

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1969-1970

Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 septembre 1970.
Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 30 juin 1970.

PROJET DE LOI

portant réforme hospitalière,

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. JACQUES CHABAN-DELMAS,
Premier Ministre,

PAR M. RENÉ PLEVEN,
Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,

PAR M. RAYMOND MARCELLIN,
Ministre de l'Intérieur,

PAR M. VALÉRY GISCARD D'ESTAING,
Ministre de l'Economie et des Finances,

PAR M. OLIVIER GUICHARD,
Ministre de l'Education Nationale,

PAR M. HENRY REY,
Ministre délégué auprès du Premier Ministre,
chargé des Départements et Territoires d'Outre-Mer,

ET PAR M. ROBERT BOULIN,
Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

(Renvoyé à la Commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

Hôpitaux. — *Etablissements de soins privés - Code de la Santé publique - Sécurité sociale - Code de la Sécurité sociale - Code pénal - Médecins - Enseignement médical - Dossiers de Santé - Carte sanitaire - Collectivités locales.*

EXPOSE DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Les soins dispensés dans les établissements d'hospitalisation publics et privés représentent près de 40 % des dépenses de santé, soit environ 2 % du produit national brut. Les hôpitaux publics consomment à eux seuls la moitié des produits et des fournitures utilisés par les collectivités locales et les organismes qui en dépendent ; ils occupent plus de 300.000 agents ; leurs immobilisations, en valeur nette, sont de l'ordre de 10 milliards de francs.

C'est pour assurer la meilleure utilisation de ces moyens financiers et de ces facteurs de production que le Gouvernement a envisagé depuis plusieurs années une réforme hospitalière.

Les défauts de la situation actuelle commandent les solutions proposées dont certaines nécessitent l'intervention du Parlement, alors que d'autres relèvent du pouvoir réglementaire.

— I —

La situation actuelle est caractérisée par la juxtaposition d'établissements publics, qui relèvent dans leur grande majorité des communes et d'établissements privés, les uns à but désintéressé, les autres à but lucratif. Bien que les frais d'exploitation des uns et des autres soient couverts pour l'essentiel par les remboursements de la Sécurité sociale, il n'existe entre eux aucun lien fonctionnel ; leur implantation ne relève d'aucun plan d'ensemble, leur gestion n'obéit pas à des normes communes. Ceux qui répondent à des fins commerciales concurrencent ceux qui assurent un service public. Dans ces conditions, on ne peut espérer ni doter la France d'un équipement sanitaire rationnel, ni dispenser aux Français des soins hospitaliers au meilleur coût.

1. — Les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif ont été créés au gré des fondations charitables. Les premiers se sont développés sous l'impulsion des municipalités, à une époque où ils n'étaient ouverts qu'aux déshérités justiciables des lois d'assistance. Leur répartition n'a pu suivre l'évolution démographique : c'est ainsi que le coefficient « lits-population » pour les hôpitaux généraux varie de 3,15 à 6,77 pour mille selon les régions, dans une proportion plus grande selon les départements ; dans beaucoup d'agglomérations naissantes aucune réalisation n'est envisagée, faute d'initiative locale. Leurs moyens restent souvent en-deçà des nécessités techniques : on compte trop de petits établissements, insuffisamment pourvus en matériel et où la permanence des soins ne peut être assurée. Malgré des progrès certains, leurs installations d'accueil et d'hébergement ne correspondent pas toujours aux désirs d'une clientèle élargie à l'ensemble de la population.

Les maisons de santé à but lucratif ne complètent qu'imparfaitement le dispositif hospitalier public. Elles s'installent dans la plupart des cas non pas dans des zones sous-équipées mais dans le voisinage des hôpitaux. Elles sont spécialisées dans certaines disciplines, notamment la chirurgie, la maternité, la convalescence et la réadaptation fonctionnelle. Enfin, leur dimension moyenne, bien qu'elle tende à s'accroître, est toujours inférieure à celle requise d'un établissement pluridisciplinaire appelé à desservir une circonscription même limitée.

