

N° 226

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1986 1987

Annexe au procès-verbal de la séance du 13 mai 1987

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire

Par M. Charles DESCOURS

Sénateur

(1) Cette Commission est composée de : MM Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Bernard Lemarie, Henri Collard, Charles Bonifay, *vice-présidents* ; André Rabineau, Charles Descours, Hector Viron, José Balareello, *secrétaires* ; MM Jean Amelin, Jean Barras, Jean Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM Henri Belcour, Georges Benedetti, Guy Besse, Jacques Bimbenet, Marc Boeuf, Louis Boyer, Louis Brives, Jean Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Jean Cherioux, Jean Clouet, François Delga, Franz Duboscq, Claude Huriet, Roger Husson, Louis Lazuech, Henri Le Breton, Roger Lise, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Jean-Luc Melenchon, André Méric, Mme Hélène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Guy Penne, Henri Portier, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gerard Roujà, Olivier Roux, Franck Sérusclat, René-Pierre Signe, Paul Souffrin, Raymond Tarcy, Georges Treille, François Trucy.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (8e législ.) : 504, 689 et T.A. 97

Sénat : 210 (1986 1987)

SOMMAIRE

	Pages
Travaux de la commission	5
Exposé général	9
Introduction	9
Ière partie : Le secteur hospitalier, enjeu économique important et théorie de réformes essentielles pour son avenir	11
A - Le secteur hospitalier français constitue un enjeu économique très important	11
1. Historiquement, l'organisation hospitalière s'est faite sans rupture, mais par des réformes successives empreintes de réalisme.	11
2. Quelques chiffres pour apprécier l'importance du système hospitalier français en 1985	14
B - La politique du Gouvernement pour répondre à ce défi économique	19
1. En ce qui concerne le financement des établissements hospitaliers ..	19
a) Assouplissement des règles relatives aux investissements	19
b) Les modifications devant être apportées au principe de la dotation globale	20
2. En ce qui concerne la rationalisation du fonctionnement hospitalier ..	20
a) L'informatisation insuffisante des établissements hospitaliers ..	20
b) L'organisation du personnel	21
3. En ce qui concerne les modifications à apporter à la carte sanitaire ..	23
IIème partie : La réorganisation interne des structures médicales de l'hôpital se caractérise par son pragmatisme et sa souplesse	24
A - Le rétablissement du service ne traduit pas un retour en arrière	24
1. Les qualités et les défauts du système	24
2. Le rétablissement du service est assorti d'une garantie essentielle, le renouvellement quinquennal	25
3. La création des pôles d'activité au sein du service offre des responsabilités particulières aux jeunes praticiens	27
B - La départementalisation se caractérise par son caractère souple et volontaire	28
1. L'utilité de la départementalisation n'est plus à démontrer	28
2. Mais la départementalisation forcée n'a jamais pu être mise en oeuvre	28
3. La départementalisation proposée par le projet de loi est une fédération souple de services	29
C - Les nouvelles prérogatives de la commission médicale d'établissement doivent permettre d'associer plus étroitement les médecins à la gestion de l'hôpital	30
IIIème partie : Le projet de loi veut favoriser une meilleure complémentarité entre le secteur public hospitalier et le secteur privé d'hospitalisation	32
A - La carte sanitaire est un instrument indispensable mais perfectible ...	32

	Pages
1 La carte sanitaire est un outil indispensable de planification sanitaire	32
2. La carte sanitaire est un instrument perfectible	33
B - L'importance du secteur privé d'hospitalisation et les difficultés qu'il rencontre	34
1. Les chiffres témoignent de l'importance de ce secteur	34
2. Mais les établissements privés connaissent des difficultés réelles	36
C Le projet de loi aménage les règles de complémentarité entre le secteur public hospitalier et les établissements privés	37
1. Il reconnaît juridiquement la notion de regroupement et l'autorise sous certaines conditions	37
2. Les autres dispositions du projet de loi harmonisent des procédures d'autorisation d'équipement	39
* * *	
Examen des articles	41
Titre I : Organisation des établissements d'hospitalisation publics	41
Article premier - (article 20 1 de la loi n° 70 1318 du 31 décembre 1970) Fonctionnement du service hospitalier	41
Art. 2 - (articles 20 2 à 20-4 de la loi du 31 décembre 1970) - Nomination du chef de service - Création de pôles d'activité - Regroupements en départements	43
Art. 3 - (articles 17, 22 et 27 de la loi du 31 décembre 1970) Coordination	49
Art. 4 (article 24 de la loi du 31 décembre 1970) - Compétences de la commission médicale d'établissement	50
Art. 5 (articles 7, 14-2, 21 et 25 de la loi du 31 décembre 1970) Coordination	52
Art. 6 (article 13 de la loi du 3 janvier 1984) - Abrogation des dispositions transitoires relatives au département	53
Art. 7 Mesures transitoires concernant les nominations de chefs de clinique	53
Art. 7 bis (nouveau) - (article 25 de la loi du 31 décembre 1970) - Accès des pharmaciens au statut d'attaché des hôpitaux	55
Titre II : Division et Intitulé retirés	56
Art. 8 et 9 - Retirés	56
Titre III : Dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés	56
Art. 10 - (articles 31 et 33 de la loi du 31 décembre 1970) - Regroupement des établissements privés	56
Art. 11 - (article 33 1 de la loi du 31 décembre 1970) - Conversion de lits	58
Titre IV : Equipement sanitaire	60
Art. 12 - (articles 5, 6, 7, 47 et 48 de la loi du 31 décembre 1970) - Suppression des groupements interhospitaliers de région Harmonisation des conditions d'examen et de réalisation des projets d'équipement des secteurs publics et privés	60
Article additionnel après l'article 12 - (article 44 de la loi du 31 décembre 1970) Règles de publicité concernant les modifications apportées à la carte sanitaire	62

	Pages
Titre V : Dispositions relatives à l'homologation de certains produits ou appareils	64
Art. 13 - (Livre V - Titre IV du code de la santé publique - Chapitre V Homologation de certains produits ou appareils article L 665-1 du code de la santé publique)	64
* * *	
Annexe I - Compte rendu des auditions tenues à l'occasion du projet de loi	66
A - 5 mai 1987 : Audition de Mme Barzach, ministre délégué chargé de la santé et de la famille	66
B - 22 avril 1987 : Auditions tenues devant MM. Jean-Pierre Fourcade, président et Charles Descours, rapporteur	70
C - 5 mai 1987 : Auditions effectuées par M. Charles Descours, rapporteur	72
D - 6 mai 1987 : Auditions tenues devant la commission des Affaires sociales	79
 Annexe II - Cartes régionales des secteurs sanitaires	 93
 * * *	
 Tableau comparatif	 101
 * * *	

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 13 mai 1987 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission des Affaires sociales a examiné le **projet de loi n° 210 (1986-1987)**, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture après déclaration d'urgence, **relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.**

Elle a tout d'abord entendu l'exposé général de **M. Charles Descours, rapporteur**, qui a rappelé les données et caractéristiques essentielles de notre système hospitalier avant de présenter point par point les principaux axes du projet de loi.

Plusieurs commissaires sont ensuite intervenus.

M. Jean Chérioux a souligné le caractère pragmatique du projet de loi qui cherche avant tout à tenir compte des réalités hospitalières. Il a approuvé le souci d'équilibre qui a inspiré les dispositions concernant l'hospitalisation privée. Il s'est interrogé sur le rôle dévolu aux services dans le déroulement de la procédure budgétaire des établissements.

M. Franck Sérusclat a souhaité que la loi ne prévoie pas de dispositions particulières aux médecins psychiatres. Il a émis la crainte que le regroupement des établissements privés ne favorise leur rachat par de grands groupes financiers qui pourraient recruter les meilleurs praticiens.

M. Claude Huriet a évoqué le problème de la limite d'âge de 65 ans imposée aux chefs de service. Il a souhaité obtenir des précisions sur les modalités de création des pôles d'activité qui doivent répondre à des besoins techniques mais aussi permettre aux jeunes praticiens d'accéder à des responsabilités. Il a également demandé si, en l'absence d'opposition, la reconduction automatique dans les fonctions de chef de service n'était pas préférable à la procédure prévue par le projet de loi. Il a émis des inquiétudes sur le déroulement de cette procédure en cas de conflit sur la nomination du chef de service. Enfin, il s'est interrogé sur la possibilité d'étudier les nominations et reconductions dans le cadre d'une commission nationale.

M. Louis Boyer, tout en reconnaissant au projet de loi de nombreux aspects positifs, a regretté qu'il n'ait pas été possible de prendre en compte la diversité du système hospitalier et de différencier l'organisation de chaque catégorie d'établissements.

M. François Delga a souhaité que le regroupement d'établissements privés puisse s'effectuer, dans certains cas, sans réduction de lits.

En réponse aux intervenants, **M. Charles Descours** a apporté les précisions suivantes :

- le projet de loi se caractérise par sa souplesse ; il ne remet pas en cause la notion de département mais lui donne un caractère facultatif ;

- les regroupements d'établissements privés concerneront vraisemblablement les unités les plus petites ;

- les praticiens hospitalo-universitaires pourront continuer leurs activités universitaires jusqu'à 68 ans, même s'ils ne sont plus chefs de service à partir de 65 ans ; durant cette période, ils resteront praticiens hospitaliers et participeront au service ;

- il n'est pas souhaitable d'instaurer un mécanisme pouvant conduire à créer des pôles d'activité contre l'avis des chefs de service ;

- la procédure de renouvellement quinquennal ne peut avoir de réalité que si elle exclut toute forme d'automatisme ;

- l'intervention d'une commission nationale dans les nominations et les renouvellements induirait une lourdeur qui va à l'encontre de la souplesse et du pragmatisme recherchés par le projet de loi ;

- les établissements privés pourront pallier l'insuffisance de lits dans certaines disciplines en transformant tout ou partie des lits d'autres services ;

- les praticiens qui ne seraient pas reconduits comme chefs de service retrouveront leur fonction antérieure au sein du service, comme cela se pratique sans difficulté aux Etats-Unis et au Canada.

Le président **Jean-Pierre Fourcade** a ensuite approuvé les trois orientations retenues par le projet de loi :

- la souplesse dans l'organisation interne des établissements, par la faculté de créer des départements et des pôles d'activité ;

- l'équilibre des dispositions concernant l'hospitalisation privée, qui autorisent les regroupements sous la condition d'une indispensable réduction du nombre de lits ;

- la mobilité dans l'exercice des fonctions de chef de service, qui correspond aux nécessités d'un système hospitalier moderne.

Il a par ailleurs indiqué que deux réformes dépassant le cadre du projet de loi lui paraissaient indispensables :

- la refonte des conseils d'administration des établissements, afin de leur donner une composition plus adaptée à leurs responsabilités ;

- la rationalisation des administrations chargées de la santé publique.

La commission a ensuite procédé à l'examen des articles.

A l'article premier, elle a adopté un amendement précisant les conditions d'exercice des fonctions de chef de service à temps partiel puis un amendement indiquant que les propositions du chef de service en matière d'orientations médicales doivent respecter la responsabilité médicale de chaque praticien hospitalier.

A l'article 2 :

- elle a modifié le texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 en adoptant :

. un amendement rétablissant l'intervention du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement pour la nomination des chefs de service de psychiatrie, un décret pouvant par ailleurs aménager la procédure de droit commun pour la psychiatrie ;

. un amendement précisant que la demande de renouvellement devra être déposée six mois avant l'expiration du mandat, l'éventuel non- renouvellement devant être notifié à l'intéressé trois mois avant l'expiration du mandat ;

. un amendement admettant l'ensemble des praticiens hospitaliers titulaires membres de la commission médicale d'établissement à participer aux réunions de celle-ci lorsqu'elle siège en formation restreinte en vue de se prononcer sur la nomination des chefs de service ;

- elle a modifié le texte proposé pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 en adoptant :

. un amendement de précision relatif aux pôles d'activité en matière pharmaceutique ;

. un amendement revenant au texte initial du projet de loi qui ne permettait pas au chef de service de proposer la suppression d'un pôle d'activité.

- elle a modifié le texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 en adoptant :

. un amendement précisant que le praticien coordonnateur du département est assisté d'un cadre infirmier .

. un amendement indiquant que le règlement intérieur du département est élaboré par les médecins et le cadre infirmier avant d'être arrêté par le conseil d'administration.

Elle a adopté l'article 3 sans modification.

A l'article 4, elle a adopté :

- un amendement prévoyant que la commission médicale d'établissement devait être régulièrement informée de l'exécution du budget .

- un amendement précisant que le pouvoir délibératif de la commission médicale d'établissement en matière d'orientations médicales peut également être actionné sur demande du président du conseil d'administration ou du président de ladite commission ou d'un tiers de ces membres.

Elle a adopté les articles 5 et 6 sans modification.

A l'article 7, elle a rétabli la procédure de nomination de droit commun pour les praticiens hospitaliers, nommés chefs de service avant le 31 janvier 1984 mais ayant été mutés sur un autre poste après cette date.

Elle a adopté l'article 7 bis sans modification, ainsi que les articles 10 et 11.

A l'article 12, elle a adopté un amendement prévoyant la publication des décisions d'approbation ou de refus des programmes de création, d'extension ou de transformation d'établissements et d'installation d'équipements lourds.

Elle a adopté un amendement tendant à insérer après l'article 12 un article additionnel prévoyant l'information annuelle du Parlement sur les modifications de la carte sanitaire.

La commission a ensuite adopté l'article 13 sans modification, puis l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.

EXPOSE GENERAL

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi qui est soumis aujourd'hui à votre examen, après adoption par l'Assemblée nationale, comporte deux volets principaux. Le premier traite de l'organisation interne des établissements hospitaliers publics ; le deuxième, au travers des titres III, IV et V du projet de loi, assouplit certaines dispositions propres au secteur privé d'hospitalisation et harmonise les règles applicables tant au service hospitalier, tant public que privé, aux projets d'équipements.

Il paraît essentiel de rappeler l'esprit dans lequel ce texte a été élaboré et le replacer au sein d'un "chantier" de réformes et de réflexions de grande envergure qui doivent permettre de préparer "l'hôpital de demain..."

Les mesures proposées par le projet de loi sont toutes caractérisées par la souplesse, le pragmatisme, et le volontariat.

- Souplesse : Il est vain de vouloir définir pour tous les hôpitaux publics un modèle unique d'organisation interne, alors même que l'on connaît la diversité extrême de nos structures hospitalières .

- Pragmatisme : Au-delà de toutes les querelles politiques qui n'ont aucun sens aujourd'hui, il convient de prendre acte du vide organisationnel dans lequel se trouvent nos établissements publics hospitalier. Il importe de mettre fin à cette situation confuse et contradictoire qui porte gravement préjudice tant à la situation de l'ensemble des personnels qui la vivent, que parfois à la qualité des soins distribués.

- Volontariat : Il n'est pas possible d'imposer une réforme à un corps professionnel, et ce contre sa volonté. Il importe au contraire de

favoriser son adhésion à un projet de structure, dont l'utilité n'a jamais été contestée. En lieu et place de la carte forcée, il faudra développer des mesures incitatives.

Le projet de loi qui vous est proposé constitue donc dans cet esprit un préalable indispensable. Il est une étape essentielle, dans la réforme d'envergure qui est en train de se mettre en place et qui doit permettre au système hospitalier français d'adapter sa gestion au défi de la compétitivité. De nombreuses réflexions sont menées, des modifications importantes ont été apportées, tant en ce qui concerne les budgets hospitaliers que la politique du personnel, ou encore l'informatisation des établissements.

