p> <p>I.- La section 4 du chapitre IV du titre premier du livre VII du code de la santé publique est complétée par l'article L. 714-29, tel qu'il résulte des dispositions de l'article 14 de la présente loi.</p>	<p>Art. 8.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 8.</p> <p>Sans modification</p>
<p>cf en annexe les articles 25-1 à 25-6 de la loi n° 70-1318 précitée et l'article 14 (II).</p>	<p>Art. 9.</p> <p>I.- Le chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique est intitulé "Les établissements de soins privés".</p> <p>II.- La section 1 de ce chapitre est ainsi rédigée:</p>	<p>Art. 9</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 9</p> <p>I.- Le chapitre V ...</p> <p>...établissements de santé privés."</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<i>Cf en annexe les articles 36, 38 et 39 de la loi n° 70-1318 précitée et l'article 14 (II) du projet de loi</i>	<p style="text-align: center;">"Section 1. "Dispositions générales.</p> <p>"Art. L. 715-1.- Dans les établissements de soins privés, quel que soit leur statut, les salariés sont représentés dans les conseils d'administration ou dans les conseils de surveillance ou dans les organes qui en tiennent lieu selon des modalités prévues à l'article L. 432-6 du code du travail, sous réserve des adaptations nécessaires fixées par voie réglementaire et dans le respect et obligations imposées par l'article L. 432-7 du même code.</p> <p>"Un décret apporte aux modalités de la représentation des salariés les adaptations nécessaires en fonction de la nature juridique des établissements."</p> <p>III.- La section 1 de ce chapitre est complétée par les articles L. 715-2, L. 715-3 et L. 715-4 tels qu'ils résultent de l'article 14 de la présente loi.</p>		<p style="text-align: center;">. "Section 1. "Dispositions générales.</p> <p>"Art. L. 715-1.- Dans les établissements de <i>santé privés</i>, quel que...</p> <p>même code."</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p>III.-. Non modifié</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Chapitre III Des établissements privés</p> <p>Section II</p> <p>Des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier et de l'association des autres établissements d'hospitalisation privés au fonctionnement dudit service</p> <p>Art. 40.- Les établissements d'hospitalisation privés participent dans les conditions prévues aux articles 41 et 42 ci-après, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions des articles 2 et 3 de la présente loi.</p> <p>Les établissements d'hospitalisation privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.</p> <p>Les dispositions de l'article 28 sont applicables à ces établissements.</p> <p>La liste des établissements qui remplissent les conditions prévues au présent article est établie par décret.</p>	<p>Art. 10.</p> <p>I.- La section 2 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique est rédigée comme suit :</p> <p>"Section 2. "Dispositions propres aux établissements de soins privés qui assurent l'exécution du service public hospitalier ou qui sont associés à son fonctionnement.</p> <p>"Art. L. 715-5.- Les établissements de soins privés peuvent être admis à assurer l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues par la présente section, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service public imposées aux établissements publics de santé par les dispositions des articles L. 711-1 à L. 711-4. Les établissements de soins privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale."</p>	<p>Art. 10.</p> <p>I.- Le début de la section 2 ...</p> <p>... est ainsi rédigée:</p> <p>"Section 2. "Dispositions propres aux établissements de soins privés qui assurent l'exécution du service public hospitalier ou sont associés à son fonctionnement.</p> <p>"Art. L. 715-5.- Non modifié</p>	<p>Art. 10.</p> <p>I.- Alinéa sans modification</p> <p>"Section 2. "Dispositions propres aux établissements de santé privés qui assurent l'exécution du service public hospitalier ou sont associés à son fonctionnement.</p> <p>"Art. L. 715-5.- Les établissements de santé privés...</p> <p>Les établissements de santé privés...</p> <p>...sociale."</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 41.- Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont admis à participer, sur leur demande, ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier.</p>	<p>"Art. L. 715-6.- Les établissements de soins privés à but non lucratif sont admis à participer à l'exécution du service public hospitalier lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par décret et qu'ils établissent un projet d'établissement tel que défini à l'article L. 714-12 compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.</p>	<p>"Art. L. 715-6.- Non modifié.</p>	<p>"Art. L. 715-6.- Les conditions d'organisation et de fonctionnement que doivent respecter les établissements de santé privés à but non lucratif pour être admis à participer à l'exécution du service public hospitalier sont fixées par voie réglementaire."</p>
<p>Ils font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.</p>	<p>"La décision d'admission à participer au service public hospitalier est prise par le ministre chargé de la santé; le refus d'admission doit être motivé."</p>		<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Pour celles de leurs activités qui entrent dans le cadre de leur participation au service public hospitalier, leur budget est soumis à l'approbation du représentant de l'Etat dans les délais et selon les critères mentionnés respectivement aux dix-neuvième et vingtième alinéas de l'article 22.</p>	<p>"Art. L. 715-7.- Le budget des établissements mentionnés à l'article L. 715-6 est en tant qu'il concerne leurs activités de participation au service public, soumis à l'approbation du représentant de l'Etat dans les délais et selon les modalités fixées à l'article L. 714-7.</p>	<p>"Art. L. 715-7.- Le budget et les décisions modificatives des établissements mentionnés à l'article L.715-6 sont, en tant qu'ils concernent...</p>	<p>"Art. L. 715-7.- Non modifié</p>
		<p>...L.714-7.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Pour le calcul de leur dotation globale et des tarifs de leurs prestations, la prise en compte des dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, des dotations annuelles aux fonds de roulement et des annuités d'emprunts contractés en vue de la constitution de ces fonds est effectuée selon des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les règles selon lesquelles le représentant de l'Etat peut subordonner cette prise en compte à un engagement pris par l'organisme gestionnaire de l'établissement de procéder, en cas de cessation d'activité, à la dévolution de tout ou partie du patrimoine de l'établissement à une collectivité publique ou à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire.</p>	<p>"Pour le calcul de leur dotation globale et des tarifs de prestations, la prise en compte des dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, des dotations annuelles aux fonds de roulement et des annuités d'emprunts contractés en vue de la constitution de ces fonds est effectuée selon des conditions déterminées par des dispositions réglementaires; celles-ci fixent également les règles selon lesquelles le représentant de l'Etat peut subordonner cette prise en compte à un engagement pris par l'organisme gestionnaire de l'établissement de procéder, en cas de cessation d'activité, à la dévolution de tout ou partie du patrimoine de l'établissement à une collectivité publique ou à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.</p>	<p>"Les établissements bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements publics de santé.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les statuts du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.</p>	<p>"Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers dans les conditions prévues par les statuts de ces praticiens. Ils peuvent, par dérogation aux dispositions des articles L. 122-1, L. 122-1-1 et L. 122-1-2 du code du travail, recruter des médecins par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans."</p>	<p>"Ils peuvent recruter des praticiens par contrat quatre ans."</p>	
<p></p>	<p>"Art. L. 715-8.- Les dispositions de l'article L. 714-12 sont applicables aux établissements privés participant au service public hospitalier. Le projet d'établissement est approuvé par le représentant de l'Etat.</p>	<p>"Art. L. 715-8.- Les dispositions des articles L. 714-6 et L. 714-12 sont applicables aux établissements mentionnés à l'article L. 715-6. Le projet de l'Etat dans un délai de six mois.</p>	<p>"Art. L. 715-8.- Les dispositions des articles L. 714-6 sont applicables l'article L. 715-6.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<i>cf en annexe les articles 41-1, 42 et 43 de la loi n° 70-1318 précitée et l'article 14 (II) du projet de loi.</i>	<p>"Tout établissement de soins privé participant au service public hospitalier doit comporter une instance, élue par les membres des professions médicales qui y exercent, dont il fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement et qui est consultée notamment sur le projet d'établissement et sur le projet de budget."</p> <p>II.- La section 2 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique est complétée par les articles L. 715-10 à L. 715-11, tels qu'ils résultent des dispositions de l'article 14 de la présente loi.</p>	<p>"Tout... ... élue par les praticiens qui y exercent... ... budget." II.- La section les articles L.715-9 a L.715.11... ... loi.</p>	<p>"Tout établissement de <i>santé</i> privé... ...notamment sur le projet de budget."</p>
Code de la sécurité sociale	Art. 11.	Art. 11.	Art. 11.
<p><i>Livre 1er</i> Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p>	<p>La section 3 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigée:</p>	Alinéa sans modification	<p>La section 3 du chapitre V du titre premier du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigée:</p>
<p>Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales</p>	<p>"Section 3. "Dispositions relatives aux établissements de soins privés ne participant pas au service public hospitalier.</p>	Division et intitulé sans modification.	<p>"Section 3. "Dispositions relatives aux établissements de <i>santé</i> privés ne participant pas au service public hospitalier.</p>
<p>Chapitre II Dispositions générales relatives aux soins</p>	<p>"Art. L. 715-12.- Les médecins qui exercent leur activité dans un établissement de soins privé ne participant pas au service public hospitalier forment de plein droit une conférence médicale qui veille à l'indépendance professionnelle des médecins et participe à l'évaluation des soins ainsi qu'à l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.</p>	<p>"Art. L. 715-12.- Les praticiens qui médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement, ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.</p>	<p>"Art. L. 715-12.- Les praticiens... ...établissement de <i>santé</i> privé...</p>
<p>Section 5 Etablissements de soins</p>	-	...	...l'établissement.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-22.- Sous réserve des dispositions des articles L. 162-23, L. 162-23-1, L. 162-24, L. 162-24-1 et L. 162-25 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurances maladie et les établissements privés de soins de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif qui participent à l'exécution du service public hospitalier, fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative.</p>	<p>"Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'autorité compétente préalablement à la fixation par celle-ci des tarifs applicables à l'établissement ou, avant la signature de l'avenant tarifaire, aux organismes d'assurance maladie qui ont conclu une convention avec l'établissement en application de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>A défaut de convention ou si les tarifs conventionnels n'ont pas été homologués, les caisses fixent des tarifs de responsabilité applicables auxdits établissements. Ces tarifs sont homologués dans les mêmes conditions que les tarifs conventionnels.</p>	<p>Art. 12. Le chapitre VI du titre premier du livre VI du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	<p>Art. 12. Le début du chapitre rédigé :</p>	<p>Art. 12. Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>"CHAPITRE VI "Expérimentations et dispositions diverses.</p>	<p>"CHAPITRE VI "Expérimentations et dispositions diverses.</p>	<p>"CHAPITRE VI "Expérimentations et dispositions diverses.</p>
	<p>"Section 1. "Expérimentations.</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>
	<p>"Art. L. 716-1.- Le Gouvernement pourra instituer, dans une ou plusieurs régions sanitaires et pendant une période n'excédant pas trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, un régime expérimental relatif à l'autorisation d'installation des équipements matériels lourds définis par l'article L. 712-19 dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.</p>	<p>"Art. L. 716-1.- Le Gouvernement... ...promulgation de la loi n° du , portant réforme hospitalière, un régime...</p>	<p>"Art. L. 716-1.- Il peut être institué, dans une ou plusieurs...</p>
	<p>"Ce régime expérimental permet de déroger aux dispositions de l'article L. 712-8 à condition que soit conclue entre le demandeur de l'autorisation, le représentant de l'Etat et les caisses régionales d'assurance maladie un contrat fixant les modalités particulières d'exploitation et de tarification.</p>	<p>...Sécurité sociale." Alinéa sans modification</p>	<p>...Sécurité sociale."</p>
	<p>"Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>"Art. L. 716-2.- Le Gouvernement pourra expérimenter, dans des conditions fixées par voie réglementaire, à compter du 1er janvier 1992 et pour une période n'excédant pas cinq ans :</p>	<p>"Art. L. 716-2.- Non modifié</p>	<p>"Art. L. 716-2.- Il peut être expérimenté, dans des conditions...</p>
	<p>"1° l'élaboration, l'exécution et la révision de budgets présentés en tout ou en partie par objectifs tenant compte notamment des pathologies traitées;</p>		<p>...cinq ans:</p>
	<p>"2° l'établissement de tarifications tenant compte des pathologies traitées;</p>		<p>"1° l'élaboration, ...</p>
			<p>...tenant compte des pathologies traitées, ou de l'organisation et de l'activité médicales, ou de l'organisation financière et comptable;</p>
			<p>"2° Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée</p>	<p>"Cette expérimentation peut avoir lieu avec leur accord dans les établissements publics de santé et dans les établissements de soins privés."</p>		<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Chapitre V Dispositions diverses</p>	<p>"Section 2. Dispositions diverses.</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>
<p>Art. 50 (2 premiers alinéas).- Les dispositions des chapitres Ier et II de la présente loi seront adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, des hospices civils de Lyon et de l'assistance publique de Marseille et des établissements nationaux de bienfaisance dont les missions répondent à celles définies à l'article 4 de la présente loi.</p>	<p>"Art. L. 716-3.- I.- Les dispositions de la section 3 du chapitre premier et celles du chapitre IV du présent titre sont applicables à l'administration générale de l'assistance publique - Hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon, à l'Assistance publique de Marseille et aux établissements publics nationaux, sous réserve de leur adaptation par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements.</p>	<p>"Art. L. 716-3.- I.- Les conditions d'application de la section 3 ... titre à l'Assistance publique-... ...nationaux seront déterminées par voie réglementaires.</p>	<p>"Art. L. 716-3.- Les conditions... ...réglementaires.</p>
<p>Le personnel des hospices civils de Lyon est soumis aux dispositions du livre IX du code de la santé publique, sauf dérogations prévues par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>"II.- Les dispositions du code des marchés relatives à la passation des marchés peuvent être adaptées par voie réglementaire en ce qui concerne les établissements publics de santé."</p>	<p>"II.- Alinéa sans modification</p>	<p>"II.- Supprimé</p>