2. — Les conditions de fonctionnement des établissements d'hospitalisation publics témoignent de leur isolement et du caractère assez ambigu de leur régie juridique. Sans doute un décret de 1959 a-t-il tenté de les classer selon la nature et l'importance des services qu'ils peuvent rendre. Mais ce classement n'établit entre eux aucune hiérarchie fonctionnelle, ni même aucune relation systématique. Leur autonomie est d'ailleurs tantôt excessive, tantôt insuffisante : ils fixent librement leurs objectifs, mais ne peuvent agir sans l'accord préalable des autorités de tutelle. Dans la majorité d'entre eux les responsabilités sont partagées entre un organe délibérant conçu pour administrer un service d'assistance et une direction aux pouvoirs mal définis. Le corps médical, ordonnateur de fait d'une fraction importante des dépenses, n'est pas suffisamment associé aux responsabilités de la gestion.

Ces établissements, auxquels manquent tous les attributs d'une entreprise maîtresse de son devenir, subissent la concurrence des maisons de santé. Celle-ci est d'autant plus forte qu'une partie du corps médical exerce simultanément dans les deux secteurs. Elle aboutit parfois à une sous-occupation des capacités hospitalières, génératrice de déficits que les organismes payeurs doivent supporter.

— II —

Il n'est pas possible de remédier à cette situation par des mesures de détail. Certaines réformes institutionnelles s'imposent, qui concernent, d'une part, la mise en place d'un service public structuré, d'autre part, les modalités d'implantation et de fonctionnement des maisons de santé à but lucratif.

1. — La mise en place d'un véritable service public de l'hospitalisation a pour but de substituer à la « balkanisation » actuelle un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins sanitaires du pays. Ce service groupera les établissements publics et, sous certaines conditions, les établissements privés à but non lucratif ou même à but lucratif les uns et les autres pouvant conserver leur individualité et leur statut propre. Des services sanitaires non personnalisés tels que les dispensaires y seront, le cas échéant, intégrés.

Cette réforme hospitalière doit être en même temps l'occasion d'améliorer les conditions de la médecine préventive. Il est nécessaire de faire participer plus largement les hôpitaux aux différentes actions dans ce domaine, qui doivent être mieux coordonnées entre elles et plus étroitement liées aux actions curatives.

A cette fin, certains hôpitaux pourront être chargés d'organiser et de coordonner les actions préventives, définies et approuvées à l'échelon départemental.

Des médecins hospitaliers, engagés à plein temps, auront à la fois des activités intra-hospitalières, payées par l'hôpital, et des activités extra-hospitalières de médecine préventive payées par les collectivités intéressées. Toutes ces actions préventives et curatives devront être réalisées en coopération avec les organismes existants et les médecins du secteur privé dont le rôle dans ce domaine est essentiel.

Ce service sera organisé aux deux niveaux du secteur et de la région. Le secteur, inspiré de l'expérience tentée depuis une dizaine d'années pour la lutte contre les maladies mentales, couvrira une population de 50.000 à 200.000 habitants. Les établissements implantés sur son territoire devront offrir aux usagers tous les moyens de prévention, de diagnostic et de soins à l'exception de ceux qui relèvent de la médecine « de pointe ». Ces derniers seront réunis au niveau d'une région, dans le cadre du centre hospitalier régional. C'est à ce même niveau que la coordination entre les secteurs sera assurée, grâce notamment à la programmation des équipements et à l'institution de services communs. Certains établissements de cure et de repos prolongés ainsi que quelques établissements de soins hautement spécialisés qui desservent plus qu'une région pourront n'être pas sectorisés.

En outre le projet de loi prévoit la possibilité d'établir des règles spéciales pour certains services ou organismes hospitaliers publics de très haute technicité tant pour éviter leur développement anarchique, que pour faciliter leur fonctionnement sans que certains frais correspondant à des techniques de pointe en voie d'élaboration pèsent exagérément sur les organismes de Sécurité sociale.

Imposer la réalisation de cette « constellation hospitalière » n'est guère concevable. Aussi le projet procède-t-il par voie d'incitation. Sans doute prévoit-il que les établissements desservant un même secteur formeront un groupement interhospitalier et que dans chaque région, le centre hospitalier régional et les groupements interhospitaliers de secteurs formeront un groupement interhospitalier régional.