Votre commission des Affaires sociales a voulu s'entourer de l'avis des professionnels concernés au travers de très nombreuses auditions dont vous trouverez le compte rendu en annexe du rapport. Elle a étudié ce texte dans le même esprit que celui qui avait prévalu en novembre 1983. A cette date, notre éminent collègue Jean Chérioux, refusant tout esprit de polémique, avait proposé un contre projet de loi au gouvernement socialiste et qui permettait notamment une départementalisation volontaire, pragmatique et progressive.

Tout au long de l'examen du texte, elle aura l'occasion de rappeler la nécessité de trouver des solutions équilibrées, et de montrer que le présent projet de loi ne constitue nullement le retour en arrière pur et simple, dénoncé par l'opposition.

Avant d'aborder l'examen même du texte et des propositions de modification, il peut être utile de rappeler l'enjeu économique que constitue notre système hospitalier et de présenter brièvement les réflexions menées et les réformes envisagées à son sujet pour les années à venir.

0

0 0

lère partie : Le secteur hospitalier, enjeu économique important et théâtre de réformes essentielles pour son avenir

A. Le secteur hospitalier français constitue un enjeu économique très important

1) Historiquement, l'organisation hospitalière s'est faite sans rupture, mais par des réformes successives empreintes de réalisme

Il est intéressant pour la suite de nos débats de rappeler ici la profonde évolution qui a marqué l'institution hospitalière et ses caractéristiques.

Historiquement, la finalité sanitaire, c'est-à-dire l'activité de soins, ne constituait pas la finalité première de l'institution hospitalière. A la notion de bienfaisance, qui entendait assurer le salut spirituel des personnes hébergées, essentiellement les pauvres, se substitue au XVI^e siècle, la notion d'assistance puis, de protection de la société avec le "renfermement des pauvres" institué en 1656.

Ce n'est qu'à la fin du XVIII^e siècle qu'apparaît la pratique médicale hospitalière permise par la reconnaissance de la spécificité de la maladie, et la professionnalisation de la médecine qui en résulte. La mise en œuvre d'une politique de la santé suppose que l'hôpital soit organisé de façon à être médicalement efficace. Dès cette époque -réforme hospitalière de l'an XI- le souci d'efficacité implique une sectorisation de l'espace hospitalier, et fonde en même temps la profession médicale sur des assises libérales ; il convient de s'assurer de la compétence du médecin, par le biais d'examen, mais on ne saurait instaurer un quelconque contrôle sur les actes médicaux qu'il pratique. Le médecin se voit reconnaître au sein de l'hôpital une certaine capacité d'organisation locale, d'où il résulte une hiérarchisation des rôles.

Bien entendu, cette évolution ne s'est pas faite sans heurts, ni vicissitudes, mais le développement de l'hôpital résulte de la convergence historique entre l'organisation de l'espace hospitalier en vue de dispenser des soins et la reconnaissance d'une profession médicale sur des bases libérales.

La loi du 21 décembre 1941, assortie du décret du 17 avril 1943, conforte cette évolution historique en mentionnant pour la première fois la notion de service. Celui-ci se définit par rapport à l'autorité qui l'exerce. Un praticien hospitalier nommé chef de service se voit ainsi investi d'une autorité sur une partie de l'espace hospitalier, et assuré d'une indépendance fonctionnelle et professionnelle conforme à l'exercice libéral de la médecine.

Les ordonnances du 2 décembre et du 30 décembre 1958 permettent à l'hôpital de développer une fonction supplémentaire, à savoir l'enseignement.

L'objectif principal de la réforme du Professeur Debré était de permettre la réunification des trois fonctions de soins, d'enseignement et de recherche, en créant un corps de médecins biappartenants hospitalo- universitaires exerçant à plein temps. De plus, la réforme instaurait une correspondance et une intégration entre la hiérarchie hospitalière et la hiérarchie de grades sur le plan universitaire. La notion de chefferie de service en est renforcée puisqu'elle seule permet d'exercer ces trois activités.

Enfin, la loi hospitalière du 31 décembre 1970 consacre la notion de service, comme base de l'organisation hospitalière, et prévoit les outils nécessaires aux adaptations du système hospitalier, comme par exemple la carte sanitaire.

Incontestablement, cette succession de réformes a permis à l'hôpital public de devenir un pilier fondamental dans notre système hospitalier :

- l'innovation technologique permet de développer les plateaux techniques et permet une spécialisation de plus en plus fine de la pratique et du savoir médical ;

- la qualité des praticiens formés; la présence d'un corps de médecins hospitalo-universitaires assurant la synthèse entre un enseignement fondamental et clinique permet de développer la recherche ;

- parallèlement, les pouvoirs publics mènent une politique active de modernisation et d'humanisation des hôpitaux, et d'accroissement de l'offre de soins tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif.

Ce bilan a été établi par le conseil économique et social en janvier 1983, mais le jugement positif qu'il portait était cependant nuancé sur certains points.

. Le service public d'hospitalisation ne repose pas sur une réelle complémentarité structurelle et fonctionnelle des établissements d'hospitalisation publics et privés.

. Par ailleurs la carte sanitaire, pièce maîtresse de la loi du 31 décembre 1970 n'a connu qu'une réalisation lente et incomplète. La carence est notamment totale en ce qui concerne les lits de long séjour et de psychiatrie, et son mode d'élaboration est basé sur un système trop rigide.

. Le conseil économique et social dénonce la persistance d'une dilution des responsabilités et des pouvoirs, et l'insuffisante participation des praticiens hospitaliers à la gestion de l'hôpital.

. Enfin, aucun des textes réglementaires prévus par la loi du 31 décembre 1970 qui devaient permettre de maîtriser les dépenses hospitalières n'a été adopté, tant en ce qui concerne l'assouplissement des règles de gestion, que les règles de financement des équipements, ou encore la réforme de la tarification. Et les pouvoirs publics, en dehors de strictes mesures conjoncturelles n'ont pas pu maîtriser la très forte progression des dépenses hospitalières.

A la lecture de ce bilan nuancé, on ne peut que souscrire aux souhaits émis par le conseil économique et social : ne pas oublier que l'histoire hospitalière s'est faite, sans rupture, mais par des réformes successives, dont la portée réelle et l'efficacité étaient fonction du degré de réalisme qui les inspirait. "Elles ne devront donc être ni systématisées, ni uniformes, ni trop hâtives", et leur mise en place

recquiert le plus large consensus de la part des professionnels concernés.

Après ce bref rappel historique qui nous incite au pragmatisme, il peut être intéressant de présenter brièvement le système hospitalier en France.

2) Quelques chiffres pour apprécier l'importance du système hospitalier français en 1985

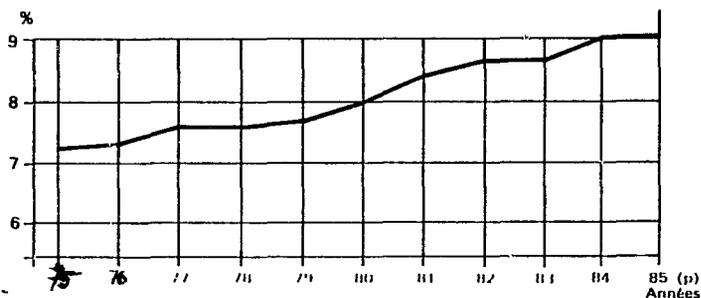
- Afin de redonner au système hospitalier français toute son importance économique, on peut rappeler les chiffres suivants :

En 1985 :

- . le PIB s'élevait à 4 585 milliards de francs
- . le budget de l'Etat s'élevait à 1 042,6 milliards
- . le budget santé-solidarité était de 35,7 milliards de francs
- . le montant des prestations sociales versées était de 1 244 milliards de francs
- . la dépense nationale courante de santé qui comprend les dépenses d'hospitalisation, les soins ambulatoires et les biens médicaux, les soins médicaux non marchands, c'est-à-dire médecine scolaire, du travail, ainsi que les autres activités de la santé : prévention sanitaire, enseignement, recherche... s'élevait pour 1985 à 421 milliards de francs dont 176,7 milliards de francs pour les seules dépenses d'hospitalisation.

. Le tableau ci-joint permet d'apprécier la progression de la dépense nationale courante de santé depuis dix ans.

PART DE LA DÉPENSE NATIONALE COURANTE DE SANTÉ DANS LE P.I.B.



. Enfin, le tableau ci-après permet de faire une comparaison internationale des dépenses de santé.

Si l'on s'intéresse au seul poste des dépenses d'hospitalisation qui, au sens de l'O.C.D.E. comprennent le poste d'hospitalisation et la dépense en capital des établissements hospitaliers publics et privés, ce poste représentait en 1983 et en pourcentage des dépenses totales de santé :

- 38,9 % en R.F.A.,
- 49,5 % aux Etats-Unis,
- 31,6 % au Japon
- 58,7 % aux Pays-Bas,
- et 46,2 % en France

COMPARAISON INTERNATIONALE DES DÉPENSES DE SANTÉ (Évolution de quelques ratios de 1970 à 1984)

Part des dépenses totales de santé dans le PIB (1) (en pourcentage)						PAYS	Part des dépenses d'hospitalisation dans les dépenses totales de santé (1) (en pourcentage)					
1970	1975	1980	1982	1983	1984 (p)		1970	1975	1980	1982	1983	1984 (p)
5,6	8,1	8,1	8,2	8,2	8,1	ALLEMAGNE	37,5	38,9	37,3	38,6	38,9	..
4,1	5,5	6,3	6,2	6,5	6,2	BELGIQUE	25,7	31,4	32,1	39,1	..	..
7,2	7,4	7,3	8,2	8,1	8,4	CANADA	52,2	56,1	55,0	55,1	..	..
4,1	5,1	5,9	6,3	6,2	5,4	ESPAGNE	..	33,5	39,8	40,8	..	..
7,6	8,6	9,5	10,6	10,8	10,7	ÉTATS-UNIS	43,6	47,1	49,1	50,1	49,5	49,0
6,1	7,6	8,5	9,3	9,3	9,1	FRANCE	35,7	40,7	46,5	45,9	46,2	46,3
3,9	4,0	4,2	4,4	4,7	..	GRECE	39,5	41,8	48,2	50,8	..	..
5,5	6,7	6,8	7,2	7,4	7,2	ITALIE	47,6	51,3	51,5	49,8	50,9	..
4,6	5,7	6,4	6,6	6,7	6,6	JAPON	26,4	30,3	32,1	32,8	31,6	..
6,0	7,7	8,3	8,7	8,8	8,6	PAYS-BAS	..	57,3	59,0	59,0	58,7	57,9
4,5	5,5	5,8	5,9	6,2	5,9	ROYAUME UNI	..	..	..	..	..	..
7,2	8,0	9,5	9,7	9,6	9,4	SUEDE	..	..	..	..	..	..

Source : O.C.D.E.

(p) = provisoire

(1) Les dépenses totales de santé au sens de l'O.C.D.E correspondent à : la dépense nationale courante de santé (D.N.C.S.) — la dépense d'enseignement + la dépense en capital des établissements publics et privés (Formation brute de capital fixe, F.B.C.F.).
Les dépenses d'hospitalisation au sens de l'O.C.D.E correspondent au poste « hospitalisation » de la dépense médicale nationale + la dépense en capital des établissements hospitaliers publics et privés (F.B.C.F.).

L'accroissement des dépenses hospitalières n'est donc pas, loin s'en faut, un phénomène purement national.

- Au-delà de ces chiffres, il est intéressant de rappeler qu'au 1er janvier 1985 il existait 1065 entités juridiques d'hospitalisation publique offrant 385 000 lits, sans compter les 121 800 lits d'hébergement en section hospice et maisons de retraite.

Le secteur privé comptait 2 418 établissements dont 436 participant au service public hospitalier et il gérait 200 700 lits.

Les deux tableaux ci-dessous détaillent ces statistiques par catégorie d'établissement et par discipline.

LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS (1) PAR CATÉGORIE AU 1-1-1985

HOSPITALISATION PUBLIQUE	HOSPITALISATION PRIVEE	
Nombre d'entités juridiques	Nombre d'établissements	dont participant au service public hospitalier
29 Centres hospitaliers régionaux (C.H.R.)	1 349 Établissements de soins aigus	167
202 Centres hospitaliers généraux, centres hospitaliers spécialisés (autres que psychiatrie), centres hospitaliers, établissements nationaux (C.H.)	20 Centres de lutte contre le cancer (C.L.C.L.C.)	19
305 Hôpitaux, centres hospitaliers de secteur (H.)	770 Établissements de moyen séjour	
70 Centres de moyen et long séjour (C.M.L.S.)	30 Centres de moyen et long séjour	195
352 Hôpitaux locaux et ruraux (H.L.)	198 Établissements de lutte contre les maladies mentales et la toxicomanie	7
98 Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (C.H.S.)	23 Hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics (H.P.P.) (2)	23
9 Autres (3)	28 Autres	20
1 065	2 418	436

Source : S.E.S.I.

(1) Assurant de l'hospitalisation complète (France métropolitaine)

(2) Nombre d'entités juridiques

(3) Il s'agit notamment de maisons d'enfants à caractère sanitaire

NOMBRE DE LITS ET TAUX D'ÉQUIPEMENT EN LITS PAR DISCIPLINE AU 1-1-1985 (1)

GROUPES DE DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT	NOMBRE DE LITS			TAUX D'ÉQUIPEMENT (lits pour 1 000 hab)		
	Public	Privé	Ensemble	Public	Privé	Ensemble
Médecine	118 600	30 400	149 000	2,18	0,56	2,74
Chirurgie	68 000	63 400	131 400	1,25	1,17	2,42
Maternité, gynécologie- obstétrique	18 200	12 200	30 400	0,34	0,22	0,56
Lutte contre le cancer (2)	—	4 400	4 400	—	0,08	0,08
Sous-total court séjour....	204 800	110 400	315 200	3,77	2,03	5,80
Moyen séjour	42 400	57 400	99 800	0,78	1,06	1,84
Long séjour	50 500	3 400	53 900	0,93	0,06	0,99
Lutte contre les maladies men- tales et la toxicomanie	87 300	29 500	116 800	1,61	0,54	2,15
dont :						
→ en C.H.S.	70 000	—		1,29	—	
— en hôpital général public..	17 300	—		0,32	—	
— en H.P.P.	—	13 200		—	0,30	
— en autre établissement privé	—	16 300		—	0,24	
TOTAL	385 000 (3)	200 700	585 700	7,09	3,69	10,78

Source : S.E.S.I.

(1) Lits d'hospitalisation complète des établissements de la page 18.

(2) Seul l'équipement des 20 centres de lutte contre le cancer (C.L.C.L.C.) est repéré dans cette rubrique.

(3) Section hôpital seulement. Dans les établissements publics, il existe également 121 800 lits d'hébergement en sections hospice, maison de retraite, et annexes.

Pour remplir correctement leurs fonctions, les établissements hospitaliers tant publics que privés ont considérablement accru leurs effectifs et ce jusque vers 1982-1983.

Depuis, les contraintes budgétaires interdisent tout recrutement et amènent les établissements hospitaliers à pratiquer une politique de redéploiement actif, qui devra se poursuivre dans les prochaines années.

Au 1er janvier 1985, l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés employaient 965 000 personnes soit 4 % de la population active (23 millions de personnes). Le personnel médical représentait 12 % du total soit 115 000 personnes et le personnel non médical 850 000 personnes.

Les dépenses de personnel représentent en moyenne 70 % du budget d'un établissement hospitalier.

- Le dernier élément à rappeler pour que cette présentation soit complète est relatif au mode de financement des dépenses hospitalières.