<p>cf en annexe les articles 50 (dernier alinéa) 52-1, 52-2, 52-3 et 53 de la loi n° 70-1318 précitée et l'article 14 (II) du projet de loi.</p>	<p>Art. 13. La section 2 du chapitre VI du titre premier du livre VII du code de la santé publique est complétée par les articles L. 716-4, L. 716-5, L. 716-6, L. 716-7, L. 716-8 tels qu'ils résultent de l'article 14 de la présente loi et par un article L. 716-9 ainsi rédigé:</p>	<p>Art. 13. Sans modification</p>	<p>Art. 13. Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 49.- Des mesures réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>"Art. L. 716-9.- Des mesures réglementaires déterminent en tant que de besoin les modalités d'application du présent titre. Sauf dispositions contraires elles sont prises par décret en Conseil d'Etat."</p>		
<p>cf en annexe la loi n° 70-1318 précitée.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 14.</p> <p>Les dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière sont codifiées dans le titre premier du livre VII du code de la santé publique comme suit :</p> <p>I.- 1° l'article premier devient l'article L. 710 et est placé avant le chapitre premier.</p> <p>2° Les articles 4 bis et 4 ter deviennent respectivement les articles L. 711-9 et L. 711-10 et sont insérés à la section 2 du chapitre premier.</p> <p>3° Les articles 16, 17, 18, 19 deviennent respectivement les articles L. 711-11, L. 711-12, L. 711-13, L. 711-14 et constituent la section 3 du chapitre premier.</p> <p>4° Les articles 46 et 22-1 deviennent respectivement les articles L. 712-19 et L. 712-20 et sont insérés à la section 2 du chapitre II.</p> <p>5° Les articles 14-1, 14-2, 14-3, 14-4, 14-5, 14-6 et 15 deviennent respectivement les articles L. 713-5, L. 713-6, L. 713-7, L. 713-8, L. 713-9, L. 713-10, L. 713-11 et constituent la section 2 du chapitre III.</p> <p>6° L'article 25, du quatrième au huitième alinéa devient l'article L. 714-29 et est inséré à la section 4 du chapitre IV.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 14.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>I.- 1° Alinéa sans modification</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>3° Les articles L. 711-14 et sont insérés dans la section 3 du chapitre premier.</p> <p>4° Alinéa sans modification</p> <p>5° Alinéa sans modification</p> <p>6° Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Art. 14.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>I.- 1° Alinéa supprimé</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>3° Alinéa sans modification</p> <p>4° Alinéa sans modification</p> <p>5° Alinéa sans modification</p> <p>6° Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
	<p>7° Les articles 25-1, 25-2, 25-3, 25-4, 25-5 et 25-6 deviennent respectivement les articles L. 714-30, L. 714-31, L. 714-32, L. 714-33, L. 714-34 et L. 714-35 et sont insérés à la section 5 du chapitre IV.</p>	7° Alinéa sans modification	7° Alinéa sans modification
	<p>8° Les articles 36, 38 et 39 deviennent respectivement les articles L. 715-2, L. 715-3 et L. 715-4 et sont insérés à la section 1 du chapitre V.</p>	8° Alinéa sans modification	8° Alinéa sans modification
	<p>9° Les articles 41-1, 42 et 43 deviennent respectivement les articles L. 715-9, L. 715-10, L. 715-11 et sont insérés à la section 2 du chapitre V.</p>	9° Alinéa sans modification	9° Alinéa sans modification
	<p>10° L'article 50, dernier alinéa, les articles 52-1, 52-2, 52-3 et 53 deviennent respectivement les articles L. 716-4, L. 716-5, L. 716-6, L. 716-7 et L. 716-8 et sont insérés à la section 2 du chapitre IV.</p>	<p>10° L'article 50 chapitre VI.</p>	11° Alinéa sans modification
<p><i>cf en annexe l'article 1er de la loi n° 70-1318 précitée.</i></p>	<p>II.- 1° A l'article L. 710, premier alinéa, les mots: "en vigueur à la date de la présente loi" sont supprimés; au dernier alinéa du même article les mots: "la présente loi" sont remplacés par les mots: "le présent titre".</p>	<p>II.- 1° Alinéa sans modification</p>	II.- 1° Alinéa supprimé
<p><i>cf en annexe l'article 4 bis de la loi n° 70-1318 précitée.</i></p>	<p>2° A l'article L. 711-9, les mots: "les dispositions des chapitres I et II de la présente loi" et "les dispositions du chapitre IV" sont respectivement remplacés par: "les dispositions des chapitres premier, III et IV" et "les dispositions du chapitre II".</p>	2° Alinéa sans modification	2° Alinéa sans modification
<p><i>cf en annexe l'article 4 ter de la loi n° 70-1318 précitée.</i></p>	<p>3° A l'article L. 711-10, les mots "équipements de prévention de diagnostic et de soins" sont remplacés par les mots: "équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale".</p>	3° Alinéa sans modification	3° Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<i>cf en annexe l'article 16 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	4° A l'article L. 711-11, les mots: "les unités d'enseignement et de recherche médico-pharmaceutiques et odontologiques, ou, au cas où elles n'ont pas la personnalité morale, les universités" et "du groupement inter-hospitalier" sont respectivement remplacés par "les unités de formation et de recherche" et "de la conférence interhospitalière".	4° Alinéa sans modification	4° A l'article ......conférence sanitaire".
<i>cf en annexe l'article 18 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	5° A l'article L. 711-13, premier alinéa et quatrième alinéa, les mots : "des unités d'enseignement" et "article 16" sont respectivement remplacés par les mots : "des unités de formation" et "article L. 711-11".	5° Alinéa sans modification	5° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 16 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	6° A l'article L. 711-14, les mots : "des unités d'enseignement" et "de l'ordonnance n° 58-1313 du 30 décembre 1958 et du décret n° 70-709 du 5 août 1970" sont respectivement remplacés par les mots : "des unités de formation" et "de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958".	6° A l'article ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.	6° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 22-1 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	7° A l'article L. 712-20, les mots: "établissement", "la carte sanitaire prévue à l'article 44", "de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux et de la commission régionale de l'équipement sanitaire", "établissement public" sont respectivement remplacés par "établissement public de santé", "du dispositif prévu à la section I du chapitre II du présent titre", "du comité national de l'organisation sanitaire et sociale et du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale", "du comité national et du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale", "établissement public de santé".	7° A l'article ......sanitaire", "programme", "établissement public", sont respectivement remplacés par "établissement public de santé," "du dispositif et sociale", "projet d'établissement", "établissement public de santé".	6° bis Alinéa sans modification
			7° Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<i>cf en annexe l'article 14-1 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>8° A l'article L. 713-5, premier alinéa, est ajoutée la phrase suivante :</p> <p>"D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'un syndicat interhospitalier à condition d'y être autorisés par le représentant de l'Etat.</p>	8° Alinéa sans modification	8° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 14-2 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>9° A l'article L. 713-6, quatrième alinéa, les mots : "1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 7° de l'article 22" sont remplacés par les mots : "1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° et 9° de l'article L. 714-4".</p>	9° Alinéa sans modification	9° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 14-3 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>10° A l'article L. 713-7, 4°, les mots : "de travaux d'équipement" sont remplacés par les mots : "des travaux d'équipement".</p>	10° Alinéa sans modification	10° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 14-4 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>11° A l'article L. 713-8, premier alinéa, les mots : "des articles 14-1 à 14-3", "les articles 20, 21, 22, 22-1, 22-2 et 25" sont respectivement remplacés par les mots : "des articles L. 713-5 à L. 713-7", et "les sections 1 et 2 du chapitre IV du présent titre".</p>	<p>11° A l'article ...</p> <p>... et 25 de la présente loi" sont respectivement ...</p> <p>... titre".</p>	11° Sans modification
<i>cf en annexe l'article 14-4 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>Le deuxième alinéa de l'article L. 713-8 est ainsi rédigé : "un décret fixe les conditions de l'application de l'article L. 714-16 au syndicat".</p>	Alinéa sans modification	<p>11°bis Alinéa sans modification</p> <p>"En outre, ...</p> <p>...indirectement le prélèvement, le transport ...</p> <p>...humain."</p>
<i>cf en annexe l'article 25-4 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>12° A l'article L. 714-33, les mots : "commission médicale consultative" sont remplacés par les mots : "commission médicale d'établissement" et il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :</p>	12° Alinéa sans modification	12° Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<i>cf en annexe l'article 25-6 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>"Des modalités différentes peuvent être prévues par les statuts mentionnés au 2° du premier alinéa de l'article L. 714-27 en ce qui concerne la protection sociale des praticiens hospitaliers selon qu'ils concluent ou non un contrat d'activité libérale, en application du présent article.</p> <p>13° A l'article L. 714-35, les mots: "article 25-5" et "mise en demeure préalable adressée au praticien" sont remplacés par les mots: "article L. 714-34 dans des conditions définies par décret".</p>	Alinéa sans modification	13° Sans modification
<i>cf en annexe l'article 25-6 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>A l'article L. 714-35, deuxième alinéa, les mots: "mentionnée à l'article 25-5" sont remplacés par les mots: "mentionnée à l'article L. 714-34".</p>	<p>13° A l'article L. 714-35, premier alinéa, les mots: ...</p> <p>... décret".</p>	
<i>cf en annexe l'article 36 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>14° A l'article L. 715-2, les mots: "article 33 ci-dessus", "article 37", "Préfet de région", "article 34" sont respectivement remplacés par les mots: "article L. 712-9", "article L. 712-18", "représentant de l'Etat", "article L. 712-16".</p>	Alinéa sans modification	14° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 38 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>15° A l'article L. 715-3, les mots: "articles 31 et 33", "de 5 000 à 40 000 F", "articles 36 et 37", sont respectivement remplacés par: "articles L. 712-8 et L. 712-13", "de 100 000 à 1 000 000 F", "articles L. 715-2 et L. 712-18".</p>	14° Alinéa sans modification	15° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 41-1 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>16° A l'article L. 715-9, les mots: "de l'article 36 ci-dessus" et "de l'article 22-1" sont respectivement remplacés par les mots: "de l'article L. 715-2" et "de l'article L. 712-20".</p>	15° Alinéa sans modification	16° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 42 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>17° A l'article L. 715-10, les mots: "article 41", "article 40 ci-dessus", "article 34 ci-dessus" sont respectivement remplacés par "article L. 715-6", "article L. 715-5", "article L. 712-16".</p>	<p>16° A l'article ...</p> <p>... "de l'article 22-1" et "décret" sont respectivement ...</p> <p>... "de l'article. 712-20", et "arrêté".</p>	17° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 43 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	<p>18° A l'article L. 715-11, deuxième alinéa, les mots: "article 14 ci-dessus" sont remplacés par les mots: "article L. 713-4".</p>	17° Alinéa sans modification	18° Alinéa sans modification
		18° Alinéa sans modification	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<i>cf en annexe l'article 50 (dernier alinéa) de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	19° A l'article L. 716-4, les mots: "alinéa précédent" sont remplacés par les termes: "article L. 714-26".	19° A l'article ......remplacés par les mots: "article L. 714-27, 1°, et le mot: "alinéa" par le mot: "article".	19° Alinéa sans modification
<i>cf. en annexe l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>		19° bis Au premier alinéa de l'article L. 716-5, les mots: "long séjour" et les mots: "article 4 de la présente loi" sont respectivement remplacés par les mots: "soins de longue durée" et: "article L. 711-2".	19° bis Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 52-2 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	20° A l'article L. 716-6, les mots: "article 52-1" sont remplacés par les mots: "article L. 716-5".	20° A l'article ... ..."article L. 716-5" et les mots: "long séjour" par les mots: "soins de longue durée".	20° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe l'article 52-3 de la loi n° 70-1318 précitée.</i>	21° A l'article L. 716-7, les mots: "article 52-2" et "article 52-1" sont respectivement remplacés par les mots: "article L. 716-6" et "article L. 716-5".	21° A l'article ... ..."article L. 716-5" et les mots: "long séjour" par les mots: "soins de longue durée".	21° Alinéa sans modification
<i>cf en annexe les dispositions suivantes de la loi n° 70-1318 précitées: articles 2 à 4, 5 à 7, 14, 20, 20-1 à 20-4, 21, 22, 22-2, 22-3, 23, 24, 25 (6 premiers et 3 derniers alinéas), 26 à 28, 30 à 33-1, 34, 35, 37, 40, 41, 44, 45, 47 à 49, 50 (3 premiers alinéas), 51, 52, 54 à 58.</i>	III.- Les autres dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitées sont abrogées.	III.- Non modifié.	III.- Non modifié.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la santé publique	Art. 15.	Art. 15.	Art. 15.
<p>Livre II Protection sanitaire de la famille et de l'enfance</p>	<p>Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
<p>Chapitre V du Titre I Du contrôle de certains établissements</p>	<p>1° Le début de l'article L. 176 est ainsi rédigé :</p>	1° Alinéa sans modification	1° Alinéa sans modification
<p>Section I E t a b l i s s e m e n t s d'hospitalisation recevant des femmes enceintes</p>	<p>"Sans préjudice de l'application des dispositions du titre premier du livre VII, nul ne peut ouvrir ou diriger un établissement de soins privé recevant..."(le reste sans changement).</p>	Alinéa sans modification	"Sans préjudice ...
<p>Art. L. 176 (1er alinéa).- Nul ne peut ouvrir ou diriger un établissement d'hospitalisation privé recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet.</p>			<p>...établissement de santé privé... ...changement).</p>
<p>Livre VII Hôpitaux et hospices publics, thermoclimatisme, laboratoires</p>	<p>2° Le livre VII est intitulé "Etablissements de soins, thermoclimatisme, laboratoires".</p>	2° Alinéa sans modification	<p>2° Le livre ... ..."Etablissements de santé, thermoclimatisme, laboratoires".</p>
<p>Chapitre Ier du Titre I Nature et rôle des hôpitaux et hospices publics</p>	<p>3° Les articles L. 678, L. 684, L. 685, L. 686, L. 706, L. 706-1 et L. 722 sont abrogés.</p>	3° Alinéa sans modification	3° Alinéa sans modification
<p>Art. L. 678.- Les hôpitaux et hospices publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.</p>			
<p>Les hôpitaux pourvoient aux examens de médecine préventive et de diagnostic, au traitement avec ou sans hospitalisation des malades, blessés, convalescents et femmes enceintes, y compris, notamment, le cas échéant, leur réadaptation fonctionnelle, ainsi qu'à l'isolement prophylactique. Ils peuvent également comprendre un ou plusieurs services d'hospice.</p>			