Mais ces groupements, dont la constitution sera obligatoire, ne seront que des lieux de rencontre et ne disposeront pas de la personnalité morale. En facilitant la concertation, ils prépareront la création de syndicats interhospitaliers auxquels les établissements adhéreront librement, mais qui auront des attributions propres. Celles-ci pourront aller de la gestion des services communs à la réalisation de travaux d'équipement pour le compte de leurs membres.

Le statut des établissements d'hospitalisation publics reçoit quelques aménagements. Ces établissements sont répartis en deux catégories selon leur vocation fonctionnelle ; diagnostic et soins aux malades aigus avec ou sans hébergement ; traitements nécessitant un hébergement prolongé. D'autre part, les compétences

respectives de l'organe délibérant et du directeur sont mieux définies. Le conseil d'administration délibère sur les questions essentielles — budget, emprunts, grands travaux, affaires patrimoniales, conventions — et il est tenu régulièrement informé par le Directeur qui reste toujours responsable de la marche courante de l'établissement.

Enfin le conseil d'administration voit sa composition modifiée de manière à associer également à la gestion les élus, les représentants de la Sécurité sociale et enfin le personnel médical et non médical. Pour les centres hospitaliers universitaires il est également prévu d'y adjoindre des personnes qualifiées.

Il a de même paru nécessaire d'associer plus efficacement le corps médical hospitalier à la politique générale et à la gestion de l'établissement.

Non seulement la représentation des praticiens au sein du conseil d'administration sera améliorée, mais également leur information est mieux assurée par l'intermédiaire de la Commission médicale consultative dont le rôle est affirmé, puisqu'elle devra être obligatoirement consultée sur tous les problèmes budgétaires ainsi que sur l'organisation, le fonctionnement et les résultats d'exploitation des services médicaux.

Procédant du même esprit, il était indispensable de prévoir une véritable participation du personnel au devenir de l'hôpital.

Cette participation se situe au niveau du conseil d'administration dont la composition sera précisée par décret, mais aussi au plan du comité technique paritaire, organe consultatif appelé à émettre un avis sur les questions essentielles touchant à l'organisation et au fonctionnement des services.

La création de cet organisme venant d'être récemment consacrée par un texte législatif particulier, il appartiendra au décret, dans l'esprit de la présente loi et sans qu'il soit nécessaire d'en réaffirmer ici l'existence, d'en fixer les exactes attributions.

Le Service public hospitalier devenant le pivot du système de santé doit cesser d'apparaître comme un monde clos pour devenir le lieu de rencontre de tout le corps médical.

Le texte prévoit donc, sous certaines conditions, la possibilité, pour chaque praticien de ville d'avoir sa « blouse à l'hôpital » afin de pouvoir y suivre, en accord avec le médecin hospitalier chef de service et sous la responsabilité de ce dernier, le traitement de son malade.

2. — Le projet entend assurer la complémentarité de l'équipement hospitalier public et de l'équipement privé. La procédure dite de « coordination » instituée en 1958 et remaniée en 1967 ne peut atteindre ce but : la commission nationale de coordination examine les demandes des promoteurs « coup par coup », sans pouvoir se référer à un plan d'équipement préétabli ; les textes lui imposent d'apprécier le bien-fondé de ces demandes en fonction des besoins locaux mesurés d'après des normes abstraites. La puissance publique n'a aucun moyen pour susciter ni pour orienter les initiatives.

Une politique d'équipement suppose que soient définies *a priori* la nature et l'importance des installations nécessaires. C'est l'objet de la « carte des besoins sanitaires » dont la nécessité a été maintes fois rappelée. Ce document, qui ne peut être préparé qu'au niveau régional, après consultation des Conseils et instances locaux ne sera utile que si la loi lui confère une valeur impérative, comparable à celle d'un plan d'urbanisme.

Bien entendu, il sera périodiquement révisé. Seuls pourront être pris en considération les projets de création ou d'extension d'établissements publics ou privés qui répondront aux besoins mentionnés sur la carte. Cette politique de coordination ne s'appliquera pas seulement aux réalisations immobilières, mais aussi aux équipements matériels lourds dont le développement ne peut se faire de façon anarchique sans risque grave pour la Sécurité sociale.

L'autorisation donnée aux établissements privés pourra être subordonnée à certaines conditions, notamment à l'accueil de tous les malades d'une zone déterminée. Ces conditions seront inscrites dans un Cahier des charges, comparable à ceux qui sont établis pour les concessions de service public.