En 1985, les dépenses hospitalières s'élevaient à 176,7 milliards de francs.

Elles étaient financées par :

- Etat + collectivités locales pour	2,1 %
- la Sécurité sociale pour	87,8 %
- les mutuelles pour	1,3 %
- les ménages et assurances privées pour	8,8 %

La présentation succincte de ces chiffres permet d'apprécier à sa juste valeur l'enjeu économique que représente notre système hospitalier. Accusé par certains de coûter trop cher, il doit impérativement s'adapter aux nouvelles contraintes économiques, tout en conservant sa spécificité : il faut conforter le rôle pivot de l'hôpital public, tout en respectant un nécessaire pluralisme entre secteur public et privé. En ce qui concerne les objectifs à remplir, le défi est important : il s'agit d'améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant le coût de la santé.

Les réflexions et les réformes mises en chantier par le Gouvernement entendent répondre à ce défi et il convient maintenant de les présenter brièvement.

B. La politique du Gouvernement pour répondre à ce défi économique

Conscient de l'enjeu à défendre en matière sanitaire pour les prochaines années, le Gouvernement fait porter actuellement son effort sur quatre voies de réflexion qui sont les suivantes :

- le financement des établissements hospitaliers,
- le fonctionnement de l'hôpital, notamment l'organisation du travail,
- la conception du parc hospitalier et les modifications à apporter à la carte sanitaire.

1) En ce qui concerne le financement des établissements hospitaliers

a) Assouplissement des règles relatives aux investissements

- En ce qui concerne les investissements hospitaliers, on peut rappeler que le Gouvernement est revenu sur la politique d'austérité décidée en 1983. Cette politique avait accéléré le vieillissement des structures hospitalières.

Deux décisions doivent permettre une relance des investissements :

- les caisses d'assurance-maladie sont à nouveau autorisées à participer au financement des investissements.

- les opérations nécessitant obligatoirement une subvention de l'Etat à hauteur de 40 % du montant de l'investissement sont celles affectant la capacité de l'établissement. Pour les autres opérations, la subvention de l'Etat reste obligatoire mais elle peut varier de 20 à 50 % du montant de l'investissement, en fonction de la capacité d'autofinancement des établissements et des gains de productivité attendus. Enfin, pour les investissements non générateurs de coûts, la subvention de l'Etat ne constitue plus un préalable obligatoire.

b) Les modifications devant être apportées au principe de la dotation globale

On ne reviendra pas sur l'historique de la dotation globale dont tout le monde reconnaît la nécessité.

Envisagé dès 1978, il n'a été défini et appliqué qu'à compter de 1983. Cette réforme a certainement permis de freiner la croissance des dépenses hospitalières (+ 8,5 % par an en 1985 contre + 18,1 % en 1982), mais son mode d'application engendre de multiples effets pervers, dont le principal est de pénaliser les bons gestionnaires. Le décret du 11 août 1983 dispose en effet que l'excédent est affecté à concurrence des deux tiers à l'écrêtement de la dotation. De plus, le système de la dotation s'applique de façon uniforme à des établissements qui présentent de fortes disparités dans leur situation financière.

Dès 1988, des expériences devraient être menées pour moduler le taux directeur. De plus, les établissements devraient disposer de plus de liberté à l'intérieur de leur crédit, notamment en ce qui concerne les transferts de crédits. Enfin, il pourrait être envisagé des procédures d'élaboration d'un budget itératif ascendant.

2) En ce qui concerne la rationalisation du fonctionnement de l'établissement hospitalier

En ce qui concerne la rationalisation du fonctionnement de l'hôpital, les réformes entreprises ou à l'étude concernent d'une part l'informatisation des établissements et d'autre part l'organisation du personnel.

a) L'informatisation insuffisante des établissements hospitaliers

La part de l'informatique dans les budgets d'exploitation des établissements hospitaliers progresse lentement. Elle est passée de 0,45 % du total du budget en 1982 à 1,18 % prévu pour 1987, et

représente une enveloppe de 130 milliards de francs pour l'ensemble du secteur hospitalier public.

Cette politique doit être réactivée dans les prochaines années. Elle constitue notamment un outil indispensable pour redéfinir les tâches du personnel hospitalier et faciliter son redéploiement.

b) L'organisation du personnel

En ce domaine, il est à signaler que le rapport "Etienne" sur la planification hospitalière, demandé en juillet 1984, a été remis au nouveau Gouvernement, qui en a autorisé la publication. Ceci traduit sa volonté d'éviter toute politisation du débat.

Sans reprendre l'intégralité du rapport à son compte, on ne peut que souscrire à bon nombre des constatations faites par le rapporteur.

L'importance des problèmes de personnels constitue un enjeu essentiel, étant donné l'importance de la masse salariale, et la réorganisation du travail imposée par l'introduction de nouvelles technologies.

. Or, le rapport constate le fort taux d'absentéisme du personnel hospitalier non médical lié à la féminisation importante du corps, à sa démotivation, à la mauvaise organisation du travail.

Le Gouvernement étudie plusieurs solutions pour améliorer l'organisation du travail. On ne fera que citer ici la rotation par équipes, avec un chevauchement d'une heure. Un tel dispositif n'est pas indispensable dans toutes les structures. Ces études passent par la concertation et la mise en place de cercles de qualité au sein des établissements.

. En ce qui concerne le personnel hospitalier médical le rapport préconise une meilleure adéquation entre les effectifs et les activités. Notamment, tout en reconnaissant le rôle essentiel joué par les médecins à plein temps, il préconise le recours au temps partiel pour régler certaines difficultés de fonctionnement.

Le Gouvernement doit régler dans l'immédiat un grave problème de recrutement et de carrière du personnel médical des hôpitaux.

Le tableau ci-dessous permet de mesurer l'ampleur des difficultés que connaissent les hôpitaux non-CHU. Dans certaines spécialités, le nombre des candidats aux postes temps-plein mis au recrutement est notoirement insuffisant, et l'on peut alors s'interroger sur la qualité de l'encadrement médical.

RECRUTEMENT DES CHIRURGIENS, GYNECOLOGUES, RADIOLOGUES ET ANESTHÉSISTES-REANIMATEURS PLEIN-TEMPS DANS LES HÔPITAUX NON-CHU de 1982 à 1986 (Source Direction des Hôpitaux)
* Chiffres encore officieux (Résultats des Commissions Staturaires)

	1982		1983		1984		1985		1986	
	Nombre de Postes	% Postes pourvus								
CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES	72	90 %	152	53 %	164	72 %	280	31,5 %	315	43 %
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE	28		80		67		136	17,5 %	179	36 %
ANESTHESIE-REANIMATION	70	70 %	159	44 %	114	57 %	432	14,5 %	244	46 %
RADIOLOGIE	71	19 %	162	56 %	156	25 %	260	21 %	260	22 %

Lorsqu'on examine les résultats du recrutement 1986 dans les disciplines chirurgicales, le pourcentage des postes hospitaliers pourvus dans les hôpitaux généraux est le suivant :

- chirurgie polyvalente : 40 %
- chirurgie orthopédique : 36 %
- chirurgie urologique : 30 %
- chirurgie vasculaire : 30 %
- ophtalmologie : 12 %

Les raisons ont été maintes fois énoncées : concurrence du secteur privé libéral, rémunérations insuffisantes surtout en début de

carrière, suppression du secteur privé, modification du statut des médecins, perspectives de carrière assombries par la très forte démographie médicale...

Dans les CHU, la situation est également difficile en raison de la très forte diminution du nombre d'étudiants dans certaines spécialités alors qu'une politique de titularisation systématique a figé le corps enseignant. Dans certaines spécialités, des difficultés de recrutement apparaissent.

3) En ce qui concerne les modifications à apporter à la carte sanitaire

Le Gouvernement souhaite également faire porter la réflexion sur les modifications à apporter à la carte sanitaire : révision des critères de définition des besoins, réflexion sur la notion de secteur sanitaire, qui est actuellement trop rigide.

En ce qui concerne le moyen séjour, l'élaboration d'une nouvelle carte est envisagée, notamment pour mieux répondre à l'évolution démographique de notre pays caractérisée par son vieillissement.

Enfin, le Gouvernement poursuit les études menées sur les alternatives à l'hospitalisation : hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile.

Ces pratiques connaissent un développement certain grâce au progrès technologique mais il n'est pas évident qu'elles permettent des économies importantes.

Tels sont, brièvement évoqués, les axes de réflexion du gouvernement en ce qui concerne notre système hospitalier. Il convenait de les présenter ici, car ils constituent l'environnement immédiat du présent projet de loi. A l'inverse, l'adoption de celui-ci est un préalable indispensable à la mise en œuvre de toutes ces réformes.

IIème partie - La réorganisation interne des structures médicales de l'hôpital se caractérise par son pragmatisme et sa souplesse

En ce qui concerne l'organisation interne des structures médicales de l'hôpital public, le présent projet de loi se caractérise par sa souplesse et son pragmatisme.

Il part d'un constat de fait que nul ne peut ignorer. La loi du 4 janvier 1984 qui institue le département de manière obligatoire n'a pas été appliquée. Depuis la fin de la période transitoire intervenue en janvier 1987, les hôpitaux sont en situation quasiment illégale : ils restent organisés en services, alors que ceux-ci ont juridiquement disparu et le département, devenu obligatoire n'a pas été mis en place.

Sur la base de ce constat pragmatique, le projet de loi définit quatre structures qui seront les piliers de l'organisation médicale hospitalière. Toutes se caractérisent par leur souplesse, tant dans leur faculté d'adaptation aux caractéristiques de chaque établissement, que dans leurs possibilités d'évolution dans le temps.

Votre commission s'est montrée très soucieuse de préserver voire même de renforcer cette souplesse, que l'on retrouve donc au niveau du service, des pôles d'activités, du département, et de la commission médicale d'établissement.

A. Le rétablissement du service ne traduit pas un retour en arrière

1) Les qualités et les défauts du système

Sans refaire ici l'historique du service, qui constitue officiellement depuis 1941 la cellule de base de nos structures hospitalières et qui a donné la preuve de son efficacité, on peut cependant évoquer ici les reproches qui lui ont été faits. Ils justifient les dispositions du projet de loi qui ne veulent pas du retour pur et simple à la situation d'avant 1984.

Le développement des effectifs médicaux, assorti d'une spécialisation toujours plus grande ont favorisé la division à l'excès des services, et on a pu parler de "balkanisation".

Le cloisonnement des services s'est traduit par un allongement des hospitalisations et une multiplication de coûts inutiles.

Dans certains grands établissements hospitaliers CHR - CHU, le poids du chef de service a pu engendrer des querelles de personnes.

Mais au-delà de ces reproches, le service a fait la preuve de son efficacité en matière d'organisation des soins apportés aux malades. Dans la plupart des cas, le fonctionnement du service repose sur la collégialité des décisions arrêtées par les membres du corps hospitalier. De plus, le personnel non médical est très attaché à cette structure.

C'est pour toutes ces raisons qu'il vous est proposé de rétablir le service, en lui donnant une garantie essentielle.

2) Le rétablissement du service est assorti d'une garantie essentielle : le renouvellement quinquennal

En maintenant le principe de la dissociation du grade et de la fonction, la chefferie devient une fonction qui pourra être remise en cause.

- L'accès à la fonction de chef de service est ouvert à l'ensemble des praticiens hospitaliers titulaires. Si la prééminence reste aux praticiens hospitaliers à temps plein, il est important que là où les besoins du service n'exigent pas un poste à temps plein, un praticien puisse être nommé chef de service à temps partiel.

Il vous sera proposé de préciser les conditions de nomination d'un chef de service à temps partiel.

- Les règles de nomination donnent compétence au ministre chargé de la santé, mais après avis des instances locales : conseil d'administration et commission médicale d'établissement.

Un décret fixera les modalités de cette nomination qui se fera sur titres et travaux.

L'Assemblée nationale a tenu à maintenir la spécificité des règles de nomination des chefs de service en psychiatrie, mais on peut s'interroger sur l'opportunité de maintenir de telles règles surtout à l'heure de la décentralisation. C'est pourquoi il vous sera proposé une solution conciliant la spécificité de ce recrutement et l'utilité des avis des instances locales.

- La principale garantie du bon fonctionnement du service repose sur son renouvellement quinquennal ; cinq points essentiels motivent le principe de ce renouvellement :

- il doit être demandé par son titulaire
- il est accompagné d'un rapport d'activité
- il est prononcé par le ministre chargé de la santé
- les instances locales -conseil d'administration et commission médicale d'établissement- donnent leur avis
- il ne s'agit pas d'un renouvellement tacite.

Il ne s'agit pas bien entendu de bouleverser systématiquement tous les cinq ans l'organisation des services hospitaliers, ni de transformer le chef de service en bête à concours. Mais à l'inverse, le renouvellement ne saurait être une simple formalité.

Il ne s'agit pas d'introduire une nouvelle procédure disciplinaire. La procédure retenue permet au titulaire d'un service de ne pas se représenter sans que cela constitue une sanction.

A l'inverse, et dans la pratique ce sera le cas le plus fréquent, la production du rapport d'activité et les avis des instances locales

donneront toute garantie à l'administration pour renouveler le titulaire et assurer aussi la stabilité du service.

Il vous sera proposé une rédaction plus claire de cet alinéa relatif au renouvellement, qui traduise mieux les objectifs essentiels de cette procédure, tout en préservant les garanties des médecins chefs de service.

- Enfin, l'Assemblée nationale a souhaité préciser le rôle du chef de service en ce qui concerne l'organisation technique et médicale du service.

Il vous sera proposé de compléter cette disposition pour préserver au sein du service la responsabilité médicale de chacun des praticiens hospitaliers.

3) La création des pôles d'activité au sein du service offre des responsabilités particulières aux jeunes praticiens

- La création de ces pôles d'activité permet la reconnaissance d'une activité spécifique au sein du service. Elle constitue un moyen d'humanisation certain. Elle offre de plus des responsabilités particulières aux jeunes praticiens tout en conservant l'unité du service.

- Le rôle primordial joué par le chef de service justifie que ce dernier soit l'initiateur d'une telle structure, tant en ce qui concerne sa création, qu'en ce qui concerne le contenu de la délégation qui va l'accompagner.

Il serait inconcevable d'imposer la mise en place de telles structures à un chef de service hostile. C'est pourquoi le conseil d'administration, avec l'avis de la commission médicale d'établissement, ne peut créer ce pôle que sur proposition du chef de service. De même, s'il est compétent pour statuer sur le contenu de la délégation, il semble qu'il détienne sur ce point un pouvoir de veto et non de modification.

- En revanche on peut penser que les dispositions relatives à la suppression des pôles d'activités soumet les responsables de ces pôles à une trop grande incertitude, qui nuira à l'efficacité de ces structures. En effet, le chef de service peut proposer la suppression de ces pôles d'activités à tout moment, alors même que c'est en toute liberté qu'il en a proposé la création.

Ceci nous semble préjudiciable au bon fonctionnement interne du service, et c'est pourquoi il vous sera proposé une rédaction de cet article permettant une plus grande stabilité du dispositif.

B. La départementalisation se caractérise par son caractère souple et volontaire

1) L'utilité de la départementalisation n'est plus à démontrer

Historiquement, le terme "département hospitalier" est apparu dès 1965. La circulaire du 5 mai 1976 en prône le développement pour permettre une meilleure coordination des services hospitaliers.