Dispositions en vigueur

Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite.

Les hôpitaux, maternités et hospices fonctionnant actuellement comme des services non personnalisés de collectivités publiques seront, dans l'année qui suivra la promulgation de la présente ordonnance, par décret, érigés en établissement publics ou rattachés à un établissement public déjà existant.

**Chapitre III
Personnel**

Art. L. 684.- Les pharmaciens résidents sont nommés par le ministre de la santé publique et de la population.

Art. L. 685.- Le statut général du personnel des établissements de soins et de cure publics fixé par le livre IX du code de la santé publique n'est pas applicable aux membres du personnel médical aux pharmaciens et aux biologistes des hôpitaux et hospices publics, qu'ils exercent à temps partiel dans ces établissements ou qu'ils leur consacrent toute leur activité professionnelle. Le statut de ce personnel est déterminé par décret en Conseil d'Etat. Des modalités différentes peuvent être prévues en ce qui concerne la protection sociale des praticiens hospitaliers selon qu'ils concluent ou non un contrat d'activité libérale en application de l'article 25-4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Texte du projet de loi

**Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture**

**Propositions de la
Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 686.- Les établissements publics nationaux visés à l'article L. 678, l'assistance publique de Paris, l'assistance publique de Marseille et les hospices civils de Lyon sont assujettis aux dispositions des articles L. 678, L. 680, L. 684, L. 685, L. 696, L. 708, L. 709, du dernier alinéa de l'article L. 792 et de l'article L. 851 du présent code.</p>			
<p>Chapitre V Autres dispositions financières</p>			
<p>Art. L. 706.- Les marchés passés par les directeurs des établissements d'hospitalisation publics, à l'exception de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, qui est régie par des dispositions particulières établies par décret en Conseil d'Etat, et des hospices publics sont soumis à l'approbation du représentant de l'Etat selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret adapte les règles de passation des marchés, telles qu'elles sont définies par le code des marchés publics.</p>			
<p>Art. L. 706-1.- Par dérogation aux dispositions des alinéas 1er et 2 du paragraphe 1er de l'article 2 de l'ordonnance n° 45-2707 du 2 novembre 1945, modifié par le décret n° 52-579 du 23 mai 1952, les hôpitaux et hospices publics visés à l'article L. 678 peuvent conclure des marchés de gré à gré pour les travaux, transports et fournitures dont la valeur n'excède pas 20 000 F dans les établissements comptant moins de 100 lits. Ce maximum est porté à 40 000 F pour les établissements comptant de 101 à 500 lits et à 100 000 F pour les établissements comptants plus de 500 lits.</p>			

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture**

**Propositions de la
Commission**

Les mêmes hôpitaux et hospices publics peuvent traiter sur simple facture sans passer de marchés écrits pour les travaux, transports et fournitures lorsque la dépense n'excède pas 10 000 F dans les établissements comptant moins de 500 lits et 20 000 F dans les établissements comptant plus de 500 lits ou situés dans les départements dont la population dépasse 2 millions d'habitants.

Les maximums prévus peuvent être modifiés par décret en Conseil d'Etat, contresignés par le ministre de la santé publique et de la population et le ministre des finances et des affaires économiques.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 706.

**Chapitre VIII
Dispositions spéciales relatives
à l'admission des militaires
dans les hôpitaux civils**

Art. L. 722.- Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

**Chapitre I
Nature et rôle des hôpitaux
et hospices publics**

Art. L. 680.- Les hôpitaux peuvent être autorisés, dans les limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat :

A créer et faire fonctionner des cliniques ouvertes, dans lesquelles les malades, blessés ou femmes en couches admis à titre payant sont libres de faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes de leur choix ainsi qu'aux sages-femmes n'appartenant pas au personnel titulaire de l'établissement.

4° Les articles L. 680, L. 696, L. 708, L. 709, L. 719, L. 720, et L. 724 deviennent respectivement les articles L. 714-36, L. 714-37, L. 714-38, L. 714-39, L. 714-40, L. 714-41, L. 714-42 et sont insérés à la section 5 du chapitre IV du titre premier du livre VII.

4° Alinéa sans modification

4° Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Chapitre IV Dons et legs</p>			
<p>Art. L. 696.- Lorsque, par suite d'un changement de circonstances, l'exécution des conditions et charges grevant une donation ou un legs fait à un établissement hospitalier devient soit extrêmement difficile, soit sérieusement dommageable, la révision de ces conditions et charges peut être autorisée par arrêté du commissaire de la République si l'auteur de la libéralité ou ses ayants droit acceptent les mesures envisagées; dans les autres cas, la révision est autorisée dans les conditions prévues aux articles 900-2 à 900-8 du code civil.</p>			
<p style="text-align: center;">Chapitre V Autres dispositions financières</p>			
<p>Art. L. 708.- Les hôpitaux et hospices peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.</p>			
<p>Art. L. 709.- Les effets mobiliers apportés par les personnes décédées dans les hôpitaux et hospices après y avoir été traitées gratuitement, appartiennent auxdits hôpitaux et hospices à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence.</p>			
<p>Les héritiers et légataires des personnes dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit, peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans les hôpitaux et hospices par lesdites personnes malades ou valides; dans le cas de déshérence, les mêmes effets appartiennent aux hôpitaux et hospices.</p>			

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture**

**Propositions de la
Commission**

Le présent article n'est pas applicable aux militaires et marins soignés dans les hôpitaux et hospices.

Chapitre VIII

**Dispositions spéciales relatives
à l'admission des militaires
dans les hôpitaux civils**

Art. L. 719.- Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent, dans aucun cas, porter préjudice au service des fondations et de l'assistance publique.

L'Etat doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires.

Art. L. 720.- La dépense des travaux de construction ou d'appropriation, reconnus nécessaires pour l'établissement, dans les hospices civils des services hospitaliers des garnisons est exclusivement à la charge de l'Etat. Nul travail ne pourra être exécuté sans l'assentiment de la commission administrative de l'hôpital et du conseil municipal de la ville, et sans l'accord préalable des ministres de la défense nationale et de la santé publique et de la population.

Toutefois, les traités particuliers conclus avec les communes qui ont pris envers l'Etat l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les hôpitaux civils demeurent exécutoires.

Art. L.724.- Les précédentes dispositions ne portent pas atteinte aux droits des communes sur les lits des hospices et hôpitaux d'une autre commune, ni aux droits quelconques résultant des fondations faites par les départements, les communes ou les particuliers qui doivent être respectées.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la Sécurité sociale	TITRE II	TITRE II	TITRE II
Titre I du Livre premier Généralités	DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE	DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE	DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE
Chapitre V Dispositions diverses	Art. 16.	Art. 16.	Art. 16.
	Il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 115-4 ainsi rédigé :	Alinéa sans modification	Sans modification
	"Art. L. 115-4.- Les conditions dans lesquelles les autorités compétentes de l'Etat et les organismes de sécurité sociale échangent dans le respect du secret médical les informations non nominatives nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du titre premier du livre VII du code de la santé publique sont fixées par décret".	"Art. L. 115-4.- Les conditions ... les organismes d'assurance maladie échangent ... décret en Conseil d'Etat."	
Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales	Art. 17.	Art. 17.	Art. 17.
	Il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 162-29-1 ainsi rédigé :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Section 5 du chapitre II Etablissements de soins	"Art. L. 162-29-1.- Les établissements de soins privés ne participant pas au service public hospitalier sont tenus de fournir aux organismes d'assurance maladie les informations nécessaires au contrôle de l'activité des services.	"Art. L. 162-29-1.- Alinéa sans modification	"Art. L. 162-29-1.- Les établissements de santé privés ...
	"Ces informations sont recueillies sur pièces et sur place. Un décret en Conseil d'Etat fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui doivent être adressées aux organismes d'assurance maladie ainsi que les catégories d'agents de ces organismes qui ont qualité pour recueillir ces informations sur place."	"Ces informations peuvent être recueillies sur pièces et sur place. "Un décret... ... adressées, à cette fin, aux organismes... ... place".	...services. Alinéa sans modification Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Titre VII Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes.</p>			
<p style="text-align: center;">Chapitre 4 Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements</p>	<p>Art. 18.</p>	<p>Art. 18.</p>	<p>Art. 18.</p>
<p style="text-align: center;">Section 1 Budget global et forfait journalier</p>	<p>L'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié:</p>	<p>Non modifié</p>	<p><i>Le premier alinéa de l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :</i></p>
<p>Art. L. 174-1.- 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>1° le premier alinéa est complété par les mots suivants:</p>		
	<p>"correspondant au budget approuvé";</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>2° les deuxième et troisième alinéas sont ainsi rédigés :</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 une modification importante de l'activité médicale; cette dernière doit être évaluée selon des critères médicaux et économiques et être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire institué par l'article L. 712-3 du code de la santé publique.</p>		<p><i>"fixée pour le budget approuvé et qui tient compte de l'activité constatée et de l'activité prévisionnelle".</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de fixation de cette dotation globale par les autorités compétentes de l'Etat.	"Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de fixation et de revision de cette dotation globale de l'établissement par l'autorité compétente de l'Etat."	Art. 19.	Art. 19.
Art. L. 174-2.- Les modalités de versement de la dotation globale par les divers régimes sont fixées par l'article 52 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée.	L'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé: "Art. L. 174-2.- La dotation globale allouée par les organismes d'assurance maladie aux établissements mentionnés à l'article L. 174-1 est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime. "Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes, en application de l'alinéa précédent, sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propr. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition. "Un décret en Conseil d'Etat, détermine les modalités d'application du présent article et, notamment, les critères de la répartition entre régimes de la dotation globale."	Non modifié	Non modifié
Code électoral Titre III du Livre 1er Dispositions spéciales à l'élection des conseillers généraux	TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES Art. 20.	TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES Art. 20.	TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES Art. 20.
Chapitre IV Incompatibilités	I.- La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 207 du code électoral est ainsi rédigée :	I.- Alinéa sans modification	Supprimé