L'autorisation sera accordée par le Préfet de région après avis d'une commission présidée par un magistrat et comprenant les représentants de toutes les parties intéressées. Un recours sera possible devant le Ministre qui statuera après avis d'une commission nationale. Pour certains établissements dont le recrutement s'étend au-delà de la région, la demande sera portée directement devant le Ministre.

Ces dispositions ne visent que les établissements à caractère sanitaire. Mais comme il est impossible de laisser en dehors de toute coordination les établissements à caractère social, il est prévu que dans l'attente d'une loi les réglementant spécialement, ces dispositions s'appliqueront provisoirement à eux.

3. — Plusieurs dispositions tendent à clarifier et à normaliser les relations entre les maisons de santé à but lucratif, d'une part, l'Etat, les établissements d'hospitalisation publics et les caisses d'assurance maladie, d'autre part.

L'Administration, comme les organismes de Sécurité sociale, n'a qu'une connaissance insuffisante des coûts de l'hospitalisation privée à but lucratif. Dès lors, les tarifs de responsabilité et les tarifs conventionnels ne peuvent être fixés sur des bases certaines. En particulier, la mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance n° 67-829 du 27 septembre 1967, d'après lesquelles ces tarifs doivent être désormais établis à partir des coûts réels sont difficilement applicables. Il importe donc d'imposer aux établissements en cause le respect d'un plan comptable et la communication de leur comptabilité.

L'un des facteurs, de nature à « fausser », dans certains cas, la concurrence entre les deux secteurs résulte de la présence au sein du corps médical des hôpitaux publics de praticiens qui exercent en même temps une activité privée. Dès lors, c'est vers la généralisation du service à temps plein qu'il faut s'orienter, au moins pour les disciplines majeures. Pour la faciliter, le projet prévoit qu'à l'avenir les praticiens qui ne consacrent qu'une partie de leur activité au service public seront recrutés par périodes de cinq années renouvelables.

Il est apparu enfin nécessaire d'unifier les procédures préalables à l'ouverture des maisons de santé et à la possibilité d'y recevoir des assurés sociaux. L'autorisation qui sera donnée en une seule fois interviendra pour chaque maison de santé après examen tant des besoins sanitaires qu'elle satisfait que de garanties qu'elle offre aux malades. Accessoirement, la loi précise que les refus et retraits d'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peuvent être fondés sur la méconnaissance des tarifs et des obligations à l'égard des caisses d'assurance maladie, ce que les textes actuels interdisent, comme l'a reconnu la jurisprudence du Conseil d'Etat (C. E. 24 mars 1950, Terregrosa, Lebon, p. 194). Il va de soi qu'une telle disposition n'a pour but que de prévenir les abus manifestes et que les décisions seront toujours prises sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir.

Par contre, les maisons de santé pourront, dans certaines conditions, bénéficier des services communs créés par les syndicats interhospitaliers. D'une manière plus générale, le service public

de l'hospitalisation devra dispenser une assistance technique aux praticiens généralistes ; celle-ci se concrétisera notamment, dès lors que le développement de l'informatique le permettra, par la tenue des dossiers de santé de la population dans le cadre du secteur.

4. — Enfin, le principe est posé d'une participation de l'Etat aux charges entraînées par la formation des personnels sanitaires, qui pèse à l'heure actuelle sur le prix de journée.

— III —

Les mesures ainsi résumées sont les seules qui relèvent de la loi en vertu de l'article 34 de la Constitution. Elles seront complétées par une série de dispositions réglementaires qui concernent notamment :

- la composition des conseils d'administration ;
- les conditions dans lesquelles est assurée la présidence du conseil d'administration pour les établissements autres que les établissements communaux et les établissements départementaux pour lesquels la présidence de droit du maire ou du président du conseil général est prescrite par la loi ;
- l'association des praticiens hospitaliers à la gestion de leur service ;
- la réorganisation de la tutelle en vue de substituer au système de l'autorisation préalable un contrôle *a posteriori* portant sur l'efficacité et la régularité de la gestion ;
- le renforcement quantitatif et qualitatif du personnel de direction ;
- la mise en place d'ingénieurs et de techniciens hospitaliers ; c'est en particulier pour eux et en attendant que pour chaque catégorie soit élaboré un statut de titulaire qu'est prévue la possibilité d'un recrutement sur contrat ;
- la simplification et l'harmonisation des systèmes de tarification et l'accélération des procédures de construction par la poursuite de la déconcentration et la mise en œuvre d'une politique d'industrialisation ;
- la mise au point de moyens nouveaux et plus souples pour mobiliser les ressources nécessaires au financement des équipements.