Sur cette base, de nombreuses expériences avaient été menées mais dans un cadre souple et pragmatique. Il a été ainsi prouvé que, si cette structure était utile dans certaines disciplines, elle ne s'imposait pas pour d'autres. Le département, par une mise en commun des moyens, doit permettre d'améliorer la qualité des soins, et de rationaliser le fonctionnement hospitalier, en réduisant les doubles emplois et en permettant une meilleure coordination des investissements. A ce titre, il est un élément important pour une bonne application du budget global.

2) Mais la départementalisation forcée n'a jamais pu être mise en œuvre

- Le caractère obligatoire de la départementalisation niait la diversité même des établissements hospitaliers, et la non utilité de la départementalisation pour certaines disciplines.

- La suppression du chef de service remplacé par un chef de département élu risquait de déstabiliser l'hôpital. La soumission du

chef de département à une réélection au bout de quatre ans permettait toutes les craintes quant au développement du clientélisme, la surenchère électorale avec pour conséquence la balkanisation du département afin de satisfaire aux demandes des électeurs.

- Enfin, la loi du 3 janvier 1984, méconnaissant les bouleversements sans précédents qu'elle imposait, fixait des délais très courts quant à sa mise en œuvre, et ce, sans la moindre concertation avec le corps professionnel concerné.

Les faits sont connus : la majorité des praticiens ont "boycotté" les élections aux commissions de départementalisation, et la loi n'a pas été appliquée. Le gouvernement précédent, avec sagesse, a en effet renoncé à cette réforme, puisque le dernier décret d'application paru en janvier 1985, atténuait considérablement le caractère obligatoire de la départementalisation. Il était sur ce point en contradiction flagrante avec le texte de loi auquel il se référait.

3) La départementalisation proposée par le projet de loi est une fédération souple de services

- La création du département repose sur l'adhésion du corps médical. Mais ladite création résulte d'une délibération du Conseil d'Administration. Ce dernier aura donc un rôle très important à jouer pour inciter à la mise en place de cette structure.

- Le projet de loi, dans un souci de souplesse et de pragmatisme, renvoie très largement à un règlement intérieur défini par les intéressés pour les modalités de fonctionnement du département. Ce règlement intérieur sera arrêté par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement.

- Le projet de loi précise cependant les objectifs du département qui sont le rapprochement d'activités médicales, la mise en commun de moyens en personnel, ou encore la gestion commune de lits.

- Il donne enfin un caractère collégial aux instances qui assisteront le chef du département, tout en renvoyant au règlement intérieur pour les modalités d'application de cette disposition. Le coordonnateur du département sera en effet assisté selon les activités du service, par une sage-femme, un membre du personnel soignant ou médico-technique, et par un membre du personnel administratif.

A propos de ce département, fédération de services résultant d'une adhésion volontaire, il importe, si l'on veut qu'il soit effectivement mis en place, que des mesures incitatives soient adoptées, notamment en ce qui concerne les équipements et les plateaux techniques.

C. Les nouvelles prérogatives de la commission médicale d'établissement doivent permettre d'associer plus étroitement les médecins à la gestion de l'hôpital

La commission médicale consultative change de dénomination et devient commission médicale d'établissement car elle est dotée désormais de pouvoirs délibératifs.

- Ses pouvoirs consultatifs sont maintenus et même renforcés par rapport à ceux dévolus par la loi du 31 décembre 1970. Elle sera ainsi consultée sur le plan directeur et sur tous les aspects techniques des activités médicales.

Sur ce point, il est apparu que le rôle consultatif de la commission à propos du budget des établissements était bien mal exercé dans la pratique faute d'une procédure de renseignements suffisante. Il vous sera proposé d'y remédier.

- En ce qui concerne les nouveaux pouvoirs délibératifs de la commission, ils doivent permettre de mieux associer les praticiens hospitaliers à la gestion de l'hôpital.

Ceci consacre une évolution très importante des rapports médico-administratifs. Les directeurs d'hôpitaux souhaitent associer les médecins aux responsabilités budgétaires qui leur incombent.

D'autre part, les médecins, principaux initiateurs de dépenses dans l'hôpital, doivent comprendre la nécessité d'opérer des choix et souhaitent y participer. Bien entendu, l'ensemble du corps médical et du personnel administratif n'est pas encore parfaitement convaincu de cette nécessité, mais il faut les en convaincre.

Le rôle délibératif reconnu à la commission médicale d'établissement relève de ce principe. La commission aura à se prononcer sur les choix médicaux de l'établissement, dans le respect des décisions du conseil d'administration et de celles du directeur, et dans la limite de la dotation budgétaire allouée. Dans la perspective d'un budget global ascendant, le pouvoir délibératif reconnu à la commission médicale d'établissement constitue un élément essentiel.

C'est pourquoi il vous sera proposé d'aménager les règles de mise en œuvre de ce pouvoir délibératif.

IIIe partie : Le projet de loi veut favoriser une meilleure complémentarité entre le secteur public hospitalier et le secteur privé d'hospitalisation

Au travers des titres III, IV et V le projet de loi propose un certain nombre de mesures qui doivent permettre une meilleure complémentarité entre le secteur public hospitalier et les établissements privés.

Avant d'exposer le contenu de ces dispositions, il convient de rappeler l'importance de la carte sanitaire au sein de laquelle se joue la complémentarité entre les deux secteurs, et de présenter brièvement à l'aide de quelques chiffres les établissements privés d'hospitalisation.

A. La carte sanitaire est un instrument indispensable mais perfectible

1) La carte sanitaire est un outil indispensable de planification sanitaire

Etant donné le mode de financement de l'ensemble des établissements hospitaliers tant publics que privés, il est indispensable de disposer d'un instrument permettant de réguler l'offre de soins, puisque celle-ci financée par un tiers -la sécurité sociale- n'obéit pas aux lois du marché.

Accessoirement l'existence de la carte sanitaire garantit la valeur patrimoniale des établissements privés.

Enfin, c'est au travers de la carte sanitaire que l'on peut adapter l'offre de soins aux besoins de la population. C'est ainsi, grâce à l'existence de la carte sanitaire, que les établissements privés sont répartis de façon homogène sur le territoire et non pas concentrés dans les grandes villes. Ceci est indispensable si l'on veut garantir à l'ensemble de la population la possibilité de choisir son établissement.

Il faut donc maintenir la carte sanitaire avec ses 241 secteurs, tout en améliorant cet instrument.

2) La carte sanitaire et un instrument perfectible

Plusieurs améliorations pourraient être apportées et qui concernent :

- la définition du secteur sanitaire. Cette notion semble parfois très rigide et ne résulter que de la seule décision administrative, sans grand souci des réalités. Il faudrait améliorer le processus de concertation à l'occasion de la définition de ces secteurs, et permettre l'évolution de leur tracé si les besoins de la population se modifient profondément. Il vous sera proposé à ce sujet un amendement qui donne une meilleure publicité aux modifications apportées à la carte sanitaire.

- En ce qui concerne le moyen séjour, le gouvernement, on l'a vu, entreprend la mise sur pied d'une véritable carte de moyen séjour qui tienne compte de la diversité des disciplines regroupées sous ce vocable.

- Il est urgent de mener une réflexion approfondie sur une carte sanitaire du long séjour et à cette occasion de mettre fin à la rupture juridique pratiquée entre le secteur social et le secteur sanitaire. Ceci est fondamental pour les années à venir, étant donné le contexte démographique de notre pays.

- Les indices de besoins de plusieurs équipements lourds ont été révisés et certains seront prochainement sortis de la carte sanitaire. On peut indiquer qu'un arrêté du 4 mai 1987 fixe l'indice de besoins en scanner à 1/140 000 habitant.

- Enfin, le projet de loi qui vous est soumis comporte plusieurs dispositions harmonisant pour les secteurs publics et privés les procédures de mise en œuvre de la carte sanitaire.

Avant de vous en exposer le contenu il convient de présenter brièvement à l'aide de quelques chiffres l'importance du secteur privé d'hospitalisation.

B. L'importance du secteur privé d'hospitalisation et les difficultés qu'il rencontre

1) Les chiffres témoignent de l'importance de ce secteur

- Au 1er janvier 1985 il y avait 2 418 établissements privés dont 436 participant au service public hospitalier.

- Ces établissements gèrent 200 700 lits dont 110 400 en court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique-centres de lutte contre le cancer), soit un peu plus du tiers des lits du système hospitalier français.

- Ces établissements emploient 255 000 personnes soit 26 % de l'ensemble des personnels hospitaliers.

Ils se décomposent ainsi :

40 000 appartenant au personnel médical

215 000 appartenant au personnel non médical, soit 84 % de l'ensemble.

- Les dépenses brutes de fonctionnement pour l'ensemble des établissements privés s'élevaient à 28,8 milliards de francs en 1985, soit 18 % de l'ensemble des coûts hospitaliers.

- Enfin, l'activité de ces établissements est également très importante.

- En 1985, on compte 63,9 millions de journées d'hospitalisation en établissements privés, contre 109,3 millions pour le secteur public, hors section hospice.

. Le coefficient d'occupation est de 90 % pour l'ensemble des établissements privés et de 79,4 % dans le secteur public.

En ce qui concerne le court séjour, les coefficients d'occupation sont respectivement de 90,8 % et 73,8 %.

. La durée moyenne de séjour dans le court séjour est respectivement de 9,3 jours dans les établissements privés et 8,8 jours dans le secteur public. On peut noter que depuis 1974, c'est dans le secteur public que la durée moyenne de séjour a le plus diminué pour le court séjour.

Le tableau ci-joint vous présente ces dernières statistiques par type de discipline.

NOMBRE D'ENTRÉES ET NOMBRE DE JOURNÉES PAR DISCIPLINE EN 1984

GROUPES DE DISCIPLINE D'EQUIPEMENT	NOMBRE D'ENTRÉES TOTALES (1) (en milliers)		NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION (2) (en milliers)	
	Public	Privé	Public	Privé
Médecine	3 329,3	607,0	32 783,2	9 585,8
Chirurgie	2 116,7	2 629,1	16 887,5	20 948,5
Maternité, gynécologie- obstétrique.....	708,4	478,4	4 447,8	3 756,3
Lutte contre le cancer (C.L.C.L.C.).....	—	128,8	—	1 271,5
Sous-total court séjour...	6 154,4	3 843,3	54 118,5	35 562,1
Moyen séjour.....	275,2	363,7	12 077,9	17 225,5
Long séjour.....	44,9	2,6	18 098,6	1 135,9
Lutte contre les maladies men- tales et la toxicomanie	306,3	124,5	24 993,9	9 992,5
dont :				
— en C.H.S.....	182,6	—	20 172,7	—
— en hôpital général public..	123,7	—	4 821,2	—
— en H.P.P.....	—	33,2	—	5 248,9
— en autre établissement privé	—	91,3	—	4 743,6
TOTAL.....	6 780,8 (3)	4 334,1	109 288,9 (3)	63 916,0

Source : S.E.S.I.

- (1) Il est égal à la somme des entrées de l'extérieur (y compris celles provenant d'un autre établissement) dans un groupe de discipline, et des entrées par mutation provenant d'un groupe de discipline différent.
- (2) La journée de sortie est comptabilisée par les établissements privés dont le prix de journée est fixé conventionnellement avec les Caisses d'Assurance Maladie.
- (3) Section hôpital seulement. En sections hospice, maison de retraite et annexes, on enregistre 110 000 entrées et 40,5 millions de journées.

2) Mais les établissements privés connaissent des difficultés réelles

Confrontées au progrès technologique, à la nécessité de s'équiper en techniques médicales de pointe, les cliniques souffrent de leur capacité réduite.

Pour pouvoir équiper leurs établissements, dans de bonnes conditions de rentabilité et de sécurité pour les malades, les cliniques doivent pouvoir disposer de structures élargies et donc s'agrandir. Sinon elles risquent fort de disparaître ou d'être absorbées par de grands groupes financiers, ce qui serait préjudiciable à l'exercice libéral de la médecine.

On peut considérer que de 1972 à 1985, 371 établissements ont disparu, ce qui représente une réduction moyenne annuelle du parc hospitalier privé d'environ 2 %.

Or, jusqu'à présent les regroupements de lits des établissements privés ont été quasiment impossibles, en raison de la jurisprudence administrative.

La loi du 31 décembre 1970 ne prévoit que les cas de création ou d'extension d'établissements et les soumet à autorisation préalable. Le quatrième alinéa de l'article 33 de ladite loi précise qu'en aucun cas une autorisation ne pourra être délivrée dans un secteur sanitaire excédentaire.

En ce qui concerne les regroupements d'établissements, le Conseil d'Etat maintient une jurisprudence très restrictive, puisqu'il assimile cette procédure à une création de lits consécutive à une suppression de lits équivalente. Dès lors que cette opération de regroupement a lieu dans un secteur excédentaire, elle est refusée.

Le maintien de cette jurisprudence faisait peser de graves menaces pour l'avenir des établissements privés, et il convenait d'y remédier. L'article 10 du projet de loi apporte, à ce titre, une solution nettement plus satisfaisante.

C. Le projet de loi aménage les règles de complémentarité entre le secteur public hospitalier et les établissements privés

1) Il reconnaît juridiquement la notion de regroupement, et l'autorise sous certaines conditions

En effet l'article 10 du projet de loi soumet au régime de droit commun de l'autorisation les regroupements d'établissements.

Mais, dans le cas d'un regroupement au sein d'un secteur excédentaire, au lieu d'un refus pur et simple qui serait opposé à une demande de création, il propose un régime d'approbation assorti d'une réduction de lits.

Cette réduction de lits correspond à l'évolution des techniques médicales, qui implique un renforcement des plateaux techniques au détriment de la fonction hébergement.

Le regroupement autorisé permet de dégager des gains de productivité très importants, et tel est le but poursuivi par le projet de loi. Il est normal d'en attendre une certaine contrepartie.

Enfin, il convient de rappeler qu'il existe en France plusieurs dizaines de milliers de lits de court séjour excédentaires. L'effort de réduction est déjà mené par le secteur public hospitalier à l'occasion de chaque restructuration ou rénovation.

Il n'est pas anormal que les établissements privés participent à cet effort, d'autant plus qu'ils ont bénéficié des créations de lits de court séjour entre 1972 et 1985.

Pour l'ensemble des disciplines hospitalières, entre 1972 et 1985, la capacité du secteur public s'est accrue de + 27 % avec 67 453 lits supplémentaires, contre seulement 3 283 lits supplémentaires pour le secteur privé libéral, soit + 3,4 %. Mais ces statistiques globales

intègrent les lits de long séjour, les transformations d'hospice auxquels le secteur public hospitalier a massivement participé.

Il faut donc retenir les seules disciplines de court séjour pour apprécier objectivement les évolutions respectives dans les secteurs publics et privés.

Comme il est indiqué dans les deux tableaux ci-joints, pour les établissements privés, les lits de court séjour ont progressé de + 3,9 %, passant de 102 978 en 1972 à 106 971 en 1985.

A l'inverse, dans le secteur public hospitalier, le nombre de lits de court séjour a diminué de - 12,2 % entre 1972 et 1985. Il y a, en 1985, 200 103 lits dans ce secteur.

EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS DANS LES
HOPITAUX PRIVES

	MEDECINE		CHIRURGIE		OBSTETRIQUE		TOTAL M.C.O.	
1972	24 913	-	62 303	-	15 262	-	102 978	-
1975	29 262	11,7 %	66 249	10,5 %	14 695	- 3,7 %	110 206	7,0 %
1978	33 374	11,4 %	68 029	10,3 %	13 793	- 6,1 %	115 556	4,8 %
1981	35 007	10,5 %	67 625	- 0,6 %	13 157	- 4,6 %	115 789	0,2 %
1985 *	30 008	-14,3 %	64 531	- 4,6 %	12 432	- 5,5 %	106 971	- 7,6 %
SOURCES : - Enquête KJ (enquête légère sur les établissements privés) - Enquête EHP83 depuis 1983 (harmonisée avec H80)							M.C.O. $\frac{1985}{1972} + 3,9 \%$	

* Arrangement de séries statistiques.

EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS DANS LES
HOPITAUX PUBLICS

	MEDECINE		CHIRURGIE		OBSTETRIQUE		TOTAL M.C.O.	
1972	143 976	-	65 445	-	18 451	-	227 872	-
1975	148 164	+ 2,9 %	67 922	+ 3,8 %	19 021	+ 3,1 %	235 107	3,2 %
1978	128 807	- 13,1 %	71 401	- 5,1 %	18 757	- 1,4 %	218 965	- 6,9 %
1981	123 771	- 3,9 %	71 231	- 0,3 %	18 545	- 1,2 %	213 547	- 2,5 %
1985	115 011	- 7,1 %	67 047	- 5,9 %	17 965	- 3,2 %	200 103	- 6,3 %
SOURCES H74 puis H76 (depuis 1979)							M.C.O. $\frac{1985}{1972} - 12,2 \%$	

De plus, les précisions apportées par l'Assemblée nationale apportent des garanties à la procédure en prévoyant que la réduction ne pourra être effectuée que dans la limite d'un plafond.

Il nous semble également impératif que le décret d'application fasse l'objet de la plus large concertation avec les représentants de l'hospitalisation privée.

Il importe également de rappeler qu'en vertu de l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970, le ministre dispose d'un pouvoir dérogatoire, qui lui permet d'examiner des demandes particulières. Ce sera notamment le cas des regroupements demandés et ayant pour cadre plusieurs secteurs limitrophes. Mais ceci devrait rester exceptionnel.

Enfin, il nous paraît souhaitable que très rapidement les obstacles juridiques -à savoir l'absence de décrets d'application- soient levés afin de permettre aux établissements privés de développer des formules d'hôpital de jour ou d'hospitalisation à domicile, dans les mêmes conditions que le secteur public hospitalier. Il n'est pas normal que les dispositions prévues par la loi du 29 décembre 1979 ne soient pas encore applicables.

2) Les autres dispositions du projet de loi harmonisent des procédures d'autorisation d'équipements

En ce qui concerne la procédure d'autorisation des projets d'équipement et de programme, le projet de loi harmonise les délais de mise en oeuvre et les fixe à trois ans. Actuellement, le service public hospitalier dispose de six ans et les établissements privés n'ont que deux ans pour réaliser un projet, ce qui semble très court.

Il semble que ces dispositions pourraient être complétées afin que ces autorisations d'équipement reçoivent une meilleure publicité.

- Enfin, le dernier article du projet de loi généralise à l'ensemble du secteur hospitalier tant public que privé une procédure

d'homologation pour un certain nombre de produits et d'appareils biomédicaux.

Le premier objectif est d'éviter que les établissements privés, faute de cette législation, ne constituent des terrains d'essai pour des constructeurs étrangers, se heurant chez eux à des réglementations très rigoureuses.

A plus long terme, il s'agit de préparer l'harmonisation européenne des normes de fabrication de ces produits et matériels.

0

0 0

EXAMEN DES ARTICLES

Titre I : Organisation des établissements d'hospitalisation publics

Cette première partie du projet est consacrée à l'organisation interne de l'hôpital, qui repose sur plusieurs structures : le service qui est la structure pivot, le pôle d'activité, le département, la commission médicale d'établissement.

Les articles de cette première partie définissent le contenu et la vocation de chacune de ces structures.

Article premier

(article 20-1 loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970)

Fonctionnement du service hospitalier

L'article premier du projet de loi modifie l'article 20-1 de la loi du 31 décembre 1970 afin de redonner au service hospitalier un rôle pivot en ce qui concerne l'organisation hospitalière. L'alinéa premier rappelle que les établissements hospitaliers publics sont organisés en services afin de répondre aux missions fondamentales qui leur sont confiées, à savoir, selon l'article 2 de la loi du 31 décembre 1970, le diagnostic, les soins aux malades, leur hébergement éventuel, ainsi qu'une fonction d'enseignement, de recherche ou d'action en médecine préventive. En visant le décret du 17 avril 1943, l'Assemblée nationale a précisé que les activités de pharmacie pouvaient être organisées en service.

Mais il est également précisé que ces services, structures de référence, peuvent, s'il est besoin, comporter des pôles d'activité ou être regroupés en départements. Ceci renforce le caractère souple et évolutif

que le présent projet de loi souhaite donner aux règles d'organisation hospitalière.

Le deuxième alinéa précise que tout service doit être placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier-médecin, biologiste ou odontologiste.

L'Assemblée nationale a précisé que les pharmaciens-hospitaliers qui, depuis la loi du 27 janvier 1987 ne font plus partie de la fonction publique hospitalière, pouvaient également être nommés chefs de service.

Elle a également, par un alinéa additionnel, précisé le rôle du chef de service qui consiste à organiser le fonctionnement technique du service, à proposer des orientations médicales qui devraient être coordonnées et arrêtées par la commission médicale d'établissement, et enfin déterminer les rapports avec l'administration.

Votre commission vous propose : D'une part, de préciser les cas où un service pourra être placé sous la responsabilité d'un chef de service-temps partiel, la règle générale devant rester celle d'un chef de service à temps plein.

De plus, à propos de l'alinéa relatif au rôle du chef de service, votre commission vous propose de préciser que ce rôle s'entend en matière de fonctionnement technique et de définition d'orientations médicales, dans le respect de la responsabilité médicale individuelle de chaque praticien hospitalier.

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

Article 2
(articles 20-2 à 20-4 de la loi du 31 décembre 1970)
Nomination du chef de service
Création de pôles d'activité
Regroupements en départements

L'article 2 du projet par trois articles nouveaux insérés dans la loi du 31 décembre 1970 précise les règles relatives à la nomination des chefs de service, celles concernant les pôles d'activités et enfin celles relatives au regroupement en départements.

**a) Article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 -
nomination du chef de département**

Les règles posées par cet article 20-2 ne tendent en rien à revenir à la situation d'un chef de service inamovible, mais elles lui confèrent une autonomie et une autorité indispensables au bon fonctionnement du service.

Le premier alinéa précise tout d'abord la durée du mandat du chef de service : elle est de cinq ans, renouvelable sans limites. Il est simplement précisé à la fin de l'article que les fonctions de chef de service cessent automatiquement à la fin de l'année universitaire au cours de laquelle le titulaire atteint 65 ans.

La procédure de nomination est la suivante : elle est décidée par le ministre chargé de la santé, après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, ladite commission ne comprend que des médecins, chefs de service.

L'Assemblée nationale a précisé que la procédure de nomination des chefs de service de psychiatrie sera fixée par décret. Elle conservera sa spécificité actuelle, à savoir : nomination par le ministre de la santé après avis d'une commission paritaire nationale.

De façon générale, un décret précisera les conditions de cette nomination.

La procédure à suivre en cas de renouvellement est ensuite définie par le présent article : la formule a été quelque peu modifiée par l'Assemblée nationale qui souhaitait voir accentuer le caractère exceptionnel du non-renouvellement.

Le chef de service devra se déclarer candidat au renouvellement de son mandat. Cet acte positif constitue une étape fondamentale car il se peut qu'il ne souhaite pas être renouvelé. Il a donc toute latitude pour ne pas effectuer la démarche et son non-renouvellement n'aura pas l'air d'une sanction.

La demande de renouvellement devra être accompagnée d'un rapport d'activité, qui constitue le bilan de cinq années de "chefferie" de service.

L'Assemblée nationale a tenu à préciser que ce renouvellement, prononcé par le ministre chargé de la santé, est automatique dès lors qu'une procédure de non-renouvellement n'a pas été engagée dans les mêmes formes que la nomination.

Cette rédaction un peu complexe traduit le rôle du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement qui devront émettre un avis défavorable au renouvellement du chef de service, étant entendu que la commission d'établissement siège en formation restreinte.

Enfin, l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 précise que les dispositions de nomination et de renouvellement ne font pas obstacle à l'exercice du droit disciplinaire à l'encontre des chefs de service.

Votre commission vous propose d'apporter trois modifications à cet article 20-2.

- D'une part, en ce qui concerne la nomination des chefs de service en psychiatrie, l'amendement de la commission aménage leurs règles spécifiques de nomination. Il les rend facultatives, ce qui préserve l'avenir, et tout en préservant leur spécificité actuelle, à savoir

l'avis de la commission nationale de psychiatrie, il prévoit que ladite commission se verra communiquer les avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement.

- Deuxièmement, votre commission vous propose une rédaction plus claire de l'alinéa relatif au renouvellement des chefs de service.

- Enfin, le dernier amendement proposé sur cet article 20-2 porte sur la composition de la commission médicale d'établissement. Lorsque celle-ci se prononcera sur les nominations et les renouvellements, elle ne sera pas restreinte aux seuls chefs de service, mais à l'ensemble des praticiens hospitaliers titulaires.

b) Article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 - Création de pôles d'activité

L'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 arrête les dispositions relatives à la création des pôles d'activité, qui doivent permettre au sein d'un service de donner des responsabilités particulières aux collaborateurs du chef de service.

- Rôle du pôle d'activité

La création de pôles d'activités pourra se faire soit autour de types de pathologies définies, soit autour de groupes de malades homogènes. La définition est très souple pour être adaptée facilement.

La création de pôles d'activités suppose le principe de la délégation. Le chef de service délègue à un ou plusieurs de ses collaborateurs, praticiens hospitaliers, temps plein ou temps partiel, la responsabilité d'un ou plusieurs pôles.

- Principe de la délégation

Cette délégation a un caractère très nettement personnel que l'Assemblée nationale a choisi de renforcer encore.

. La création d'un pôle d'activité ne peut se faire que sur proposition du chef de service, entérinée par une délibération du conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement et éventuellement du comité consultatif médical. Le projet de loi ne précisait pas explicitement le rôle du chef de service, mais il est difficilement concevable d'envisager que le conseil d'administration puisse imposer au chef de service la création de pôle d'activité. A l'inverse, il pourrait refuser d'entériner une proposition de création. Le conseil d'administration, à l'occasion d'une création d'un pôle d'activité devra également se prononcer sur le contenu de la délégation accordée par le chef de service. Il ne pourra en réalité que l'accepter ou la rejeter en bloc.

. La suppression d'un pôle d'activité se fera dans les mêmes formes : initiative du chef de service, entérinée par le conseil d'administration après avis des commissions intéressées. Le pouvoir de veto du conseil d'administration est ici faible sauf en cas de conflit ouvert avec le chef de service concerné.

Enfin, l'article 20-3 précise les cas de suppression automatique de la délégation, ce qui accentue son caractère personnel ; ladite délégation cesse à l'occasion du départ du chef de service ou à l'expiration de son mandat ou si le pôle d'activité est supprimé par le conseil d'administration qui se voit conférer ce droit par l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970.

Quant au renouvellement de cette délégation, il est demandé par son titulaire et accompagné d'un rapport d'activité. Le renouvellement est décidé par le chef de service, après avis de la commission médicale d'établissement. A priori, le conseil d'administration n'a pas à délibérer sur ces demandes de renouvellement.

Votre commission souhaite apporter deux modifications à cet article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970, tel qu'il nous est proposé par l'Assemblée nationale.

- Le premier amendement est un simple amendement de coordination et permet la création de pôles d'activités dans un service pharmaceutique, ou en vue d'assurer des actes pharmaceutiques spécifiques.

- Le deuxième amendement concerne les règles de création et de suppression des pôles d'activité. Il renforce le rôle du conseil d'administration, afin d'éviter que l'existence ou la suppression de ces pôles ne dépendent que de la seule volonté du chef de service.

c) Article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 - Création des départements

L'article 20-4 nouveau inséré dans la loi du 31 décembre 1970 fixe les règles relatives à la création des départements hospitaliers. Il confère à cette structure un caractère éminemment souple et facultatif traduisant l'adhésion de tous à sa création.

. La création du département ne pourra se faire que par la voie d'une véritable concertation entre les différents intéressés. Le caractère "volontariste" du département se retrouve tant au niveau de sa création que de son fonctionnement.

. La création du département est décidée par le conseil d'administration, avec l'accord des chefs de service intéressés, et après avis de la commission médicale d'établissement et éventuellement des comités consultatifs locaux. Le conseil d'administration aura donc un rôle important à jouer pour inciter à la création de cette structure.

. L'organisation et le fonctionnement seront définis par un règlement intérieur arrêté par le conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement. Ce règlement précisera notamment l'étendue des activités du département et les modalités d'association des différentes catégories de personnel concernées : médecins, sages-femmes, personnel soignant et administratif.

Le département proposé par cet article se caractérise tant par son aspect volontariste que par son extrême souplesse.

. Il peut être créé pour de multiples raisons : rapprochement d'activités médicales, regroupement de moyens en personnel, gestion commune de lits ou d'équipements. Il peut regrouper tout ou partie de plusieurs services.

. Le département est placé sous la responsabilité d'un coordonnateur, praticien hospitalier. Il sera assisté, selon les besoins, par une sage-femme, un membre du personnel soignant ou médico-technique et par un membre du personnel administratif.

Le principe même du coordonnateur et la définition de son rôle sont extrêmement souples puisque son mode de désignation, son rôle et celui de ses assistants seront fixés par le règlement intérieur arrêté par le conseil d'administration.

L'Assemblée nationale a adopté cet article en précisant seulement que les pharmaciens pourraient être désignés comme coordonnateur d'un département.

Votre commission approuve entièrement le caractère souple, facultatif et volontaire que cet article 20-4 donne au département.

- Elle entend simplement préciser que pour la gestion de cette structure, le coordonnateur sera assisté d'un cadre infirmier ou médico-technique. Il s'agit là de reconnaître le rôle important et spécifique joué par ces personnes, pour le bon fonctionnement de nos structures hospitalières.

- De plus, elle propose que le règlement intérieur arrêtant le fonctionnement du département soit au moins rédigé par l'ensemble des praticiens. La formule retenue est souple et ouverte afin de permettre à d'autres personnes de participer à l'élaboration de ce règlement.

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

Article 3
(articles 17, 22 et 27 de la loi du 31 décembre 1970)
Coordination

Cet article modifie certaines dispositions de la loi du 31 décembre 1970 afin de tenir compte du rétablissement des services, de la création des pôles d'activités, et du nouveau statut proposé pour le département.

. A l'article 17, qui prévoit l'association d'un ou plusieurs départements aux missions d'un centre hospitalier et universitaire, il est précisé qu'un ou plusieurs services peuvent être associés selon les mêmes formes.

. A l'article 22 qui énumère les fonctions délibératives du conseil d'administration, il est précisé que ledit conseil sera compétent pour décider de la création et de la suppression des services, des pôles d'activité et des départements.

. A l'article 27 qui permet aux médecins traitants et aux sages-femmes d'être admis, sous certaines conditions, dans les établissements hospitaliers, il est fait référence à la responsabilité des coordonnateurs des départements et des chefs de service et non plus à celle des chefs de départements.

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

Article 4

(article 24 de la loi du 31 décembre 1970)

Compétences de la commission médicale d'établissement

Cet article 4 du projet de loi confère une nouvelle dénomination à la commission médicale consultative, ce qui consacre ses nouvelles prérogatives.

Désormais, ladite commission sera appelée commission médicale d'établissement, car ses pouvoirs ne sont plus seulement consultatifs mais également délibératifs.