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 207 (1er alinéa).- Le mandat de conseiller général est incompatible, dans le département, avec les fonctions d'architecte départemental, d'ingénieur des travaux publics de l'Etat, chef de section principal ou chef de section des travaux publics de l'Etat chargé d'une circonscription territoriale de voirie, d'employé des bureaux de la préfecture ou d'une sous-préfecture et, généralement de tous les agents salariés ou subventionnés sur les fonds départementaux. La même incompatibilité existe à l'égard des entrepreneurs des services départementaux.</p>	<p>"La même incompatibilité existe à l'égard des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 1°, 2° et 3° de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dans le ou les départements de rattachement de l'établissement où ils sont affectés, et à l'égard des entrepreneurs de services départementaux."</p>	<p>"La même incompatibilité existe à l'égard des représentants légaux des établissements départementaux ou interdépartementaux des établissements mentionnés aux articles 1°, 2° et 3° de l'article 2 de la loi n°86-33 ...</p>	
<p>Titre IV Dispositions spéciales à l'élection des conseillers municipaux et des membres du conseil de Paris</p>	<p>II.- Il est ajouté au premier alinéa de l'article L. 237 du code électoral un 3° ainsi rédigé :</p>	<p>... départementaux".</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>
<p>Chapitre 1er Dispositions applicables à toutes les communes</p>			
<p>Section III Incompatibilités</p>			
<p>Art. L. 237 (3 premiers alinéas).- Les fonctions de conseiller municipal sont incompatibles avec celles :</p>			
<p>1° De préfet, de sous-préfet et de secrétaire général de préfecture ;</p>			
<p>2° "De fonctionnaire des corps actifs de police appartenant aux corps des commandants et officiers de paix, des inspecteurs de police et des commissaires de police".</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 86-33 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière</p>	<p>"3° Les personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2, 1°, 2° et 3° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dans la ou les communes de rattachement de l'établissement où ils sont affectés."</p>	<p>3° Des représentants légaux des établissements communaux ou intercommunaux mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article 2 de la loi n°86-33...</p>	
<p>Chapitre 1er Dispositions générales et structure des carrières</p>	<p>III.- Les dispositions des I et II entreront en vigueur respectivement à compter du prochain renouvellement des conseils généraux et des conseils municipaux.</p>	<p>III.- Non modifié.</p>	
	<p>Art. 21.</p>	<p>Art. 21.</p>	<p>Art. 21.</p>
	<p>I.- Le titre IV du statut général des fonctionnaires issu de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée:</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. 2 (2e alinéa).- 1° Etablissements d'hospitalisation publics et syndicats interhospitaliers mentionnés par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.</p>	<p>1° Le 1° du premier alinéa de l'article 2 est ainsi rédigé :</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. 2 (dernier alinéa) Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes mentionnés au 3° de l'article 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.</p>	<p>"1° Etablissements publics de santé, et syndicats interhospitaliers mentionnés aux articles L. 711-7 et L. 713-5 du code de la santé publique."</p>	<p>"1° Alinéa sans modification</p>	
<p>Chapitre II Organismes consultatifs</p>	<p>2° Le dernier alinéa de l'article 2 est ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>Section 3 Les comités techniques paritaires</p>	<p>"Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes mentionnés aux 2°, 3°, 4° de l'article L. 714-27 du code de la santé publique."</p>	<p>"Les dispositions mentionnés aux 2° et 3° ainsi qu'à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 714-27 du code de la santé publique."</p>	
	<p>3° Le premier alinéa de l'article 23 est ainsi rédigé :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 23. (1er alinéa) - Dans chaque établissement, il est créé un comité technique paritaire comprenant en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel.</p>	<p>"Dans chaque établissement, à l'exception de ceux qui relèvent des dispositions des articles L. 714-17 à L. 714-19 du code de la santé publique, il est créé un comité technique paritaire comprenant en nombre égal des représentants de l'administration et du personnel."</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Article additionnel avant l'article 22</p>
	<p>II.- Les directeurs des établissements figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé sont détachés sur leur emploi.</p>	<p>II.- Non modifié.</p>	<p><i>Pour l'application des dispositions de la section 1 du chapitre II du titre premier du livre VII du code de la santé publique, le ministre chargé de la santé arrête des indices nationaux de besoins et fixe les objectifs nationaux d'organisation sanitaire avant le 31 décembre 1991.</i></p>
			<p><i>Le représentant de l'Etat dans les régions arrête des indices régionaux de besoins et fixe les objectifs régionaux d'organisation sanitaire avant le 31 mars 1992.</i></p>
			<p><i>Le comité national et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale sont installés avant le 1er juillet 1992.</i></p>
			<p><i>Sur les bases définies au premier et au deuxième alinéas du présent article, les établissements publics de santé élaborent un programme prévisionnel, en tenant compte de leur environnement sanitaire. Ce programme doit être transmis au représentant de l'Etat avant le 31 décembre 1992.</i></p>
			<p><i>La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire sont élaborés avant le 31 juillet 1994.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>(art. L. 712-2 et L. 712-9 du code de la santé publique : cf article 3 du projet de loi)</p>	<p style="text-align: center;">Art. 22.</p> <p>Les centres, services ou établissements qui, antérieurement au 1er janvier 1989 comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique sont autorisés à poursuivre cette activité à condition d'en faire la déclaration au représentant de l'Etat ; sans préjudice des dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 712-19 de ce code ils devront, dans un délai fixé par décret, respecter les conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 712-9 dudit code.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 22.</p> <p>Les centres, ...</p> <p>... l'article L. 712-9 de ce code ...</p> <p>...code.</p>	<p><i>L'application de ce calendrier ne fait pas obstacle à l'approbation, par le représentant de l'Etat, du projet d'établissement tel que défini à l'article L 714-12 du code de la santé publique, établi sur la base des indices arrêtés et des objectifs fixés dans les conditions prévues au premier et au deuxième alinéas du présent article.</i></p> <p style="text-align: center;">Art. 22.</p> <p><i>Les établissements publics de santé qui, antérieurement à la date de promulgation de la présente loi comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique sont autorisés à poursuivre cette activité à condition d'en faire la déclaration au représentant de l'Etat et de respecter, dans un délai fixé par décret, les conditions techniques prévues au 3°) de l'article L. 712-9 dudit code.</i></p>
<p>(art. L. 712-19 du code de la santé publique : cf en annexe l'article 46 de la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière)</p>	<p>Les centres, services ou établissements qui ont mis en place de telles structures de soins après le 1er janvier 1989 devront déposer la demande d'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 du code de la santé publique dans le délai fixé par le même décret.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Ils doivent déposer leur demande d'autorisation mentionnée à l'article L. 712-14 du même code, dans un délai égal à celui que les textes réglementaires pris pour son application fixent pour le renouvellement de ladite autorisation.</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>(art. L. 712-2, L. 712-8 et L. 712-16 : cf article 3 du projet de loi)</p>	<p>Art. 23.</p> <p>Les établissements qui, à la date de publication des dispositions réglementaires prises pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 712-2 du code de la santé publique, exercent les activités de soins définies par ces dispositions, doivent demander, dans le délai fixé par celles-ci, l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 dudit code; les demandeurs peuvent poursuivre ces activités jusqu'à l'intervention de la décision mentionnée par l'article L. 712-16 du même code.</p>	<p>Art. 23.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 23.</p> <p>Les établissements ...</p>
<p>(art. L. 712-14 du code de la santé publique : cf. art. 3 du projet de loi).</p>		<p>Art. 23 bis.</p> <p>Les disciplines, les installations et les équipements autorisés qui n'ont pas été soumis à renouvellement au titre d'une disposition législative ou réglementaire en vigueur avant la date de publication de la présente loi, durant une période déterminée par voie réglementaire, sont soumis aux dispositions de l'article L. 712-14 du code de la santé publique.</p>	<p>...demander, dans un délai égal à celui fixé, en application de l'article L. 712-14 du même code, pour son renouvellement, l'autorisation ...</p> <p>...même code.</p> <p>Art. 23 bis.</p> <p>Alinéa sans modification</p>
		<p>Art. 23 ter.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 712-12-1 du code de la santé publique et de l'article précédent entreront en vigueur dans un délai de cinq ans à compter de la publication de la présente loi.</p>	<p>Les dispositions du présent article entrent en vigueur dans un délai de cinq ans à compter de la date de publication de la présente loi.</p> <p>Art. 23 ter.</p> <p>Supprimé</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée</p> <p>Chapitre II</p> <p>Des établissements d'hospitalisation publics</p>	<p>Art. 24.</p> <p>Les conditions dans lesquelles les unités d'obstétrique fonctionnant dans les hôpitaux locaux à la date du 1er janvier 1991 pourront être maintenues pour une durée de cinq ans au plus à partir de cette date sont fixées par décret.</p>	<p>Art. 24.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 24.</p> <p>Les conditions ...</p> <p>...1991</p> <p>peuvent être ...</p> <p>...décret.</p>
<p>Art. 30.- A titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer les services créés avant la promulgation de la présente loi qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier définie à l'article 2 ci-dessus.</p>	<p>Art. 25.</p> <p>Les établissements publics de santé peuvent continuer pendant une période de dix ans suivant la date de promulgation de la présente loi à gérer les services créés avant cette date, qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier définie à l'article L. 711-4 du code de la santé publique.</p>	<p>Art. 25.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 25.</p> <p>Sans modification</p>
		<p>Art. 25 bis.</p> <p>L'organisation des établissements de soins publics autres que les hôpitaux locaux, en services ou en départements, fera l'objet d'une évaluation à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi.</p>	<p>Art. 25 bis.</p> <p>L'organisation des soins et le fonctionnement médical des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux font l'objet...</p> <p>... présente loi.</p>
		<p>Art. 25 ter.</p> <p>Dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le conseil d'administration des établissements de soins publics devra avoir délibéré sur la création des unités fonctionnelles mentionnées à l'article L. 714-20 du code de la santé publique.</p>	<p>Art. 25 ter.</p> <p>Supprimé</p>
<p>(art. L. 714-29 du code de la santé publique : cf. en annexe l'article 25 (alinéas 4 à 8) de la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière)</p>	<p>Art. 26.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 714-29 du code de la santé publique ne sont applicables qu'aux praticiens à temps partiel nommés postérieurement au 3 janvier 1971.</p>	<p>Art. 26.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 26.</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
		Art.26.bis	Art.26.bis
		Les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article L714.21 du code de la santé publique sont applicables aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers qui atteignent la limite d'âge fixée pour les praticiens hospitaliers après le 30 septembre 1993	Supprimé
	Art. 27.	Art. 27.	Art. 27.
	Dans toutes les dispositions législatives en vigueur lors de la promulgation de la présente loi, les mots : "établissements publics de santé" sont substitués aux mots : "établissements d'hospitalisation publics" et les mots : "établissements de soins privés" sont substitués aux mots : "établissements d'hospitalisation privés".	Dans toutes ......et les mots : "établissements de santé privés" sont substitués... ... privés".	Sans modification
Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales			
Chapitre premier Dispositions générales visant à la coordination des institutions sociales et médico-sociales			
		Article 28	Article 28
		La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est ainsi modifiée :	Sans modification
Art. 2-2 (dernier alinéa).- Le schéma départemental est périodiquement révisé dans les mêmes conditions. Il est transmis pour information à la commission régionale des équipements sanitaires sociaux.		1° Au dernier alinéa de l'article 2-2, les mots: "à la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux" sont remplacés par les mots: "au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 712-6 du code de la santé publique".	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Chapitre II Dispositions communes relatives à la création et à l'extension de certains établissements sociaux ou médico-sociaux</p>			
<p>Art. 3 (premier alinéa).- Les établissements qui dépendent des organismes définis à l'article premier ne peuvent être créés ou transformés ou faire l'objet d'une extension importante qu'après avis motivé de la commission régionale ou, dans des cas déterminés par voie réglementaire et notamment pour les établissements destinés à héberger des personnes atteintes de handicaps rares, de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux, s'ils appartiennent à l'une des catégories suivantes :</p>		<p>2° - Au premier alinéa de l'article 3, les mots: "de la commission régionale" et "de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux" sont remplacés par les mots: "du comité régional" et "du comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 712-6 du code de la santé publique".</p>	
<p>Art. 3 (dixième alinéa).- Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste des services à caractère social ou médico-social intervenant dans le maintien à domicile ou l'action éducative qui ne peuvent être créés ou recevoir une extension importante qu'après avis motivé de la commission régionale ou de la commission nationale mentionnées à l'article 6 de la présente loi.</p>		<p>- Au dixième alinéa du même article, les mots: "de la commission régionale ou de la commission nationale mentionnée à l'article 6 de la présente loi" sont remplacés par les mots: "du comité régional ou du comité national de l'organisation sanitaire et sociale".</p>	
<p>Art. 3 (onzième alinéa).- Un décret déterminera les cas dans lesquels les extensions visées ci-dessus devront, du fait de leur importance, être subordonnées à un avis de la commission régionale ou nationale des institutions sociales ou médico-sociales.</p>		<p>- Au onzième alinéa du même article, les mots: "de la commission régionale ou nationale des institutions sociales ou médico-sociales" sont remplacés par les mots: "du comité régional ou national de l'organisation sanitaire et sociale".</p>	
<p>Art. 3 (avant-dernier alinéa).- Les dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ne sont pas applicables aux établissements ci-dessus énumérés, quel que soit leur objet.</p>		<p>- L'avant-dernier alinéa du même article est supprimé.</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture**