Certaines de ces mesures, à l'étude depuis de longs mois, pourront intervenir rapidement. Mais sur bien des points, des expériences devront être tentées dans plusieurs établissements et, demain, dans plusieurs secteurs, avant l'adoption de formules susceptibles d'être généralisées. C'est donc pas à pas et avec beaucoup de souplesse que la réforme hospitalière, dont le projet ci-joint constituera la première étape, sera mise en œuvre au cours des prochaines années.

PROJET DE LOI

Le Premier Ministre,

Sur le rapport du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, du Ministre de l'Intérieur, du Ministre de l'Economie et des Finances, du Ministre de l'Education nationale, du Ministre délégué auprès du Premier Ministre, chargé des Départements et Territoires d'Outre-Mer, et du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi délibéré en Conseil des Ministres après avis du Conseil d'Etat sera présenté au Sénat par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

CHAPITRE PREMIER

Du service public hospitalier.

SECTION I

Dispositions générales.

Article premier.

Le service public hospitalier :

1° Assure les examens de diagnostic, le traitement, notamment les soins d'urgence, des malades, des blessés et des femmes enceintes, et leur hébergement éventuel, ainsi que la tenue des dossiers individuels de santé ;

2° Concourt à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ;

3° Concourt à toutes les actions de médecine préventive ;

4° Participe à la recherche médicale et à l'éducation sanitaire.

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.

Art. 2.

Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;

2° Par ceux des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif qui répondent aux conditions définies à l'article 36 de la présente loi ;

3° Le cas échéant, par des établissements d'hospitalisation à but lucratif liés soit à l'Etat, soit à une collectivité locale ou à un syndicat constitué entre des collectivités locales, par un contrat de concession conformément aux dispositions de l'article 38 de la présente loi.

Les établissements énumérés aux 1°, 2° et 3° ci-dessus sont tenus de recevoir toute personne dont l'état requiert leurs services.

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 39 de la présente loi.

Art. 3.

Les établissements mentionnés à l'article 2 sont dits :

— hôpitaux s'ils ont une mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée et les traitements ambulatoires.

Lorsque l'hôpital a une vocation régionale il porte le nom de Centre hospitalier régional ;

— centres de cure ou de réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

Certains de ces établissements ont une vocation régionale ou nationale.

Le classement des établissements est déterminé par arrêté du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale selon des normes définies par voie réglementaire.

Art. 4.

Il est institué des régions d'action sanitaire et, au sein desdites régions, des secteurs d'action sanitaire.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur. Ils peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur.

Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional. Ils peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.

SECTION II

Des établissements d'hospitalisation publics.

Art. 5.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Ils sont créés 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 7, par un directeur nommé par le Ministre chargé de la Santé publique.

Ils sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement peuvent leur être imposées par décret.

Art. 6.

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 non médical et, le cas échéant, des personnalités qualifiées.

La répartition des sièges entre les différentes catégories, les modalités de désignation des membres de chacune de ces catégories et les conditions dans lesquelles est assurée la présidence sont fixées par voie réglementaire, sauf en ce qui concerne la présidence du conseil d'administration des établissements communaux et des établissements départementaux qui est assurée respectivement par le maire, ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire, ou par le président du Conseil général.

Le maire, la personne remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire, le président du Conseil général ne peuvent être membres du conseil d'administration :

1° Si eux-mêmes ou leurs conjoint, ascendants, descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé à but lucratif ou d'un laboratoire privé ;

2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services, fermiers ou agents rétribués de l'établissement, sauf, dans ce dernier cas, s'ils sont médecins ou pharmaciens.

Art. 7.