En ce qui concerne ses pouvoirs consultatifs traditionnels il est à noter que le présent article les renforce. Elle est consultée non plus seulement sur le programme, le budget, les comptes de l'établissement, l'organisation et le fonctionnement des structures internes hospitalières, à savoir les services et le cas échéant les départements et les pôles d'activités, mais également sur le plan directeur ainsi que sur tous les aspects techniques des activités médicales.

Sur ce point, l'Assemblée nationale a simplement précisé qu'on entendait par services non médicaux, les services autres que médicaux et pharmaceutiques.

- La commission médicale d'établissement conserve également ses compétences en ce qui concerne l'adoption d'un rapport annuel sur l'évaluation technique des soins dispensés mais cette évaluation devra se faire également selon des critères économiques.

- Le présent projet de loi confère désormais un pouvoir délibératif à la commission médicale d'établissement en vue d'associer plus étroitement les médecins aux choix budgétaires faits par l'hôpital et aux orientations médicales qui en découlent.

Ce pouvoir délibératif était à l'origine très strictement encadré, puisqu'il ne pouvait s'exercer que sur initiative du directeur de

l'établissement, du chef de service ou du coordonnateur du département concerné.

De plus, le contenu de la délibération devait respecter les décisions prises en matière budgétaire par le directeur de l'établissement et le conseil d'administration, en vertu des articles 22 et 22-2 de la loi du 31 décembre 1970.

Enfin, le contenu de la délibération portait sur les orientations médicales devant être prises par l'établissement hospitalier, dans le respect de la dotation budgétaire allouée.

Sur ce point, l'Assemblée nationale a souhaité étendre encore le rôle de la commission médicale d'établissement en lui donnant un droit d'auto-saisine. Son pouvoir délibératif quant aux orientations médicales à définir pourra s'exercer, même si elle n'est pas sollicitée par le directeur de l'établissement, le chef de service ou le coordonnateur. Ceci renforce son autonomie et ses responsabilités.

De plus, l'Assemblée nationale a préféré au terme orientations médicales, celui de choix médicaux, précisant en cela que cette délibération ne pouvait se faire que dans le strict respect d'une dotation budgétaire, sur laquelle elle aura été au préalable consultée, et que bien souvent cette contrainte budgétaire imposera des choix médicaux. Là encore, le choix de la formule ne peut que renforcer la responsabilité de la commission médicale d'établissement.

Votre commission souhaite apporter trois précisions sur le fonctionnement de la commission médicale d'établissement.

En ce qui concerne son pouvoir consultatif, et pour qu'il puisse s'exercer de manière effective, il est précisé que la commission médicale d'établissement est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget.

A propos de son pouvoir délibératif, votre commission entend préciser les modalités de l'auto-saisine. Celle-ci s'exercera sur

l'initiative du président de la commission médicale d'établissement ou du tiers de ses membres.

Enfin, il ne paraît pas concevable d'exclure le conseil d'administration. Celui-ci, par la voie de son président, doit pouvoir également saisir la commission médicale d'établissement pour lui demander de délibérer sur des choix médicaux qui se posent à l'établissement.

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

Article 5

(articles 7,14-2, 21 et 25 de la loi du 31 décembre 1970)

Coordination

Le présent article, par voie de conséquence avec le précédent, modifie l'appellation de la commission médicale consultative en commission médicale d'établissement dans les différents articles de la loi du 31 décembre 1970 où elle était visée : aux articles 7 et 14-2 relatifs aux groupements interhospitaliers, à l'article 21 relatif au conseil d'administration d'un centre hospitalier et à l'article 25 relatif au personnel des établissements d'hospitalisation publics.

De plus, le deuxième alinéa de cet article investit les actuelles commissions médicales consultatives des compétences dévolues aux commissions médicales d'établissement.

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

Article 6
(article 13 de la loi du 3 janvier 1984)
Abrogation des dispositions transitoires
relatives au département

Le présent article abroge l'article 13 de la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 portant réforme hospitalière et qui n'a plus de raison d'être.

Cet article indiquait que des mesures transitoires pouvaient être arrêtées jusqu'à la mise en place des départements, tout en précisant que ces dispositions ne seront applicables que durant les trois années qui suivront l'entrée en vigueur de la loi.

On peut s'interroger sur la nécessité d'abroger un article prévoyant l'éventualité de dispositions transitoires qui aujourd'hui n'ont plus de valeur juridique, puisque la période pendant laquelle elles étaient applicables expirait le 1er janvier 1987.

Sous réserve de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7
Mesures transitoires concernant les nominations
de chefs de clinique

Le présent article arrête un certain nombre de mesures transitoires et dérogatoires à la procédure de nomination des chefs de service prévue à l'article 2 du projet de loi.

Premièrement, tout médecin, biologiste ou odontologiste hospitalier, qui avait été nommé chef de service avant le 31 décembre 1984, c'est-à-dire avant la date d'entrée en vigueur du décret n° 84-1196 relatif au département hospitalier, sera nommé chef de service pour cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Le premier alinéa de l'article 7 pose une double condition à l'application de cette règle : ne pas avoir fait l'objet d'une mutation depuis le 31 décembre 1984 et continuer d'exercer ces fonctions à la date d'entrée en vigueur. Ceci concerne les chefs de service qui depuis les décrets statutaires n'exerçaient plus leurs fonctions qu'à titre intérimaire, mais dans le même service.

Le deuxième alinéa, ajouté par l'Assemblée nationale, précise que priorité sera donnée à un praticien hospitalier, nommé chef de service avant 1984, et ayant muté après cette date, et qui se trouve en concurrence avec un praticien hospitalier, non chef de service mais ayant été nommé chef de service intérimaire par le préfet.

Enfin, le dernier alinéa de cet article précise qu'en ce qui concerne les pharmaciens, qui ne relèvent plus du statut de la fonction publique hospitalière (loi n° 87-39 du 27 janvier 1987), les pharmaciens-résidents chef de première ou deuxième classe assurant à la date de publication de la présente loi la direction d'une pharmacie seront nommés chef du service de pharmacie pour une durée de cinq ans.

Votre commission s'interroge sur la portée du deuxième alinéa de l'article 7. A priori, il s'agit de régler les cas où deux praticiens hospitaliers, l'un intérimaire, l'autre ancien chef de service, mais nouvellement arrivé, peuvent prétendre aux fonctions de chef de service.

Le présent alinéa prévoit automatiquement la nomination de l'ancien chef de service, nouvellement arrivé.

Votre commission préfère que ces cas, dont on ne peut connaître le nombre, soient réglés localement par la procédure de droit commun arrêtée par l'article 2 du présent projet de loi. Dans ces cas très délicats, il convient en effet d'entendre les avis locaux : conseil d'administration et commission médicale d'établissement. C'est pourquoi il vous est proposé la suppression du deuxième alinéa de l'article 7.

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

Article 7 bis (nouveau)
(article 25 de la loi du 31 décembre 1970)
Accès des pharmaciens au statut d'attaché des hôpitaux

L'article 7 bis résulte d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, tirant les conséquences des changements intervenus dans la situation statutaire des pharmaciens résidents des hôpitaux.

La loi du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social a en effet inclus les pharmaciens résidents des hôpitaux, relevant jusqu'alors du titre IV du statut de la fonction publique, dans le statut des praticiens hospitaliers.

Cette mesure était inspirée par un souci de cohérence visant à doter d'un même statut, des personnels à la formation et aux fonctions très voisines. Elle devait mettre fin aux disparités injustifiées qui singularisaient les pharmaciens résidents au sein de l'ensemble des praticiens.

Cet article 7 bis procède de la même logique. Il modifie l'article 25 de la loi hospitalière pour permettre aux pharmaciens d'accéder au statut d'attachés des hôpitaux, au même titre que les médecins, les biologistes et les odontologistes.

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

Titre II

Division et Intitulé retirés

Articles 8 et 9

Retirés

Titre III - Dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés

Le Titre III du projet de loi regroupe deux séries de dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés. L'une concerne les regroupements d'établissements et l'autre les conversions de lits.

Dans l'un et l'autre cas, le dispositif proposé par le projet de loi veut aller vers un assouplissement des règles en vigueur, afin de donner aux établissements privés les moyens nécessaires de s'adapter à la demande de soins, à l'évolution technologique, tout en maîtrisant les coûts.

Article 10

(articles 31 et 33 de la loi du 31 décembre 1970)

Regroupement des établissements privés

Cet article reconnaît juridiquement la notion de regroupement d'établissements, en fixe le régime et prévoit des conditions particulières pour un regroupement qui a lieu dans un secteur sanitaire excédentaire en lits.

D'une part, le présent article reconnaît la valeur juridique du regroupement en soumettant ce processus au régime de l'autorisation préalable prévue à l'article 31 de la loi du 31 décembre 1970.

Cette reconnaissance succède au contentieux abondant qui découlait de la jurisprudence du conseil d'Etat et qui a été rappelé dans l'exposé général.

Désormais, sera soumis à autorisation préalable tout projet de création, d'extension et de regroupement d'établissements privés. Ces projets seront autorisés, s'ils répondent à des normes techniques et qualitatives précises, et s'ils correspondent aux besoins exprimés par la carte sanitaire.

Si donc le secteur est excédentaire, aucune autorisation de création ou d'extension ne pourra être délivrée. En ce qui concerne le regroupement, le présent article prévoit une procédure particulière qui autorise ledit regroupement, s'il intervient dans un même secteur sanitaire, à condition qu'il soit assorti d'une réduction de lits.

Il s'agit de mettre fin à un régime d'interdiction pur et simple, pour permettre aux établissements privés de s'adapter aux nouvelles contraintes économiques en réalisant les économies d'échelle indispensables à leur service.

Mais dans la logique de la carte sanitaire, il convient de tenir compte des gains de productivité réalisés et d'assortir le regroupement d'une réduction de lits.

L'Assemblée nationale a précisé que cette réduction se ferait dans la limite d'un plafond, et qu'en cas d'établissement multidisciplinaire, le regroupement serait apprécié discipline par discipline.

Elle a également rappelé que ces dispositions ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à augmentation de capacité ou à regroupement d'établissements. Cette disposition, en l'état actuel du droit est superfétatoire puisque l'achat

ou la vente d'établissements hospitaliers privés est totalement libre et doit le demeurer.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification..

Article 11
(article 33-1 de la loi du 31 décembre 1970)
Conversion de lits

Le présent article introduit dans la loi du 31 décembre 1970 la notion de "conversion de lits", et donne ainsi valeur légale à un type d'opération, pour lequel la jurisprudence avait fait application d'un régime très contraignant.

Selon la jurisprudence, toute conversion de lit était soumise à un régime d'autorisation préalable de droit commun, qui assimilait un changement d'activité au sein d'un même établissement, à une suppression de lits dans un service donné, et à une création simultanée équivalente dans un service de discipline différente. (CE 26 janvier 1979 - Ministère de la Santé et SA du Sanatorium médico-chirurgical des Pyrénées et centre hospitalier de Pau). La procédure d'autorisation est celle définie à l'article 34 de la loi du 31 décembre 1970, à savoir dans le respect des besoins reconnus par la carte sanitaire, autorisation par le représentant de l'Etat dans la région après avis de la commission régionale des établissements sanitaires et sociaux. Cette autorisation est réputée acquise après expiration d'un délai de six mois après le dépôt de la demande.

Le présent projet de loi donne une valeur légale à la notion de conversion de lit et prévoit une procédure allégée dans des cas bien précis.

Pour certaines disciplines déterminées par décret, et dans des secteurs sanitaires reconnus déficitaires, l'autorisation sera réputée accordée sauf opposition du représentant de l'Etat dans la région qui

doit être notifiée dans un délai maximum de six mois. Selon les informations données au rapporteur le décret viserait les disciplines de court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique.

Par rapport à la procédure d'autorisation de droit commun prévue aux articles 33 et 34 de la loi du 31 décembre 1970, la procédure de l'article 11 ne fait en définitive l'économie que de la consultation de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux. Les délais laissés à l'administration sont identiques dans les deux procédures.

Il est précisé que le projet de conversion devra répondre aux conditions fixées à l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970 relatives aux normes techniques et aux personnels. De plus, cette autorisation de conversion pourra être assortie de règles particulières prises dans l'intérêt de la santé publique, d'un engagement à conclure un contrat de concession ou encore un accord d'association.

Enfin, il est précisé que les voies de recours ouvertes à l'encontre d'une autorisation ou d'un refus de conversion de lits seront identiques à celles ouvertes dans le cas d'une autorisation de création ou d'extension. Celui qui y a intérêt peut former un recours devant le Ministre chargé de la Santé, sur avis de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux. Il a six mois pour statuer. On peut en effet s'interroger sur l'effectivité de ces voies de recours, dans le cas où l'autorisation de conversion est tacitement accordée après expiration du délai de six mois. Peu de personnes seront au courant du contenu du dossier de conversion, puisque ledit dossier n'est pas soumis à la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux.

Sous réserve de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Titre IV - Equipement sanitaire

Article 12

(articles 5, 6, 7, 47 et 48 de la loi du 31 décembre 1970)

Suppression des groupements interhospitaliers de région Harmonisation des conditions d'examen et de réalisation des projets d'équipement des secteurs publics et privés

Cet article regroupe diverses dispositions relatives aux structures et aux équipements hospitaliers.

- **Premièrement**, il supprime les groupements interhospitaliers de région qui étaient visés dans les articles 5, 6 et 7 de la loi du 31 décembre 1970.

On peut très brièvement rappeler qu'un certain nombre de structures de concertation avaient été prévues par la loi susmentionnée. Certaines étaient facultatives comme les syndicats interhospitaliers et d'autres revêtaient un caractère obligatoire, comme les groupements interhospitaliers.

Ces derniers existent à deux niveaux : au sein d'un secteur sanitaire, le groupement interhospitalier de secteur regroupe tous les établissements assurant le service public hospitalier. Au niveau de la région, le groupement interhospitalier régional se compose du C.H.R. (Centre Hospitalier Régional) et des autres établissements participant au service public hospitalier.

Ces groupements assurent la coopération entre les établissements membres et étaient obligatoirement consultés sur l'élaboration et la révision de la carte sanitaire, les programmes de travaux et l'installation d'équipements matériels lourds.

Autant il est utile de maintenir la consultation des groupements de secteur, autant le rôle joué par le groupement

interhospitalier de région fait double emploi avec d'autres structures, telle par exemple, la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux. C'est pourquoi cette structure est supprimée.

- **Deuxièmement**, il vous est proposé de restreindre les cas de consultation obligatoire des groupements interhospitaliers de secteur ; ils ne seront plus désormais consultés que sur l'élaboration et la révision de la carte sanitaire.

- **Troisièmement**, cet article propose un certain nombre de mesures permettant d'harmoniser les procédures applicables aux secteurs publics et privés en ce qui concerne les projets d'équipements et les programmes.

. D'une part, il harmonise les délais de caducité des programmes d'équipement. Actuellement, selon l'article 47 de la loi du 31 décembre, un refus d'autorisation de création d'un établissement privé qui se fonde sur l'existence d'un projet d'équipement susceptible de couvrir les besoins est réputé caduc si ce projet d'équipement n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de six ans pour un "projet public" et de seulement deux ans pour un "projet privé". Le refus est réputé caduc et l'autorisation de création est alors accordée de plein droit si la demande est confirmée.

Désormais ce délai de caducité est identique pour les projets tant publics que privés, et il est fixé à trois ans.

. D'autre part, le présent article harmonise les procédures d'examen des projets d'équipements et des programmes.