**Propositions de la
Commission**

Art. 4.- Les normes minimales quantitatives et qualitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements énumérés à l'article 3 sont fixées par décret.

Des dérogations à ces normes peuvent être accordées après avis de la commission régionale ou nationale mentionnées à l'article 6 pour des réalisations de type expérimental.

Art. 6.- La commission nationale et les commissions régionales des équipements sanitaires et sociaux sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire. Elles comprennent des représentants :

1° De l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale ;

2° Des institutions sanitaires et sociales publiques et privées et des professions de santé ;

3° Des personnels des institutions sanitaires et sociales et des usagers de ces institutions sociales.

Ces commissions comportent des sections spécialisées. Elles se prononcent après avoir entendu le représentant désigné par la personne morale intéressée, qui peut être assisté par un conseiller technique.

Art. 7 (trois premiers alinéas).- La commission nationale ou les commissions régionales mentionnées à l'article 6 donnent un avis motivé sur l'opportunité de la création ou de l'extension des établissements visés à l'article 3 en fonction des besoins, quantitatifs et qualitatifs, de la population et compte tenu des équipements existants ou prévus.

3° Au deuxième alinéa de l'article 4, les mots: "de la commission régionale ou nationale mentionnées à l'article 6" sont remplacés par les mots: "du comité régional ou national mentionné à l'article L. 712-6 du code de la santé publique".

4° L'article 6 est supprimé.

5° A l'article 7, les mots: "La commission nationale ou les commissions régionales mentionnées à l'article 6" sont remplacés par les mots: "Le comité national ou les comités régionaux mentionnés à l'article L. 712-6 du code de la santé publique" et les mots: "de la commission nationale ou de la commission régionale compétente" sont remplacés par les mots: "du comité national ou du comité régional compétent".

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Cessent d'être prises en compte pour l'évaluation des besoins de la population :</p>			
<p>Toute décision de création ou d'extension d'un établissement relevant d'une collectivité publique, si les travaux n'ont pas reçu un commencement d'exécution avant l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'avis de la commission nationale ou de la commission régionale compétente ;</p>			
<p>Chapitre III Dispositions spéciales aux établissements privés</p>			
<p><i>Art. 10 (premier alinéa).</i>- L'autorisation est accordée si, compte tenu de tous les éléments de qualité que peut comporter l'établissement ou le service dont la création, la transformation ou l'extension est projetée, l'opération envisagée répond aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population tels qu'ils ont été appréciés par la collectivité publique compétente et par la commission régionale ou la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux lorsque son intervention est prévue par l'article 3 de la présente loi et est conforme aux normes définies par le décret pris en application de l'article 4.</p>		<p>6° Au premier alinéa de l'article 10, les mots: "la commission régionale ou la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux" sont remplacés par les mots: "le comité régional ou le comité national de l'organisation sanitaire et sociale".</p>	
<p><i>Art. 11-3 (septième alinéa).</i>- A l'expiration du délai, après avis de la commission régionale ou nationale mentionnée à l'article 6, rendu au vu des observations formulées par l'autorité compétente et par l'établissement ou le service, l'habilitation peut être retirée à l'établissement ou au service pour tout ou partie de la capacité dont l'aménagement était demandé. Cette décision prend effet au terme d'un délai de six mois.</p>		<p>7° Au septième alinéa de l'article 11-3, les mots: "de la commission régionale ou nationale mentionnée à l'article 6" sont remplacés par les mots: "du comité régional ou national mentionné à l'article L. 712-6 du code de la santé publique".</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte considéré comme
adopté par l'Assemblée
nationale en première
lecture

Propositions de la
Commission

Art. 12.- Toute autorisation donnée contrairement à l'avis de la commission nationale ou régionale et tout refus d'autorisation doivent être motivés.

Art. 14 (deuxième alinéa).- Sans préjudice des sanctions prévues à l'article 15, un établissement ou un service ouvert sans autorisation peut être fermé par l'autorité compétente pour en autoriser la création, après avis, selon le cas, de la commission nationale ou régionale prévue à l'article 3. Dans le cas où la création relève d'une autorisation conjointe en vertu de l'article 46 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 précitée, la décision de fermeture est prise conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général.

Chapitre IV
Statut des institutions sociales
et médico-sociales relevant des
collectivités publiques

Art. 19 (deuxième alinéa).- Ceux de ces établissements qui, à la date de promulgation de la présente loi, fonctionnent comme des services non personnalisés des personnes morales de droit public seront, dans un délai maximum de quinze ans, érigés en établissements publics ou rattachés à un établissement public de même nature.

Art. 19 (dernier alinéa).- Dans certains cas et à leur demande, les établissements à caractère social érigés en établissements publics pourront passer des conventions de gestion avec des établissements publics hospitaliers.

8° A l'article 12, les mots: "de la commission nationale ou régionale" sont remplacés par les mots: "du comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale".

9° Au deuxième alinéa de l'article 14, les mots: "de la commission nationale ou régionale prévue à l'article 3" sont remplacés par les mots: "du comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale".

10° Au deuxième alinéa de l'article 19, les mots: "dans un délai maximum de quinze ans" sont remplacés par les mots: "avant la fin du délai fixé par l'article 25 de la loi n° du portant réforme hospitalière" et, au dernier alinéa de cet article, les mots: "établissements publics hospitaliers" sont remplacés par les mots: "établissements publics".

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
<p>Art. 23.- Dans un délai de quinze ans à dater de la promulgation de la présente loi, les hospices publics seront transformés en tout ou partie et selon les besoins, soit en unités d'hospitalisation définies à l'article 4 (1° ou 3°) de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, soit en centres de cure définis au 2° dudit article 4, soit en établissements publics relevant de la présente loi et destinés à l'hébergement de personnes âgées.</p>	<p>La transformation des hospices publics est décidée par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>11° l'article 22 est complété par un alinéa ainsi rédigé:</p>	<p>"Les comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont des comptables directs du Trésor ayant la qualité de comptable principal."</p>
<p>Toutefois, en ce qui concerne les hospices publics, qui se transforment totalement en unités relevant de la présente loi, la décision est prise par le représentant de l'Etat dans le département après avis du président du conseil général.</p>	<p>Chapitre VIII Dispositions diverses ou transitoires</p>	<p>12° L'article 23 est ainsi rédigé:</p>	<p>"Art. 23 - Avant la fin du délai fixé par l'article 25 de la loi n° du portant réforme hospitalière, les hospices publics seront transformés en tout ou partie et selon les besoins, soit en unités dispensant des soins définis au b) ou c) de l'article L. 711-2 du code de la santé publique", soit en établissements publics relevant de la présente loi et destinés à l'hébergement des personnes âgées."</p>
<p>Art. 33.- L'article 30 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 demeure applicable jusqu'à l'expiration du délai de quinze ans prévu aux articles 19 et 23 ci-dessus.</p>		<p>13° L'article 33 est supprimé.</p>	

A N N E X E S

TABLEAU DE CORRESPONDANCE (1)
entre les articles de la loi de 1970, les articles du projet de loi, et les articles du futur
code
de la santé publique

Loi de 1970	Article du projet de loi	Article codifié
Article premier	Article Premier A	L. 710-1
Article 2 (1er alinéa) Article 2 (2ème à 5ème alinéa) Article 2 (dernier alinéa) Article 3 Article 4	) ) ) Article premier))	L. 711-1 (1er alinéa) L. 711-4 L. 711-5 (dernier alinéa) L. 711-6 L. 711-2 - L. 711-5 - L. 711-7 L. 711-8
Article 4 bis Article 4 ter	) Articles 2) et 14	L. 711-9 L. 711-10
Article 5	Articles 3 et 5	L. 712-1 - L. 713-1
Article 6 Article 7 Article 14	) ) Article 5)	L. 713-1 L. 713-2 L. 713-3 L. 713-4
Article 14-1 Article 14-2 Article 14-3 Article 14-4 Article 14-5 Article 14-6 Article 15	) ) ) Articles 6 et 14)))	L. 713-5 L. 713-6 L. 713-7 L. 713-8 L. 713-9 L. 713-10 L. 713-11
Article 16 Article 17 Article 18 Article 19	) ) Articles 2 et 14))	L. 711-11 L. 711-12 L. 711-13 L. 711-14
Article 20 Article 20-1 Article 20-2 Article 20-3 Article 20-4 Article 21	) ) ) Article 7))))	L. 714-1 L. 714-20 - L. 714-21 - L. 714-22 L. 714-23 L. 714-21 L. 714-24 L. 714-25 L. 714-2 - L. 714-3
Article 22	) ) Article 7	L. 714-4 - L. 714-5 - L. 714-7 L. 714-9
Article 22-1	Articles 4 et 14	L. 712-20
Article 22-2	Article 7	L. 714-13 - L. 714-15
Article 22-3	Article 7	L. 714-15 (1er alinéa)
Article 23		Non repris
Article 24	Article 7	L. 714-16

(1) emprunté au rapport présenté par M. Alain Calmat, au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

Loi de 1970	Article du projet de loi	Article codifié
Article 25	Articles 7 et 14	L. 714-27 - L. 714-29
Article 25-1 Article 25-2 Article 25-3 Article 25-4 Article 25-5 Article 25-6	) ) ) Articles 8 et 14)))	L. 714-30 L. 714-31 L. 714-32 L. 714-33 L. 714-34 L. 714-35
Article 26 Article 27		) ) Non repris
Article 28	Article premier	L. 711-3
Article 29		Déjà codifié à l'article L. 578 du Code de la santé publique
Article 30	Article 25	Non codifié
Article 31 Article 32 Article 33 Article 33-1 Article 34 Article 35	) ) ) Article 3)))	L. 712-8 L. 712-12 L. 712-9 - L. 712-11 - L. 712-13 Non repris mais voir procédure d'autorisation L. 712-16 L. 712-12
Article 36	Articles 9 et 14	L. 715-2
Article 37	Article 3	L. 712-18
Article 38 Article 39	) ) Articles 9 et 14	L. 715-3 L. 715-4
Article 40 Article 41	) ) Article 10	L. 715-5 L. 715-6
Article 41-1 Article 41-2 Article 43	) ) Articles 10 et 14)	L. 715-9 L. 715-10 L. 715-11
Article 44 Article 45	) ) Article 3	L. 712-1 - L. 712-2 - L. 712-5 L. 712-2
Article 46	Articles 4 et 14	L. 712-19
Article 47	Article 3	L. 712-17
Article 48	Article 3	Non repris mais voir articles relatifs aux autorisations (L. 712-8 et suivants)
Article 49	Article 13	Article L. 716-9
Article 50 (premier et dernier alinéas)	Articles 13 et 14	L. 716-3 - L. 716-4
Article 51		Non repris

Loi de 1970	Article du projet de loi	Article codifié
Article 52	Article 19	Article L. 712-2 du Code de la Sécurité sociale (déjà codifié) modifié par le projet de loi
Article 52-1 Article 52-2 Article 52-3 Article 53	) ) ) Articles 13 et 14)	L. 716-5 L. 716-6 L. 716-7 L. 716-8
Articles 54 à 58		Non repris

LOI N° 70-1318 DU 31 DÉCEMBRE 1970

portant réforme hospitalière

Art. 1 - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi.