Le conseil d'administration délibère sur :

- 1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;
- 2° Les propositions de prix de journée ;
- 3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- 4° Les emprunts ;
- 5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;
- 6° Les règles d'organisation de l'établissement et de ses activités, les conventions conclues en vue de cette organisation et les règles de fonctionnement de l'établissement, notamment le règlement intérieur ;
- 7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 39 de la présente loi ;
- 8° Les créations, suppressions et transformations de services ;
- 9° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
- 10° Les effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 et les textes subséquents ;
- 11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;
- 12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;
- 13° Les actions judiciaires et les transactions.

Les délibérations prévues aux 1° à 11° sont soumises à approbation. L'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus. Il doit toutefois tenir le conseil d'administration informé de la marche de l'établissement.

Art. 8.

Dans les établissements d'hospitalisation publics une commission médicale consultative est obligatoirement consultée sur le budget et les comptes ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux.

Art. 9.

Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

1° Des agents titulaires soumis aux dispositions du Livre IX du Code de la Santé publique ;

2° Le cas échéant, des agents contractuels ;

3° Des médecins et des biologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements. Dans le second cas, leur nomination ne peut être prononcée que pour des périodes de cinq ans renouvelables. Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi.

Art. 10.

Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles les médecins et les sages-femmes qui résident dans un secteur d'action sanitaire peuvent être admis à participer, dans les établissements d'hospitalisation publics de ce secteur et sous l'autorité des chefs des services de ces établissements, aux soins dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation.

Art. 11.

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.

Art. 12.

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 premier ci-dessus.

SECTION III

Des groupements interhospitaliers et des syndicats interhospitaliers.

Art. 13.

Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 4 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 40 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 42 de la présente loi.

Art. 14.

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.

Art. 15.

Les syndicats interhospitaliers prévus à l'article 4 de la présente loi sont des établissements publics dont la création est autorisée par arrêté préfectoral.

Un syndicat interhospitalier peut être créé dans un secteur d'action sanitaire entre deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier sur demande de ces établissements.

Un syndicat interhospitalier peut être créé dans une région d'action sanitaire entre le centre hospitalier régional et soit un ou plusieurs syndicats interhospitaliers de secteur, soit un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande des organismes intéressés.

Tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier du secteur auquel il appartient. Tout syndicat interhospitalier de

secteur et tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier de la région à laquelle il appartient.

Art. 16.

Les syndicats interhospitaliers sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le Ministre chargé de la Santé publique.

Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie compte tenu de l'importance de ces établissements. Il élit son président.

Art. 17.

Les syndicats interhospitaliers de secteur et les syndicats interhospitaliers régionaux peuvent exercer toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :

1° La création et la gestion de services communs aux établissements qui en font partie ;

2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel pour le compte des établissements qui en font partie ;

3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement pour le compte des établissements qui en font partie ;

4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement des établissements qui en font partie en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;

5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipement obtenues par les établissements qui en font partie ;

6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires du secteur ou de la région.

Art. 18.

Sous réserve des dispositions de l'article 16, les articles 5 à 9 de la présente loi sont applicables aux syndicats interhospitaliers.

Art. 19.

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 préfectoral. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat interhospitalier.

Après transfert des installations les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.

Art. 20.

Lorsque tous les établissements faisant partie d'un groupement interhospitalier de secteur adhèrent au syndicat interhospitalier créé dans ce secteur, le conseil du groupement est automatiquement dissous et ses attributions sont transférées de plein droit au conseil d'administration du syndicat.

Il en va de même pour le conseil d'un groupement interhospitalier régional lorsque tous les établissements qui en font partie adhèrent soit directement, soit par l'intermédiaire d'un syndicat interhospitalier de secteur, au syndicat interhospitalier régional.

Art. 21.

Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée à but non lucratif, 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 ou du conseil d'administration du syndicat intéressé.

Art. 22.

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 IV

*De la participation du service public hospitalier
à l'enseignement médical.*

Art. 23.

Dans le cadre des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, les unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques, ou les universités qui agissent en leur nom, et les centres hospitaliers régionaux peuvent conclure conjointement des conventions avec les syndicats interhospitaliers.

Art. 24.

Lorsque l'association d'un ou plusieurs services 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'Education 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. 25.

Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent, d'une part, des représentants du centre hospitalier régional 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, d'autre part, des représentants des unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques.

Un décret fixe les cas où l'avis du comité de coordination est requis.

SECTION V

De la tenue des dossiers individuels de santé.

Art. 26.

Les modalités selon lesquelles sont tenus, dans chaque secteur d'action sanitaire, les dossiers individuels de santé de la population sont déterminées par des dispositions réglementaires.

Ces dispositions précisent les conditions dans lesquelles les établissements de soins et les praticiens sont tenus de communiquer, dans le respect du secret médical, toutes indications en leur possession nécessaires à la constitution desdits dossiers.

Ces derniers ne pourront être consultés que par un médecin et avec l'accord des patients ou de leurs ayants cause.

Toute personne faisant l'objet d'une mention nominative portée sur un dossier de santé peut demander que ce dossier soit communiqué à un médecin de son choix. Elle peut contester l'exactitude des renseignements qui y sont portés. L'autorité chargée de la tenue du dossier doit opérer la rectification demandée ou la suppression du renseignement contesté, dans un délai de deux mois, si elle n'est pas en mesure de rapporter la preuve de l'exactitude de ces renseignements.

Toute violation du secret professionnel entraîne l'application des peines prévues à l'article 378 du Code pénal.

CHAPITRE II

Des établissements privés.

SECTION I

Dispositions générales.

Art. 27.

Sont soumises à autorisation :

1° La création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ;

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 42 de la présente loi.

Art. 28.

L'autorisation prévue à l'article 27 ci-dessus est donnée avant le début des travaux ou l'installation de l'équipement matériel.

Elle vaut, 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. 29.

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 40, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;

2° Est conforme aux normes, définies par décret, portant notamment sur la qualification des personnels.

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 accord d'association au fonctionnement du service public hospitalier selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi.

En outre, l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée ou retirée lorsque le prix prévu pour le fonctionnement du service est excessif.

Art. 30.

L'autorisation est donnée par le Préfet de région après avis d'une commission régionale de l'hospitalisation. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre chargé de la Santé publique, qui statue sur avis d'une commission nationale de l'hospitalisation.

Toutefois, pour certains établissements ou catégories d'établissements répondant à des besoins nationaux ou plurirégionaux dont la liste est fixée par décret, l'autorisation relève du Ministre, après avis de la Commission nationale.

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.

Les Commissions régionales et la Commission nationale de l'hospitalisation sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire et comprennent un représentant du Conseil de l'ordre des médecins et des représentants, en nombre égal, du Ministre chargé de la Santé publique, des caisses d'assurance maladie, des établissements qui assurent le service public hospitalier, et des établissements d'hospitalisation privés.

Art. 31.

L'autorisation présente un caractère personnel.

Art. 32.

Lorsque les prescriptions de l'article 29 ci-dessus cessent d'être respectées, ou lorsque sont constatées dans l'établissement des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la Santé publique, l'autorisation peut être soit suspendue, soit retirée.

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.

Les mesures de suspension ou de retrait sont prises selon les modalités prévues à l'article 30 ci-dessus. Elles ne font pas obstacle à d'éventuelles poursuites judiciaires.

Art. 33.

En cas d'urgence, le Préfet peut prononcer la suspension de l'autorisation dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Art. 34.

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 27 et 29 ci-dessus est passible d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 2.000 à 30.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.

Est passible des mêmes peines toute personne qui passe outre à la suspension ou au retrait d'autorisation prévus aux articles 32 et 33 ci-dessus.

Le tribunal peut, en outre, prononcer la confiscation des équipements installés sans autorisation.

Art. 35.

La comptabilité des établissements d'hospitalisation privés est tenue obligatoirement en conformité avec les dispositions du Plan comptable général. Cette comptabilité doit être communiquée, sur demande, aux administrations de la Santé publique et de la Sécurité sociale ainsi qu'aux organismes d'assurance maladie intéressés.

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. 36.

Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif participent sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent à l'exécution du service public hospitalier sous réserve :

1° Qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

2° Que leurs dépenses de fonctionnement soient couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements d'hospitalisation publics.

La liste des établissements qui remplissent les conditions prévues au présent article est établie par décret.

Art. 37.