Jusqu'à présent, selon les articles 31 et 34 de la loi du 31 décembre 1970, les créations, extensions d'établissements privés, ainsi que leurs installations d'équipements lourds sont soumises à autorisation préalable du préfet de région après avis de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux, sauf à être autorisés au niveau national selon la même procédure.

Maïs, selon l'article 48, sont seulement soumis à approbation tout programme, projet de création, d'extension, installation d'équipements lourds relatifs à un établissement hospitalier public. Le décret du 9 décembre 1974 fixe les compétences respectives du ministre de la santé et du préfet sans qu'aucune commission ne soit consultée.

Désormais, la commission régionale -ou nationale- des équipements sanitaires et sociaux sera obligatoirement consultée en ce qui concerne le secteur public, à l'instar de ce qui se passait pour le secteur privé.

Votre commission adhère totalement à ce souci d'harmonisation et vous propose de compléter l'article 48 de la loi du 31 décembre 1970 en précisant que ces décisions d'approbation seront publiées et pourront faire l'objet d'un recours dans les mêmes formes que celles retenues à l'article 34 de la loi du 31 décembre 1970.

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

**Article additionnel après l'article 12
(article 44 de la loi du 31 décembre 1970)
Règles de publicité concernant les modifications
apportées à la carte sanitaire**

Par cet article additionnel qu'il vous est proposé d'adopter, votre commission des Affaires sociales cherche à donner plus de clarté et surtout plus de publicité à la procédure de modification de la carte sanitaire et partant des secteurs qui la composent.

A l'heure actuelle, et bien que les commissions régionales et nationale des établissements sanitaires et sociaux soient consultées sur l'élaboration et la modification de la carte sanitaire, il semble trop souvent que ces modifications ne résultent que du seul bon vouloir des personnels des directions d'Action sanitaire et sociale.

Afin d'apporter plus de clarté, cet amendement prévoit que le Parlement soit tenu au courant par un rapport annuel, des modifications apportées à la carte sanitaire. Ce rapport pourrait être transmis au moment du vote de la loi de finances.

Titre V

Dispositions relatives à l'homologation de certains produits ou appareils

Article 13

(Livre V - Titre IV du code de la santé publique Chapitre V - Homologation de certains produits ou appareils article L. 665-1 du code de la santé publique)

Le présent article 13, par un chapitre additionnel inséré dans le livre V du code de la santé publique relatif à la pharmacie, arrête une procédure d'homologation des matériels générale, qui s'applique également aux établissements privés d'hospitalisation.

Il répond à une double nécessité :

- harmoniser les normes d'homologation au niveau communautaire pour permettre dès 1992 la libre circulation des produits et appareils ;

- préserver les malades français des essais pratiqués par des constructeurs étrangers, soumis chez eux à une réglementation sévère, et qui seraient tentés de venir tester leur matériel dans les établissements privés d'hospitalisation.

La procédure choisie s'apparente à une autorisation de mise sur le marché et s'exercera dans un cadre bien précis :

- ne sont visés que les produits ou appareils pouvant présenter un danger pour le malade ou l'utilisateur ; un décret fixera la liste de ces produits.

- l'homologation ne sera accordée que si le produit répond à certaines normes techniques. Elle est accordée par l'autorité administrative après avis d'une commission nationale d'homologation. Un décret en Conseil d'Etat fixera les règles quant à la procédure à suivre, ainsi que les dispositions transitoires.

De plus, l'article 13 précise que cette homologation n'exonère pas le fabricant de sa responsabilité de droit commun quant au produit visé.

Enfin, en cas d'infraction, la sanction peut décider de la suspension de la commercialisation et du retrait des produits.

On peut rappeler qu'actuellement seuls les établissements publics étaient soumis à des règles strictes d'obtention d'une autorisation d'utilisation délivrée par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale d'homologation. Cette procédure qui remonte à 1950 avait été modifiée et précisée par un arrêté du 9 décembre 1984. Cette commission délivrait des décisions d'homologation valables cinq ans maximum. Cette procédure concernait le matériel d'imageries, de chirurgie ou thérapie, d'appareils de suppléance fonctionnelle...

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

ANNEXE I

COMPTE RENDU DES AUDITIONS TENUES A L'OCCASION DU PROJET DE LOI RELATIF AUX ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION ET A L'EQUIPEMENT SANITAIRE

A - 5 mai 1987 - Audition de Mme Michèle Barzach, ministre délégué, chargé de la santé et de la famille.

Mme Michèle Barzach a tout d'abord rappelé la double préoccupation à laquelle répondait ce texte : donner aux établissements hospitaliers la stabilité dont ils ont besoin et créer le terrain qui permettra d'aborder sereinement les mutations, permettant de réaliser l'hôpital de demain.

Le contexte actuel rend l'adoption de ce texte urgente, puisque, faute d'être appliquée et applicable, la loi du 3 janvier 1984, depuis l'expiration de la période transitoire qu'elle avait ménagée, laisse les hôpitaux dans un vide institutionnel très lourdement préjudiciable. Les raisons de l'échec de la loi du 3 janvier 1984 : dilution des responsabilités, uniformisation et rigidité justifient que ce projet de loi articule l'organisation médicale des hôpitaux autour du service, structure connue et reconnue, où chacun exerce ses responsabilités.

Le ministre a ensuite présenté le contenu du projet qui s'articule autour de quatre titres : organisation des établissements hospitaliers, établissements d'hospitalisation privés, procédures d'équipements sanitaires, homologation des appareils.

L'organisation des établissements hospitaliers repose sur le service, placé sous la responsabilité du chef de service. Il ne s'agit pas de revenir à la situation d'avant 1984, puisque ces chefs seront nommés pour cinq ans, renouvelables. A l'occasion de la nomination et du

renouvellement, les instances hospitalières seront consultées. En deuxième lieu, la création des pôles d'activité doit permettre aux jeunes médecins d'accéder à des responsabilités véritables, et elle tient compte de la spécialisation croissante des activités au sein d'un même service. Enfin, le projet de loi maintient le principe du département auquel le Gouvernement est très attaché, en lui donnant un caractère souple, facultatif et volontaire régi par un règlement intérieur arrêté par le conseil d'administration.

Mme Barzach a également rappelé les nouvelles compétences dévolues à la commission médicale consultative qui devient commission médicale d'établissement et qui pourra délibérer sur les orientations médicales mises en oeuvre dans l'établissement. Ce pouvoir devra s'exercer dans les limites des crédits budgétaires alloués.

En ce qui concerne les établissements privés, le ministre a présenté les mesures autorisant les regroupements comme devant permettre aux établissements de réaliser des économies de gestion et des économies d'échelle indispensables à leur survie. Mais dans le cas de secteurs excédentaires, cette autorisation de regroupement sera assortie d'une réduction de lits, dans le même esprit que celui qui inspire les réductions de lits opérés dans le secteur public. L'Assemblée nationale a précisé que cette réduction ferait l'objet d'un plafond fixé par décret et autorisé le regroupement par discipline. De plus, le projet de loi prévoit une procédure simplifiée pour les changements d'affectation de lits d'une discipline à l'autre.

Le ministre a ensuite énuméré les différentes mesures du projet de loi permettant d'harmoniser les dispositions relatives à l'équipement sanitaire dans le secteur public et dans le secteur privé. Enfin, elle a souligné l'intérêt d'imposer l'utilisation de matériels homologués aux établissements privés comme aux établissements publics, sinon il existait un risque potentiel de voir les constructeurs étrangers venir tester leurs nouveaux matériels dans les cliniques françaises.

En conclusion, Mme Barzach a souligné que ce texte constituait un préalable indispensable aux réformes devant être

adoptées pour préparer l'hôpital de demain. Rappelant les mutations importantes que le paysage hospitalier allait connaître, elle a précisé que, parallèlement à ce projet de loi, le Gouvernement avait déjà entrepris de résoudre certains problèmes : assouplissement des mécanismes d'investissement, études sur le budget global, programmes informatiques, réforme des études médicales.

Mais toutes ces réformes ont besoin d'un ancrage structurel fort, qui est apporté par le présent projet de loi.

En réponse aux questions de **M. Charles Descours, rapporteur**, le ministre a indiqué à propos du renouvellement des chefs de service que le rapport d'activité serait un élément de connaissance et non de jugement. Mais le renouvellement ne doit pas être tacite ou automatique. En ce qui concerne la commission médicale d'établissement, celle-ci permet de responsabiliser les médecins et elle constitue un outil de concertation indispensable dans le cadre d'un budget global. Dès 1988, des modifications seront introduites permettant d'aller vers un budget global concerté. Elle a précisé l'importance du département dans l'organisation hospitalière de demain et rappelé que les regroupements étaient indispensables pour une meilleure gestion des établissements privés.

M. Jean Chérioux, tout en se félicitant du contenu du projet de loi, notamment en ce qui concerne le département et la participation des personnels, s'est inquiété de l'adoption d'une carte sanitaire pour le long séjour et de la coupure dramatique entre les secteurs sanitaire et social résultant des modes de financement différents.

Répondant à **M. Guy Penne**, **Mme Barzach** a indiqué qu'il ne convenait pas de faire de l'électoratisme à l'hôpital, et qu'en effet, tout le monde était d'accord pour un département souple et volontaire, pour lequel des incitations seront étudiées sous forme d'attribution d'équipements.

Répondant à **M. Louis Boyer**, le ministre a indiqué que les autorisations d'équipements lourds étaient toujours soumises à la commission nationale. En ce qui concerne le recrutement désastreux

des praticiens hospitaliers dans les hôpitaux généraux, **Mme Barzach** a reconnu le problème, tout en précisant qu'il ne saurait y avoir modification des rémunérations des chefs de service ; l'alignement sur les pays de la Communauté européenne impose les modifications décidées ces dernières années portant sur les études médicales.

M. Paul Souffrin s'est déclaré hostile au projet de loi au nom du groupe communiste et a déploré que le personnel non médical soit absent du projet de loi. A propos des établissements privés, il considère que le projet de loi crée un régime discriminatoire à l'encontre des établissements publics, alors que les établissements privés ne supportent pas les mêmes charges. De plus, les établissements publics sont confrontés à des situations de pénurie tant en matière de personnel que d'équipements légers, ce qui nuit gravement à leur stabilité. Lui répondant, **Mme Barzach** a indiqué que la politique de redéploiement, les réflexions menées en matière d'organisation du travail devaient constituer un début de solution. A propos des autorisations de scanner, elle a indiqué que l'indice publié au Journal Officiel du 4 mai 1987 était désormais de 1/140 000.

M. Franck Sérusclat a jugé la présentation du projet de loi faite par le ministre, caricaturale ; il considère que le contenu du texte, tant en ce qui concerne le service, que la commission médicale d'établissement n'apportait aucun élément nouveau.

M. Henri Collard s'est interrogé sur l'issue d'un conflit entre conseil d'administration et commission médicale d'établissement à l'occasion d'une nomination du chef de service. Il a insisté sur la nécessité de résoudre le problème du long séjour, de revoir les rémunérations des médecins hospitaliers publics et de revaloriser le rôle des médecins généralistes en milieu hospitalier.

M. José Balarello s'est interrogé sur la limite d'âge qui frappait un chef de service hospitalo-universitaire, 65 ou 68 ans ?

M. Jean-Pierre Fourcade, en conclusion, a souhaité que le ministre mette en oeuvre une réforme en profondeur de ses directions d'action sociale.

B - 22 avril 1987 - Auditions tenues devant MM. Jean-Pierre Fourcade, président, et Charles Descours, rapporteur

1. M. Louis Serfaty, président de la Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée (F.I.E.H.P.) accompagné de M. Dubois, vice-président, et de Mlle Dorel, secrétaire général

Dans le projet de loi portant réforme hospitalière, ce sont les titres III et IV essentiellement qui intéressent la F.I.E.H.P.

En ce qui concerne les regroupements d'établissements, il est bien qu'ils soient désormais prévus et autorisés par la loi.

Mais le fait de les assortir d'une obligation de réduction crée des difficultés. Etant donné la valeur d'un lit, on décide par ce mécanisme d'une amputation du domaine patrimonial sans prévoir la moindre indemnisation.

On peut s'inquiéter de ce que l'effort de réduction de capacités excédentaires soit supporté par les établissements privés, alors même que les ouvertures de lits ont été massivement pratiquées dans le secteur public depuis quinze ans.

Ces regroupements sont examinés dans le cadre de la carte sanitaire, mais il conviendrait qu'ils ne soient pas assortis d'une réduction de capacité dès lors qu'ils interviennent au sein d'un même secteur sanitaire.

A propos des équipements sanitaires, la F.I.E.H.P. est favorable à une réelle harmonisation des procédures d'autorisation, tant en ce qui concerne les délais que le niveau de décision. Elle souhaite également que les décisions soient obligatoirement publiées.

La F.I.E.H.P. est également très favorable au développement de conventions d'utilisation d'équipements lourds associant le secteur public et privé.

Enfin la F.I.E.H.P. souhaite que le vide juridique résultant de la non- parution des décrets prévus à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 soit comblé, afin de permettre au secteur privé hospitalier d'ouvrir des lits de long séjour.

2. M. Garbay, président au syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (S.N.A.M.), accompagné de M. Weill, secrétaire général

Dans ce projet de loi portant réforme hospitalière, le point essentiel porte sur les conditions de nomination du chef de service et surtout les conditions de son renouvellement, tous les cinq ans.

Plusieurs questions restent à éclaircir, à savoir : le rôle du corps médical dans la procédure de renouvellement. Y aura-t-il une réelle autosanction ? Qu'entend-on par rapport d'activité ? Il faut de toute évidence éviter des paperasses supplémentaires, et simplifier le contenu du dossier que devra présenter le chef de service.

Il importe de bien préciser le partage des responsabilités entre le directeur d'hôpital -responsable administratif- et le médecin -responsable de l'activité médicale de son service-. Il ne saurait y avoir subordination du médecin au directeur d'hôpital.

En ce qui concerne les conditions à remplir pour être chef de service, il faut prévoir plus explicitement que ce poste est ouvert aux praticiens à temps partiel. Il convient de ne pas oublier les chefs de service qui ont "subi" la départementalisation depuis 1984. Ils doivent pouvoir être automatiquement désignés comme chef de service dès la promulgation de la présente loi.

En conclusion, ce projet de loi se veut pragmatique et souple récusant toute position dogmatique, ce qui est un élément très appréciable.

C - 5 mai 1987 - Auditions effectuées par M. Charles Descours, rapporteur

1. M. Riffard, directeur-adjoint de la Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés (F.E.H.A.P.)

M. Riffard a tout d'abord indiqué que les établissements privés à but non lucratif représentés par sa fédération connaissent déjà, à des degrés divers, une organisation en départements et services qui se singularise par l'absence de formule à caractère obligatoire. S'interrogeant sur les pouvoirs délibératifs reconnus, par le projet de loi, aux commissions médicales d'établissement, il a souhaité obtenir la confirmation que cette disposition ne s'appliquera pas aux établissements privés.

S'agissant des articles 10 et 11, concernant plus particulièrement l'hospitalisation privée, il a approuvé la possibilité de regrouper les établissements avec, si nécessaire, une réduction du nombre des lits dans les secteurs excédentaires, mais il a regretté qu'il n'ait pas été prévu d'aligner le régime des cessions d'établissements sur celui des regroupements.

Il a estimé souhaitable de prévoir l'intervention des commissions régionales des équipements sanitaires dans la procédure de conversion de services prévue à l'article 11.

Il a enfin manifesté l'assentiment global de sa fédération sur les autres dispositions du projet de loi, notamment en ce qui concerne l'harmonisation des conditions d'examen des projets d'équipement des secteurs public et privé.