La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part.

Chapitre premier Du service public hospitalier

Section I - Dispositions générales

Art. 2 - Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.

De plus, le service public hospitalier :

- Concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical ;

- Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée ;

- Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

Concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente.

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.

Art. 3 - Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;

2° Par ceux des établissements d'hospitalisation privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40, 41 et 42 de la présente loi.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents

selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 43 de la présente loi.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

Art. 4 - Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :
1° Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Les centres hospitaliers comportent :

- a) Des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante ;
- b) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;
- c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales ;
- d) Eventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.
- e) Eventuellement, des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU, dont les missions et l'organisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces unités comportent un centre de réception et de régulation des appels.

Le fonctionnement de ces centres est assuré avec les praticiens représentés par les instances départementales des organisations représentatives nationales, ou les organisations ou associations représentatives au plan départemental, dans la mesure où elles en font la demande, et conformément à des conventions approuvées par le représentant de l'Etat dans le département.

Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.

Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement.

2° Centre de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales, s'ils ont pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus.

Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de long séjour au sens défini au 3° ci-dessous.

3° Centres de long séjour, s'ils ont pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de moyen séjour au sens défini au 2° ci-dessus.

4° Hôpitaux locaux dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.

Certains de ces établissements ou hôpitaux locaux, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.

Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.

Le classement des établissements et des unités d'hospitalisation est arrêté par l'autorité administrative dans des conditions définies par voie réglementaire.

Art. 4 bis - Un ou plusieurs établissements d'hospitalisation publics peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées. Les dispositions des chapitres Ier et II de la présente loi seront adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du chapitre IV ne leur sont pas applicables.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier.

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 qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, 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.

Art. 5 - Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur.

Section II - Des groupements interhospitaliers

Art. 6 - Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.

Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.

Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 de la présente loi.

Art. 7 - Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont composés de représentants de chacun des établissements, compte tenu de l'importance de ces derniers. Ils élisent leur président parmi leurs membres.

Aucun des établissements membres d'un groupement interhospitalier de secteur ne peut détenir la majorité absolue des sièges du conseil de ce groupement.

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement de chacun des établissements membres d'un groupement interhospitalier assistent aux réunions du conseil de ce groupement avec voix consultative.

Art. 8 à Art. 13 - abrogés.

Art. 14 - Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.

Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.

L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral, sur avis conforme du conseil du groupement.

Section II bis - Des syndicats interhospitaliers

Art. 14-1 - Un syndicat interhospitalier peut être créé à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier. Sa création est autorisée par arrêté du représentant de l'Etat dans le département siège du syndicat.

Le syndicat interhospitalier est un établissement public.

Art. 14-2 - Le syndicat interhospitalier est administré par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration du syndicat est composé de représentant de chacun des établissements qui font partie de ce syndicat, compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges. Il élit son président parmi ces représentants. Le président de la commission médicale d'établissement de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat sont membres de droit du conseil d'administration. Le directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.

La représentation des personnels médicaux et des personnels non médicaux employés par le syndicat est assuré au sein de son conseil d'administration. Cette représentation ne peut être, en pourcentage, supérieure à celle dont ces personnels bénéficient dans l'établissement adhérant au syndicat où ils sont le mieux représentés.

Le conseil d'administration peut déléguer à un bureau élu en son sein certaines de ses attributions. Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 7° de l'article 22 qui demeurent de la compétence exclusive du conseil d'administration. Lors de chaque réunion du conseil d'administration, le bureau et le président rendent compte de leurs activités.

La composition du bureau et le mode de désignation de ses membres sont fixés par décret.

Art. 14-3 - Le syndicat interhospitalier peut exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :

1° La création et la gestion de services communs ;

- 2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;
- 3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;
- 4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;
- 5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par ces établissements ;
- 6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

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

Art. 14-4 - Sous réserve des dispositions des articles 14-1 à 14-3, les articles 20, 21, 22, 22-1, 22-2 et 25 de la présente loi sont applicables au syndicat interhospitalier.

Un décret fixe les conditions de l'application de l'article 24 de la présente loi au syndicat.

Art. 14-5 - Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté du représentant de l'Etat dans le département. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat.

Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.

Art. 14-6 - Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un syndicat interhospitalier.

Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.

L'autorisation est accordée par le représentant de l'Etat sur avis conforme du conseil d'administration du syndicat intéressé.

Art. 15 - Un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier avec le consentement du conseil d'administration de ce syndicat. Celui-ci fixe en accord avec le conseil d'administration de l'établissement intéressé les conditions dans lesquelles s'opère le retrait.

Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par arrêté préfectoral.

Section III - De la participation du service public hospitalier à l'enseignement médical, pharmaceutique et odontologique

Art. 16 - Dans le cadre des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance no 58-1373 du 30 décembre 1958, les unités d'enseignement et de recherche médico-pharmaceutiques et odontologiques ou, au cas où elles n'ont pas la personnalité morale, les universités qui agissent en leur nom, et les centres hospitaliers régionaux peuvent conclure conjointement des conventions avec les syndicats interhospitaliers ou avec des établissements du groupement interhospitalier s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier.

Art. 17 - Lorsque l'association d'un ou plusieurs services ou départements d'un établissement hospitalier public ou d'un autre organisme public

aux missions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établissement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de le faire par décision conjointe du ministre chargé de la santé publique et du ministre de l'éducation nationale.

Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention ; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'Etat.

Art. 18 - Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent notamment des représentants du centre hospitalier régional, des représentants des unités d'enseignement et de recherches médicales, odontologiques et pharmaceutiques et, le cas échéant, des syndicats interhospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.

Un décret fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement du comité de coordination et les cas où son avis est requis.

Ce comité est obligatoirement consulté sur le choix des priorités en matière d'équipement hospitalier et universitaire.

Les conventions visées à l'article 16 entre les établissements hospitaliers et les unités d'enseignement et de recherche médico-pharmaceutiques et odontologiques ne pourront être conclus qu'après avis favorable de ce comité.

Art. 19 - Dans le ressort d'une même académie, deux ou plusieurs centres hospitaliers régionaux ont la possibilité de passer convention avec la ou les unités d'enseignement et de recherche médicales de cette académie, pour la constitution d'un centre hospitalier et universitaire unique, dans le cadre des dispositions des articles premier et 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et du décret n° 70-709 du 5 août 1970.

Chapitre II

Des établissements d'hospitalisation publics

Art. 20 - Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés, après avis de la commission nationale ou régionale des équipements sanitaires et sociaux, par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 22, par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement sont déterminées par décret.

Art. 20-1 - Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi et de celles mentionnées à l'article 252 du décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services. Les services peuvent comporter des pôles d'activités et être regroupés, en tout ou partie, en départements.

Chaque service est placé, sauf dans les hôpitaux locaux, sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier, chef de service à plein temps. Si l'activité du service n'exige pas la présence d'un chef de service à plein temps, le service peut être placé sous la responsabilité d'un chef de service à temps partiel issu d'un statut à temps plein ou relevant du statut à temps partiel.

Le chef de service attributions organise le fonctionnement technique du service et propose les orientations médicales dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien hospitalier.

Le chef de service est assisté par un cadre paramédical ou, le cas échéant, par une sage-femme.

Avant d'arrêter les prévisions d'activité et de moyens afférents au service, le chef de service réunit, au moins une fois par an, l'ensemble des personnels.

Art. 20-2 - Le chef de service est nommé par le ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans renouvelable.

La nomination est prononcée après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement. Les conditions de nomination, dont certaines peuvent être spécifiques à la psychiatrie, sont fixées par voie réglementaire. Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé dans les mêmes formes que la nomination. Il est subordonné au dépôt, six mois avant délai l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé, accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat. Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé avant le terme de son mandat. A défaut de cette notification, le renouvellement est réputé acquis accord tacite.

Dans les cas visés à l'alinéa ci-dessus, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte composition limitée aux praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel.

Les dispositions du premier alinéa ci-dessus ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle ou aux décisions prises dans l'intérêt du service.

Les fonctions de chef de service exercées par les professeurs des universités - praticiens hospitaliers cessent à la fin de l'année universitaire au cours de laquelle survient la limite d'âge fixée par l'article 3 de la loi no 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public fin de carrière.

Les praticiens hospitaliers, anciens chefs de service, visés à l'alinéa précédent, lorsqu'ils sollicitent une prolongation d'activité au-delà de l'âge de soixante-cinq ans conformément à l'article 2 de la loi no 86-1304 du 23 décembre 1986 relative à la limite d'âge et aux modalités de recrutement de certains fonctionnaires civils de l'Etat, poursuivent leur activité en tant que consultants. Le statut de consultant est fixé par décret.

Art. 20-3 - Dans les conditions prévues par le présent article, le chef de service délègue à un ou plusieurs médecins, biologistes, pharmaciens ou odontologistes hospitaliers relevant d'un statut à temps plein ou du statut à temps partiel la responsabilité d'un ou plusieurs pôles d'activités en vue d'assurer les soins ou d'exécuter les actes médico-techniques ou pharmaceutiques nécessaires aux malades, conformément aux règles déontologiques.

Les pôles d'activités sont créés par délibération du conseil d'administration de l'établissement, sur proposition du chef de service concerné, après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, du comité consultatif médical.

Dans les mêmes formes, le conseil d'administration délibère sur la délégation accordée au médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste responsable.

La délégation prend automatiquement fin à l'occasion du départ du chef de service, à l'expiration de son mandat ou en cas de suppression du pôle d'activités par le conseil d'administration en application du 7° de l'article 22. Elle est renouvelée par le chef de service, après avis de la commission médicale d'établissement. La demande de renouvellement est accompagnée formellement d'un rapport d'activité.

Art. 20-4 - Avec l'accord des chefs de service intéressés, il peut être constitué des départements objet regroupant deux ou plusieurs services en tout ou partie, soit en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit en vue d'un groupement des moyens en personnel, soit en vue d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.

La délibération du conseil d'administration créant un département est prise après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, des comités consultatifs médicaux.

Les activités du département sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste. Il est assisté, selon les activités du département, par une sage-femme, un cadre paramédical, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel médico-technique et par un membre du personnel administratif.

L'organisation et le fonctionnement du département sont définis par un règlement intérieur élaboré notamment par les médecins titulaires à temps plein et à temps partiel des services correspondants et par les cadres paramédicaux. Le règlement intérieur est arrêté par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique paritaire. Ce règlement précise notamment les objectifs, la nature et l'étendue des activités du département, les modalités d'association des différents médecins, biologistes, pharmaciens ou odontologistes à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur et de ses assistants. Il précise également les modalités d'association des sages-femmes, du personnel soignant et médico-technique et du personnel administratif aux activités du département.

Art. 21 - Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et pharmaceutique hospitalier, du personnel titulaire n'appartenant pas au corps médical et des personnes qualifiées dont, obligatoirement un médecin non hospitalier.

Les modalités de désignation ou d'élection des membres de chacune des catégories sont fixées par voie réglementaire, de même que le mode de représentation au sein du conseil d'administration des collectivités autres que celles dont relève l'établissement. Toutefois, le président de la commission médicale d'établissement et, pour les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement.