Les établissements mentionnés à l'article 36 ci-dessus font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et peuvent faire partie, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.

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.

Ils sont assimilés aux établissements publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

Art. 38.

Les contrats de concession conclus pour l'exécution du service public hospitalier en vertu de l'article 2 (3°) de la présente loi 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 d'hospitalisation, public ou privé, 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 36 ci-dessus sous réserve de l'adaptation des règles comptables au caractère lucratif de l'établissement.

Ils comportent assimilation de l'établissement aux établissements d'hospitalisation publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide médicale.

Ces contrats sont approuvés selon les modalités prévues à l'article 30 ci-dessus.

Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.

Art. 39.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure pour un objectif déterminé, 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 secteur sur lequel ils sont implantés. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 21 ci-dessus.

CHAPITRE III

De l'équipement sanitaire.

Art. 40.

Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale de l'équipement sanitaire, la carte sanitaire de la France.

Ce document 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 secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;

2° Pour chaque secteur et pour chaque région sanitaire, la nature, l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ;

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 avant l'adoption de chaque plan de modernisation et d'équipement.

Art. 41.

Pour l'élaboration de la carte sanitaire, les établissements qui assurent le service public hospitalier sont répartis en deux catégories :

1° Les hôpitaux, qui ont pour mission principale les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée et les traitements ambulatoires ; lorsqu'un hôpital a une vocation régionale, il porte le nom de Centre hospitalier régional ;

2° Les centres de cure ou de réadaptation qui ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées ; certains de ces établissements ont une vocation régionale ou nationale.

Art. 42.

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 particulières ou par des personnels spécialisés. La liste de ces équipements est établie par décret.

Art. 43.

La carte sanitaire sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service public hospitalier ainsi qu'aux autorisations prévues à l'article 27 de la présente loi.

Art. 44.

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 42 de la présente loi.

Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire.

CHAPITE IV

Dispositions diverses.

Art. 45.

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.

Un décret fixe les conditions de participation du Service de santé des Armées au Service public hospitalier.

Art. 46.

Les dispositions du chapitre premier de la présente loi peuvent être 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.

Le statut du personnel de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris demeure fixé par règlement d'administration publique.

Art. 47.

A titre provisoire les dispositions prévues aux chapitres II et III de la présente loi s'appliquent aux établissements à caractère social dont la liste sera définie par décret en Conseil d'Etat.

Art. 48.

L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des personnels dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Art. 49.

Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi, notamment les articles L. 230, le premier et le second alinéas 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. 50.

Les dispositions du chapitre II 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. 51.

I. — A l'article L. 271 du Code de la Sécurité sociale, les mots : « établissements hospitaliers publics » sont remplacés par les mots : « établissements qui assurent le service public hospitalier ».

II. — Le dernier alinéa de l'article L. 272 du Code de la Sécurité sociale est abrogé.

III. — Le premier alinéa de l'article L. 275 du Code de la Sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sous réserve des dispositions des articles L. 276 et L. 277 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le 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. »

IV. — Aux premier et second alinéas de l'article L. 276 du Code de la Sécurité sociale, les mots : « par les commissions prévues à l'article L. 272 » sont remplacés par les mots : « prévus à l'article L. 275 ».

Au cinquième alinéa du même article, les mots : « par les commissions prévues à l'article L. 272 », sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 275 ».

Art. 52.

Les dispositions de la présente loi seront adaptées, en tant que de besoin, à la situation particulière des Départements d'Outre-Mer par décret en Conseil d'Etat.

Art. 53.

Dans le délai d'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 procédera aux aménagements de forme qui s'avèreraient nécessaires.

Fait à Paris, le 21 septembre 1970.

Signé : JACQUES CHABAN-DELMAS.

Par le Premier Ministre :

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,

Signé : René PLEVEN.

Le Ministre de l'Intérieur,

Signé : Raymond MARCELLIN.

Le Ministre de l'Economie et des Finances,

Signé : Valéry GISCARD D'ESTAING.

Le Ministre de l'Education nationale,

Signé : Olivier GUICHARD.

Le Ministre délégué auprès du Premier Ministre,
chargé des Départements et Territoires d'Outre-Mer,

Signé : Henry REY.

Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale,

Signé : Robert BOULIN.