En cas d'empêchement, le président de la commission médicale d'établissement peut déléguer au vice-président de la commission médicale d'établissement ses fonctions de membre de droit du conseil d'administration de l'établissement.

En cas d'empêchement du vice-président, le président de la commission médicale d'établissement peut déléguer ses fonctions de membre de droit du conseil d'administration à un autre membre de la commission médicale d'établissement élu par cette assemblée.

La présidence du conseil d'administration des établissements départementaux et des établissements communaux est assurée respectivement soit par le président du conseil général, soit par le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire.

Toutefois, le président du conseil général, le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire ne peuvent pas être membre du conseil d'administration d'un établissement :

1° Si eux-mêmes, leur conjoint, leurs ascendants ou descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé ;

2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services, preneurs de baux à ferme ou agents salariés de l'établissement.

Au cas où il est fait application des dispositions des deux alinéas ci-dessus, le conseil général ou le conseil municipal élit un suppléant.

En cas d'empêchement, le président du conseil général ou le maire peut déléguer, à un autre membre de l'assemblée dont il est membre, ses fonctions de président de droit du conseil d'administration de l'établissement.

Le président de la commission médicale d'établissement ou, éventuellement, le vice-président ou le représentant élu de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont frappés des incompatibilités prévues au présent article à l'exception de celles s'appliquant aux agents salariés de l'établissement.

Art. 22 - Le conseil d'administration délibère sur attributions :

1° La politique générale de l'établissement et le programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire ;

2° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;

3° Le budget, les décisions modificatives et les comptes ;

4° Les propositions de dotation globale et de tarifs des prestations mentionnées à l'article 8 et à l'article 11 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale ;

5° Le tableau des emplois permanents à l'exception des catégories de personnel qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques ;

6° Les propositions d'affectation des résultats d'exploitation ;

7° Les créations, suppressions et transformations des services médicaux et pharmaceutiques ainsi que, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements hospitaliers ; les créations, suppressions et transformations des services autres que médicaux et pharmaceutiques et des cliniques ouvertes ;

8° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;

9° Les emprunts ;

10° Le règlement intérieur ;

11° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;

12° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 susvisée, des textes subséquents et de l'article 43 de la présente loi ;

13° La création d'un syndicat interhospitalier et l'affiliation ou le retrait de l'établissement d'un tel syndicat ;

14° L'acceptation et le refus des dons et legs ;

15° Les actions judiciaires et les transactions ;

16° Les hommages publics.

Les délibérations portant sur les matières mentionnées aux 1° à 14° ci-dessus sont soumises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation.

Elles sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Le délai est de quatre mois pour les délibérations portant sur la matière indiquée au 1° ; de soixante jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux 2° à 8° ; trente jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux 9° à 14°. Ces délais courent à compter de la réception des délibérations par le représentant de l'Etat. Tout refus d'approbation ou toute modification des délibérations doit être explicitement motivé.

Le représentant de l'Etat peut supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses s'il estime celles-ci injustifiées ou excessives, compte tenu, d'une part, des possibilités de soins qui répondent aux besoins de la population, d'autre part, d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est arrêté, à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat, par les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

Si le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration avant le 1er 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 propositions de la chambre régionale des comptes, il assortit sa décision d'une motivation explicite.

En cas de carence de l'ordonnateur, le représentant de l'Etat peut, après mise en demeure et à défaut d'exécution dans un délai d'un mois, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette régulièrement inscrite au budget initial et aux décisions modificatives éventuelles.

Art. 22-1 - Lorsque l'intérêt des malades ou le fonctionnement d'un établissement le justifie et dans la limite des besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire prévue à l'article 44, le ministre chargé de la santé peut, après avis de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux et de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux, demander au conseil d'administration d'adopter les mesures nécessaires, comportant éventuellement un nouveau programme, la création ou la suppression de services, de lits d'hospitalisation ou d'équipements matériels lourds. L'établissement doit être averti de l'intention du ministre avant la saisine de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux et de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux.

La demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés au conseil d'administration.

Dans le cas où cette demande n'est pas suivie d'effet dans le délai de quatre mois, le ministre peut prendre les mesures appropriées aux lieux et places du conseil d'administration.

Au cas où la carte sanitaire ferait de nouveau apparaître un déficit de services, de lits d'hospitalisation, ou d'équipements matériels lourds dans un secteur sanitaire où une suppression d'un de ces éléments aurait été opérée dans un établissement public, le secteur hospitalier public bénéficiera d'une priorité pour réaliser la ou les créations qui pourraient être autorisées à due concurrence des suppressions antérieures.

Art. 22-2 - Le directeur est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article 22. Il tient le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.

Le directeur attributions met en oeuvre la politique définie par le conseil d'administration et approuvée par le représentant de l'Etat. Il assure la conduite générale de l'établissement. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale et pharmaceutique, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits dans la limite du dixième des autorisations de dépenses des comptes concernés et dans des conditions qui sont fixées par décret.

Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre le paiement d'une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

- 1° D'insuffisance de fonds disponibles ;
- 2° De dépense ordonnancée sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée ;
- 3° D'absence de justification du service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.

L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier-payeur général du département qui le transmet à la chambre régionale des comptes.

En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.

Art. 22-3 - Les comptables des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal.

Art. 23 - Dans le délai de un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret déterminera les conditions d'assouplissement de la gestion administrative et financière des établissements d'hospitalisation publics.

Ce décret déterminera également les conditions dans lesquelles les établissements d'hospitalisation publics pourront, à titre exceptionnel, financer leurs équipements en recourant à des emprunts au taux normal du marché.

Il prendra toutes mesures de nature à assurer une harmonisation du remboursement des actes médicaux, quel que soit le secteur public ou privé, auquel appartient l'établissement dans lequel ils sont effectués et compte tenu des charges inhérentes à chacun de ces secteurs.

Art. 24 - Dans chaque établissement d'hospitalisation public, il est institué une commission médicale d'établissement .

La commission médicale d'établissement est obligatoirement consultée sur le programme, le plan directeur, le budget et les comptes de l'établissement ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques et, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements, ainsi que sur tous les aspects techniques des activités médicales. Elle est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget. Elle est également consultée sur le fonctionnement des services autres que médicaux et pharmaceutiques qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.

A la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, du président de la commission médicale d'établissement, du tiers des membres de celle-ci, du chef de service ou du coordonnateur de département concerné, et compte tenu des décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles 22 et 22-2 de la présente loi, la commission médicale d'établissement délibère sur les choix médicaux dans le respect de la dotation budgétaire allouée.

La commission médicale d'établissement se prononce chaque année sur un rapport établi avec le concours de l'administration hospitalière et relatif à l'évaluation technique et économique des soins dispensés dans l'établissement. Ce rapport est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire dans des formes de nature à préserver le secret médical.

Art. 25 - Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

- 1° Des agents titulaires ou stagiaires, soumis aux dispositions du livre IX du Code de la santé publique ;
- 2° A titre exceptionnel ou temporaire, des agents contractuels ;
- 3° Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements.

Dans un délai de un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret fixera le statut de tous les membres du personnel médical qui exercent leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics .

Ce statut déterminera les titres, fonctions et rémunérations des intéressés, leurs conditions d'exercice, leurs conditions de promotion, les mesures transitoires et un régime de protection sociale complémentaire.

En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la nomination des intéressés peut, sauf démission, être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.

Le conseil d'administration de l'établissement, agissant de sa propre initiative ou à la demande du médecin inspecteur régional de la santé, après audition de l'intéressé et avis de la commission médicale d'établissement, demande au préfet du département, par une délibération motivée, de mettre fin aux fonctions de l'intéressé.

Le préfet statue dans les trois mois de la saisine, sur avis conforme d'une commission paritaire régionale, dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un recours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite, devant une commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.

Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi.

4° Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes attachés des hôpitaux dont le statut est fixé par décret en Conseil d'Etat, dans le délai prévu à l'alinéa 5 du présent article ; ledit décret étendra les dispositions de l'alinéa 6 du présent article aux attachés justifiant d'un seuil minimum de vacations hebdomadaires.

Les dispositions des paragraphes 3o et 4o du présent article ne sont pas applicables aux praticiens des unités d'hospitalisation mentionnées au 4o de l'article 4 de la présente loi.

Art. 25-1 - Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements d'hospitalisation publics sont autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies ci-après.

Art. 25-2 - L'activité libérale s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ; elle peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques à condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Qu'aucun lit ni aucune installation médico-technique ne soit réservé à l'exercice de l'activité libérale.

La durée de l'activité libérale ne peut excéder le cinquième de la durée de service hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Les autres conditions et limites de l'exercice de l'activité libérale sont fixées, en fonction de la discipline concernée, par voie réglementaire

Art. 25-3 - Le médecin exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.

Art. 25-4 - Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement hospitalier sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.

Ce contrat est approuvé par le représentant de l'Etat dans le département, après avis du conseil d'administration et de la commission médicale consultative, pour une durée de cinq ans, renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Art. 25-5 - Il est institué, dans chaque établissement d'hospitalisation public où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Il est institué auprès du ministre chargé de la santé une commission nationale de l'activité libérale.

Les attributions, la composition et les conditions de fonctionnement de ces commissions sont fixées par voie réglementaire.

Ces commissions peuvent, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents.

Art. 25-6 - L'autorisation peut être suspendue ou retirée par le représentant de l'Etat dans le département lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et les dispositions du contrat ; cette décision est prise après avis ou sur proposition de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article 25-5 et mise en demeure préalable adressée au praticien.

Le ministre chargé de la santé, saisi dans le cadre d'un recours hiérarchique des contestations relatives aux décisions prises en application de l'alinéa précédent, doit statuer après avis de la commission nationale mentionnée à l'article 25-5.

Art. 26 - Les personnels médicaux des établissements nationaux de bienfaisance à caractère hospitalier situés dans une ville siège d'unités d'enseignement et de recherches médicales pourront être intégrés dans un corps de personnel hospitalo-universitaire des centres hospitaliers et universitaires, suivant les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Art. 27 - Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles, sous l'autorité des coordonnateurs des départements ou des chefs de services, les médecins traitants et sages-femmes peuvent être admis dans les divers départements d'hospitalisation publics.

Ces praticiens seront tenus informés des soins qui auront été dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation.

Art. 28 - Les établissements d'hospitalisation publics sont tenus de communiquer le dossier des malades, hospitalisés ou reçus en consultation externe dans ces établissements, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades.

Un décret pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins précisera les conditions d'application des dispositions ci-dessus.

Art. 29 - V.C. Santé publique art. L. 578.

Art. 30 - A titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer les services créés avant la promulgation de la présente loi qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier défini à l'article 2 ci-dessus.

Chapitre III **Des établissements privés** **Section I - Dispositions générales**

Art. 31 - Sont soumises à autorisation :

1° La création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ainsi que le regroupement d'établissements de cette nature ;

2° L'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.

3° La création ou l'extension :

- de tout établissement privé de rééducation fonctionnelle ne comportant pas de moyens d'hospitalisation et dont les moyens dépassent les normes fixées par décret ;

- de tout centre ou service privé d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation de nuit, et de tout centre ou service privé d'hospitalisation à domicile répondant à la définition qui en est donnée par décret.

Le refus d'autorisation devra être motivé.

Art. 32 - L'autorisation prévue à l'article 31 ci-dessus est donnée avant le début des travaux ou l'installation de l'équipement matériel.

Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par la voie réglementaire et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 272 du Code de la sécurité sociale.

Art. 33 - L'autorisation est accordée si l'opération envisagée :

1° Répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 44, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;

2° Est conforme aux normes, définies par décret, et est assortie de l'engagement de respecter la réglementation relative à la qualification des personnels.

En aucun cas, l'autorisation ne pourra être accordée aussi longtemps que, pour la zone donnée, les besoins ainsi définis demeureront satisfaits.

L'autorisation peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique ou à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles 42 et 43 de la présente loi.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée lorsque le prix prévu est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, eu égard aux normes fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, lorsque des établissements situés dans un même secteur sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause demandent l'autorisation de se regrouper au sein de ce secteur, l'autorisation est accordée à condition de satisfaire aux prescriptions du 2° et d'être assortie d'une réduction de capacité des établissements regroupés ; les modalités de cette réduction sont définies par voie réglementaire en tenant compte des excédents existant dans le secteur considéré et dans la limite d'un plafond. En cas d'établissements multidisciplinaires, le regroupement par discipline entre plusieurs établissements est autorisé dans les mêmes conditions. Ces dispositions ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissement.

Art. 33-1 - La conversion de tout ou partie d'un service en une discipline différente de celle initialement autorisée est soumise à autorisation dans les conditions prévues aux articles 33 et 34.

Toutefois, dans des conditions et pour les disciplines déterminées par décret et dès lors que l'opération répond à un besoin tel qu'il est défini par la carte prévue à l'article 44 de la présente loi, l'autorisation est réputée accordée, sauf opposition du représentant de l'Etat dans la région, dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande. Les conditions auxquelles l'autorisation peut être

subordonnée en application de l'article 33 sont notifiées dans le même délai maximum de six mois. L'autorisation ainsi acquise vaut de plein droit autorisation de fonctionner sous réserve du résultat positif d'un contrôle de conformité du service aux prescriptions techniques.

Les voies de recours prévues à l'article 34 sont ouvertes à tout intéressé, soit contre une autorisation acquise dans les conditions définies par le deuxième alinéa du présent article, soit contre l'opposition du représentant de l'Etat dans la région à un projet de conversion.

Art. 34 - L'autorisation mentionnée à l'article 31 est donnée par le préfet de région après avis de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux prévue à l'article 44.

Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux prévue à l'article 44.

Un décret fixe la liste des établissements ou équipements pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée que par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire.

Dans chaque cas, la décision du ministre ou du préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.

Art. 35 - L'autorisation visée à l'article 31 est délivrée à une personne physique ou morale. Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux.

Art. 36 - Lorsque les prescriptions de l'article 33 ci-dessus cessent d'être respectées, ou lorsque sont constatées, dans l'établissement et du fait de celui-ci, des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique entraînant la responsabilité civile de l'établissement ou la responsabilité pénale de ses dirigeants, l'autorisation de fonctionner peut être soit suspendue, soit retirée. Sous réserve des dispositions prévues à l'article 37, cette suspension ou ce retrait ne peut intervenir qu'après un délai de un mois suivant une mise en demeure adressée par le préfet de région.

Lorsque les normes sont modifiées, les établissements sont tenus de se conformer aux nouvelles normes dans un délai déterminé par décret ; ce délai court à compter de la mise en demeure qui leur est adressée.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être retirée lorsque le prix pratiqué est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, au sens de l'article 33.

Les mesures de suspension ou de retrait sont prises selon les modalités prévues à l'article 34 ci-dessus. Elles ne font pas obstacle à d'éventuelles poursuites judiciaires.

Art. 37 - En cas d'urgence, tenant à la sécurité des malades, le préfet peut prononcer la suspension de l'autorisation de fonctionner. Dans le délai de un mois de cette décision, le préfet doit saisir la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux prévue à l'article 44 qui, dans les deux mois de la saisine, confirme ou infirme la mesure prise par le préfet.

Art. 38 - Toute personne qui ouvre ou gère un établissement sanitaire privé ou installe dans un établissement privé concourant aux soins médicaux des équipements matériels lourds en infraction aux dispositions des articles 31 et 33 ci-dessus est passible d'une amende de 5.000 à 40.000 F.

Est passible de la même peine toute personne qui passe outre à la suspension ou au retrait d'autorisation prévus aux articles 36 et 37 ci-dessus.

En cas de récidive, la peine prévue au présent article est portée au double et peut être assortie de la confiscation des équipements installés sans autorisation.

Art. 39 - La comptabilité des établissements d'hospitalisation privés doit être mise, sur demande, à la disposition exclusive de l'administration habilitée à donner son accord sur la détermination du prix de journée.

Section II - Des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier et de l'association des autres établissements d'hospitalisation privés au fonctionnement dudit service

Art. 40 - Les établissements d'hospitalisation privés participent dans les conditions prévues aux articles 41 et 42 ci-après, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions des articles 2 et 3 de la présente loi.

Les établissements d'hospitalisation privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

Les dispositions de l'article 28 sont applicables à ces établissements.

La liste des établissements qui remplissent les conditions prévues au présent article est établie par décret.

Art. 41 - Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont admis à participer, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier.

Ils font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.

Pour celles de leurs activités qui entrent dans le cadre de leur participation au service public hospitalier, leur budget est soumis à l'approbation du représentant de l'Etat dans les délais et selon les critères mentionnés respectivement aux dix-neuvième et vingtième alinéas de l'article 22.

Pour le calcul de leur dotation globale et des tarifs de leurs prestations, la prise en compte des dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, des dotations annuelles aux fonds de roulement et des annuités d'emprunts contractés en vue de la constitution de ces fonds est effectuée selon des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les règles selon lesquelles le représentant de l'Etat peut subordonner cette prise en compte à un engagement pris par l'organisme gestionnaire de l'établissement de procéder, en cas de cessation d'activité, à la dévolution de tout ou partie du patrimoine de l'établissement à une collectivité publique ou à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire.

Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.

Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les statuts du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.

Art. 41-1 - Sans préjudice des dispositions de l'article 36 ci-dessus, les dispositions du premier alinéa de l'article 22-1 sont applicables aux établissements privés participant au service public hospitalier.

La demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés à l'établissement.

Au cas où la demande du ministre n'est pas suivie d'effet dans le délai de quatre mois, l'établissement peut être rayé par décret de la liste des établissements participant au service public hospitalier.

Art. 42 - Les établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux visés à l'article 41, peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

Ces contrats comportent :

1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre, dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement ou service d'hospitalisation de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ;

2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article 40 ci-dessus. L'établissement concessionnaire conserve son individualité et son statut propre pour tout ce qui concerne sa gestion.

Ces contrats sont approuvés selon les modalités prévues à l'article 34 ci-dessus.

Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.

Art. 43 - Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement d'hospitalisation public, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de sécurité sociale.

Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du lieu de leur implantation. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 14 ci-dessus.

Chapitre IV De l'équipement sanitaire

Art. 44 - Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale des équipements sanitaires et sociaux, la carte sanitaire de la France.

La carte sanitaire de la France définitivement 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 :

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 ;

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.

3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.

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

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. Chaque année, le ministre chargé de la santé informe le Parlement des modifications de la carte sanitaire intervenues dans l'année.

Art. 45 - Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût sont fixées par voie réglementaire.

Art. 46 - Sont considérés comme équipements matériels lourds au sens de la présente loi les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux. La liste de ces équipements est établie par décret en Conseil d'Etat.

Art. 47 - La carte sanitaire sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service hospitalier ainsi qu'aux autorisations prévues à l'article 31 de la présente loi.

Tout refus d'autorisation prévu à l'article 31 ci-dessus motivé par l'existence d'un programme susceptible de couvrir les besoins définis par la carte sanitaire est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

L'autorisation est alors accordée de plein droit, sous réserve des dispositions de l'article 33 ci-dessus, à l'auteur de la demande s'il la confirme.

Art. 48 - Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.

Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire.

Les programmes mentionnés au premier alinéa du présent article sont approuvés par le représentant de l'Etat autorité compétente, après avis de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux. Les décisions sont publiées et peuvent faire l'objet du recours visé à l'article 34 de la présente loi. Un décret fixe la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds dont l'autorisation est donnée par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux.

Chapitre V Dispositions diverses

Art. 49 - Des mesures réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Art. 50 - Les dispositions des chapitres Ier et II de la présente loi seront adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, des

hospices civils de Lyon et de l'assistance publique de Marseille et des établissements nationaux de bienfaisance dont les missions répondent à celles définies à l'article 4 de la présente loi.

Le personnel des hospices civils de Lyon est soumis aux dispositions du livre IX du Code de la santé publique, sauf dérogations prévues par décret en Conseil d'Etat.

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires des établissements nationaux de bienfaisance visés à l'alinéa 1er de cet article seront sauf option contraire, intégrés dans un emploi soumis au livre IX du Code de la santé publique à compter de l'élection desdits établissements en établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux ; ceux d'entre eux qui auront demandé le maintien de leur situation antérieure seront, à compter de la même date, détachés dans un emploi soumis au livre IX dudit code. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent alinéa.

Lorsqu'un service hospitalier de l'administration pénitentiaire est érigé en établissement d'hospitalisation public, les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables aux fonctionnaires titulaires ou stagiaires de ce service qui y exercent des fonctions paramédicales, ainsi qu'aux agents contractuels exerçant les mêmes fonctions et occupant des emplois permanents à temps complet. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent alinéa.

Art. 51 - A titre provisoire et jusqu'au 31 décembre 1975 les dispositions de la présente loi s'appliquent aux établissements à caractère social dont la liste sera définie par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret procédera aux adaptations nécessaires pour les établissements publics en ce qui concerne leur création, leur gestion et leur statut du personnel et, pour les établissements privés, en ce qui concerne les modalités d'autorisation et de coordination.

Les maisons de retraite détachées de l'administration générale de l'assistance publique à Paris et celles fonctionnant comme services non personnalisés de la ville-département de Paris seront rattachées par décret au bureau d'aide sociale de Paris.

Art. 52 - La dotation globale allouée par les organismes d'assurance maladie aux établissements visés à l'article 8 de la loi no 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes, en application de l'alinéa précédent, sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et, notamment, les critères de la répartition entre régimes de la dotation globale.

Art. 52-1 - Dans les unités ou centres de long séjour définis à l'article 4 de la présente loi, soit publics, soit privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant passé convention avec les départements pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, la tarification des services rendus comporte deux éléments relatifs, l'un aux prestations de soins fournies, l'autre aux prestations d'hébergement. L'élément de tarification relatif aux prestations de soins est fixé par

le représentant de l'Etat après avis du président du conseil général. Au vu de cette décision, le président du conseil général fixe l'élément de tarification relatif aux prestations d'hébergement.

L'élément de tarification relatif aux prestations de soins est décidé dans la limite d'un plafond fixé annuellement par un arrêté interministériel et tenant compte d'un taux moyen d'évolution des dépenses déterminé à partir des hypothèses économiques générales, notamment des prévisions d'évolution des prix et des salaires.

Les modalités de répartition des dépenses budgétaires entre les deux éléments de tarification définis au premier alinéa ainsi que les procédures de détermination et de fixation des tarifs sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Les commissions interrégionales de la tarification sanitaire et sociale sont compétentes en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours déposés contre les arrêtés fixant les tarifs applicables dans les unités ou centres visés ci-dessus.

Art. 52-2 - Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres visés à l'article 52-1 sont prises en charge, soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide sociale, suivant les modalités fixées par voie réglementaire, éventuellement suivant des formules forfaitaires.

La participation des assurés sociaux hébergés dans ces unités ou dans ces centres peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription, au titre des assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres de long séjour. Toutefois, lorsque dans une unité ou un centre, le nombre de ressortissants d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie est le plus élevé, ce rôle peut être rempli par la caisse de ce régime dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont également habilitées à centraliser les documents comptables afférents à ces paiements et à procéder, après concertation, à la répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie. Cette répartition est déterminée de manière forfaitaire, en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime présents dans les unités ou centres de long séjour.

Un décret fixe les modalités d'application des deux alinéas ci-dessus.

Art. 52-3 - Les dispositions de l'article 52-2 sont applicables aux centres et unités de long séjour privés autres que ceux visés à l'article 52-1 dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 53 - L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels du SAMU sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales.

Art. 54 - Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi, notamment les articles L. 230, le premier et second alinéa de l'article L. 678

(sauf en ce qui concerne les hospices), les articles L. 679, L. 681 à L. 683, L. 686, L. 733, L. 734 et L. 734-2 à L. 734-5 du Code de la santé publique, ainsi que le premier alinéa de l'article L. 893 dudit code, sauf en ce qui concerne l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Art. 55 - Les dispositions du chapitre III, section I, de la présente loi sont applicables aux établissements privés d'accouchement visés par l'article L. 176 du Code de la santé publique.

Art. 56 - Abrogé.

Art. 57 - Dans les départements d'outre-mer, les attributions dévolues par la présente loi aux préfets de région sont dévolues aux préfets des départements

Art. 58 - Dans le délai de un an à compter de la promulgation de la présente loi, ses dispositions seront insérées dans le Code de la santé publique par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret précédera aux aménagements de forme qui s'avèreraient nécessaires.