2. MM. les docteurs Galéa et Caroli, représentant le syndicat des psychiatres d'exercice public (S.P.E.P.)

MM. les docteurs Galéa et Caroli ont indiqué la position du S.P.E.P. sur les dispositions du projet de loi intéressant spécifiquement les psychiatres. Ils ont manifesté leur désaccord sur deux modifications apportées à l'Assemblée nationale aux articles 2 et 7 et ont souhaité un retour au texte du projet de loi initial.

S'agissant de l'article 2 relatif à la nomination des chefs de service, le S.P.E.P. estime qu'il n'est pas opportun de prévoir pour les psychiatres des procédures différentes de celles qui prévalent pour les autres praticiens :

- la nomination des chefs de service en psychiatrie et leur renouvellement devraient faire intervenir l'avis des conseils d'administration et des commissions médicales consultatives, comme cela est d'ailleurs prévu pour des psychiatres hospitalo-universitaires

- il n'est pas souhaitable de singulariser la psychiatrie des autres disciplines médicales, surtout depuis que la lutte contre les maladies mentales se trouve entièrement placée sous la responsabilité de l'hôpital.

Le S.P.E.P. s'est prononcé contre l'extension des dispositions de l'article 7, qui prévoit le maintien dans leurs fonctions des chefs de service nommés avant le 31 décembre 1984, aux praticiens ayant fait l'objet d'une mutation depuis cette date. Il a donc souhaité, pour cet article, un retour au texte initial du projet de loi.

3. M. Hébert, représentant l'Union hospitalière privée (U.H.P.)

M. Hébert a précisé les positions de son organisation sur les articles 10 et 11 qui concernent l'hospitalisation privée.

L'U.H.P. regrette que le regroupement des établissements privés, qui correspond à une nécessité, soit subordonné, dans les secteurs excédentaires de la carte sanitaire, à une réduction de lits, alors même que c'est le secteur public et non le secteur privé qui a créé le plus de lits durant les quinze dernières années.

Il a souhaité par ailleurs que, dans le cadre de la conversion de services, les établissements privés puissent développer les lits d'hospitalisation de jour, de convalescence et de rééducation fonctionnelle, ainsi que les services d'hospitalisation à domicile.

L'U.H.P. a enfin proposé une modification de la procédure de mise sur le marché d'appareils nouveaux, la définition des indices de besoin devant nécessairement s'accompagner de la détermination d'un quota de répartition entre secteurs public et privé.

4 - Audition de M. Sacco, représentant de la C.F.D.T. - personnels de direction et personnels non médicaux.

En premier lieu, l'organisation syndicale C.F.D.T. a fait part de sa franche opposition au rétablissement des services hospitaliers. En 1984, elle avait été très favorable à la création des départements, qui devait accompagner le mécanisme de la dotation globale. Le rétablissement du service ne permet pas une réelle maîtrise des coûts tout en préservant la qualité des soins. La situation actuelle risque de se prolonger où la dotation globale n'est en réalité qu'un garrot financier.

A propos du département hospitalier, la C.F.D.T. a fait remarquer que le conseil de département était un élément important, car il permettait d'instaurer un dialogue entre personnel médical et non médical.

Dans le texte du projet de loi, si le département conserve son caractère facultatif, il doit être assorti de mesures très incitatives.

La philosophie du texte proposé consiste en une apologie des chefs de service : tout est lié à leur accord, alors même qu'ils sont hostiles à toute évolution et qu'ils ne saisiront pas les opportunités offertes par le projet de loi.

La C.F.D.T. a ensuite insisté sur des points jugés fondamentaux, à savoir le problème des jeunes médecins et des pôles d'activités, qui ne dépendent que de la seule volonté des chefs de service. En outre, selon l'organisation syndicale, la procédure de renouvellement des chefs de service pose de graves problèmes pratiques et administratifs.

Par ailleurs, la C.F.D.T. a souhaité voir modifier la composition des comités techniques paritaires, afin qu'elle soit de même nature que celle retenue pour les commissions médicales d'établissements ou les comités d'établissements dans une entreprise.

Dans un deuxième temps, le représentant de la C.F.D.T. a fait part des préoccupations de son organisation au regard de la planification hospitalière. La procédure de regroupement pour les établissements privés, ainsi que celle concernant les conversions de lits relèvent du débat fondamental, à savoir : complémentarité ou concurrence des secteurs publics et privés. L'enjeu des prochaines années est en partie fonction de la capacité du monde sanitaire privé-public à résister aux pressions de groupes financiers.

Enfin, à propos des directeurs d'hôpitaux, l'organisation syndicale C.F.D.T. est tout à fait opposée à ce que lesdits directeurs ne relèvent pas du titre IV relatif à la fonction publique hospitalière.

5 - Audition de MM. Tayon, président, et Bourdain, secrétaire général, du Syndicat de la Médecine Hospitalière (S.M.H.)

Les représentants du syndicat de la médecine hospitalière (S.M.H.) ont tout d'abord fait part de leur regret de ne pouvoir

s'exprimer sur les dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens à temps plein des établissements d'hospitalisation publics.

Ils se sont déclarés favorables à l'organisation des hôpitaux en département, qui est conforme à la dissociation du grade et de la fonction. Cependant, ils restent hostiles au caractère obligatoire de ce département voulu par la loi du 3 janvier 1984, et opposés au rôle trop important qui était dévolu par ce texte au chef de département.

Pour le S.M.H., l'organisation collégiale est cependant l'avenir pour les structures hospitalières et elle doit être favorisée par des mesures fortement incitatives.

Or, le texte du projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, ne fait que renforcer le rôle du chef de service.

Ce renforcement est très net, tant en ce qui concerne les pôles d'activité et la délégation faite au responsable de ce pôle, qu'en ce qui concerne la création et la mise en place du département.

Dans l'un et l'autre cas, un seul médecin chef de service peut bloquer toute la procédure par son droit de veto.

En ce qui concerne la nomination du chef de service et son renouvellement, le S.M.H. est tout à fait favorable à ce qu'elle soit le fait du ministre chargé de la santé.

Enfin, à propos du titre III, relatif aux établissements d'hospitalisation privée, le S.M.H. est favorable à ce qu'une autorisation de regroupement soit assortie d'une réduction de lits.

6 - Audition de MM. Zelinsky et Pariente représentant l'Intersyndicale des Internes de Faculté

M. Denormandie, représentant l'Intersyndicale des chefs de clinique devait également participer à cette audition mais n'a pu être présent.

MM. Zelinsky et Pariente ont déclaré que leur organisation n'avait pas souhaité se prononcer sur le contenu du projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation, étant donné que leurs préoccupations immédiates étaient beaucoup plus liées aux projets du Gouvernement en ce qui concerne la réforme des études médicales. Sur ce sujet, ils se sont déclarés très favorables au rétablissement de la spécificité du titre d'interne et au rétablissement de concours par C.H.U. ou regroupement de C.H.U.

7 - Audition de M. De Roubaix représentant des cadres hospitaliers - F.O.

M. De Roubaix partage l'opinion du ministre chargé de la santé qui présente ce texte comme une étape et non comme une fin en soi. La grande réforme, fondement de l'hôpital de l'an 2000 est pour demain, car il n'est pas opportun de la faire aujourd'hui. Sur ce projet de loi, il convient de ne pas se livrer à un combat de principes ou idéologique.

Deux points fondamentaux sont aujourd'hui examinés :

- D'une part, le rétablissement du service qui vient combler le vide juridique actuel. L'organisation syndicale F.O. était pour la départementalisation mais reconnaît que la gestion politique du dossier était telle, qu'il était impossible de relancer le dispositif.

Cependant, elle réaffirme que l'avenir du monde hospitalier passe par une restructuration interne, qui aura peu ou prou le visage de la départementalisation. Il aurait fallu que le projet de loi arrête des mesures incitatives à la mise en place du département.

A propos des conditions de nomination des chefs de service, F.O. considère que le renouvellement aura un caractère quasi automatique, et que les chefs de service seront en réalité inamovibles.

- D'autre part, à propos des dispositions relatives au regroupement d'établissements et à la conversion de lits, F.O. considère que par ce biais on anéantit tout effort de planification hospitalière et que l'on remet en cause le rôle pivot du secteur hospitalier public.

Enfin, en ce qui concerne le problème du statut des cadres hospitaliers, F.O. s'est déclarée tout à fait hostile à ce que ces derniers ne fassent plus partie du titre IV[°] relatif à la fonction publique hospitalière.

8 - Audition de Mme Claudine Pla et M. Gilles Poulard, représentants du secteur santé de l'organisation syndicale C.G.T.

Selon l'organisation C.G.T., ce projet de loi s'intègre dans l'entreprise générale de destruction du système français de protection sociale. L'organisation C.G.T. demande le retrait pur et simple de ce texte.

Le projet de loi rétablit les plein-pouvoirs des chefs de service, et laisse à leur bon vouloir la mise en place de départements. La C.G.T. était également contre le rétablissement de l'activité libérale des praticiens à l'hôpital tout en reconnaissant que la rémunération actuelle des praticiens hospitaliers était nettement insuffisante.

A propos de la loi de 1984, relative au département, la C.G.T. souhaitait voir le personnel non médical associé de la manière la plus large possible à la mise en place du département. Ce texte n'a pas été appliqué, faute d'une réelle volonté politique alors que le personnel non médical le souhaitait.

D - 6 mai 1987 - Auditions tenues devant la commission des Affaires Sociales -

1 - M. le Professeur Périssat, président du Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires (S.N.P.H.U.)

Le Professeur Périssat a manifesté l'assentiment global de son organisation sur le projet de loi, notamment en ce qui concerne :

- le découpage en services,
- la possibilité de créer au sein des services des pôles d'activités, ce qui permettra de répondre aux aspirations des jeunes praticiens,
- la transformation de la commission médicale consultative en commission médicale d'établissement, dotée d'attributions décisionnelles,
- la possibilité de regrouper des services en département.

Il a ensuite souhaité que soient apportées au projet de loi plusieurs modifications ayant les objets suivants :

- permettre aux professeurs non-chefs de service de solliciter après cinq ans d'activité et au vu d'un rapport d'activité, la création d'un service ou d'un pôle d'activité, sans intervention du chef de service,
- reconsidérer les attributions des directeurs d'hôpitaux afin d'atténuer leur pouvoir hiérarchique sur les personnels médicaux,
- accroître la représentation des personnels médicaux au sein des conseils d'administration,
- alléger les modalités de renomination lorsqu'aucune procédure de non-reconduction n'a été engagée.

Répondant aux questions posées par **MM. Charles Descours, rapporteur, Guy Penne, Franck Sérusclat, Paul Souffrin, Claude Huriet et Henri Collard, le Professeur Périssat** a précisé la position de son organisation sur les notions de département et de pôles d'activité, sur les attributions des directeurs d'hôpitaux et de la commission médicale d'établissement et sur les procédures de nomination et de reconduction des chefs de service.

2- Audition des Professeurs Rochet, Président, Gallet, Vice-président et Cluzel, membre du bureau, de la conférence des présidents de commissions médicales consultatives des centres hospitalo-universitaires -

Le **Professeur Rochet** a tout d'abord indiqué que le projet de loi correspondait dans ses grandes lignes aux souhaits exprimés par la conférence des présidents de commissions médicales consultatives des centres hospitalo- universitaires dans le document de synthèse qu'elle avait rédigé à la fin de l'année 1985, notamment au regard du rétablissement des services et des chefs de services, de la création facultative des pôles d'activités médicales, du regroupement des services sous forme de départements et de la remise en cause des fonctions de chefs de service par la dissociation du grade et de la fonction.

En revanche, le **Professeur Rochet** s'est montré plus critique sur les conditions dans lesquelles le projet de loi satisfait aux conditions de l'autorité des médecins et de leurs compétences dans les décisions concernant la gestion et la politique médicale de l'établissement.

Il a notamment insisté sur le fait que la commission médicale d'établissement et son président doivent pouvoir définir devant le conseil d'administration les besoins réels nécessaires à l'exercice de la politique de santé ; pour les problèmes médicaux, l'autorité doit en quelque sorte être collégiale entre médecins et directeurs.

Il a enfin souligné les différences de traitements qui subsistent entre les hôpitaux publics et privés en matière d'équipements lourds.

Le **Professeur Cluzel** a ajouté qu'à la suite d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale le texte permettait de mieux prendre en compte le pouvoir de la commission médicale d'établissement dans la définition de la politique médicale.

Le **Professeur Gallet** a indiqué que les médecins ne revendiquent pas à proprement parler un pouvoir médical, mais une possibilité d'exercer leurs responsabilités médicales notamment pour la maîtrise des dépenses de santé.

Le rapporteur, **M. Charles Descours** a ensuite interrogé les représentants de la conférence des présidents de commissions médicales consultatives sur les conditions de renouvellement des chefs de service, sur les choix budgétaires effectués par la commission médicale et sur les décisions des conseils d'administration.

Le **Professeur Rochet** a également répondu aux questions des commissaires **Guy Penne** sur le budget global, **Paul Souffrin** sur les délais relatifs à l'équipement lourd des établissements publics et privés, **Louis Boyer** sur la querelle entre le secteur public et privé, **Claude Huriet** sur les conditions d'expression des orientations médicales et sur la création de pôles d'activités sans l'accord des chefs de service et **Franck Sérusclat** sur le taux directeur des budgets globaux.

Le **Professeur Rochet** a notamment insisté sur le non sens à son avis d'un taux directeur unique pour l'ensemble des établissements ; il s'est montré partisan de budgets ascendants discutés par les conseils d'administration, après que les commissions médicales aient associé l'ensemble des médecins à la définition des orientations de santé des établissements.

En réponse à une question de **M. Claude Huriet**, le **Professeur Cluzel** a enfin estimé que la création des pôles d'activités, qui pourrait poser des problèmes en raison du désaccord des chefs de

service, pourrait trouver sa solution dans le cadre du fonctionnement des commissions médicales d'établissement.

3. Audition des Dr. Gatelmand, secrétaire général de l'Union syndicale C.G.C. des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires, Dr. Jacques Fortineau, secrétaire national du S.P.H. (Syndicat des psychiatres des hôpitaux), Dr. Gilles Vidon, président du S.P.E.E.P. (Syndicat des psychiatres d'exercice public), Dr. Stanislas Jouannet du S.N.P.H.A.R. (Syndicat des praticiens d'anesthésie-réanimation de C.H.U), et du Dr R. Henry, président du Syndicat national des médecins chirurgiens et spécialistes des hôpitaux publics, représentant de l'Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers.

Le docteur Gatelmand, au nom de l'Intersyndicale, a fait part du malaise ressenti en raison de l'ambiguïté soulevée par le projet de loi, qui n'a pas été résolue lors des débats à l'Assemblée nationale.

M. Gatelmand a rappelé l'historique des expériences menées en matière de départementalisation, et les quatre raisons principales qui le rendent indispensable. A l'inverse le rétablissement de la chefferie de service recrée une hiérarchie technique et administrative contraire au principe de la dissociation du grade et de la fonction.

De plus le texte comporte un certain nombre de verrous, qui pénalisent la génération des jeunes médecins, et qui freine l'adaptation de l'hôpital. Les pôles d'activité dépendent de la seule volonté du chef de service, l'accord des chefs de service est indispensable pour créer des départements.

Présentée comme une étape intermédiaire, cette loi apparaît à beaucoup comme un retour en arrière, et le Dr. Gatelmand au nom de l'Intersyndicale des médecins hospitaliers a craint qu'elle n'induisse des clivages irréversibles, éloignant des structures hospitalières publiques les jeunes médecins.

Il a par ailleurs insisté sur les difficultés de recrutement des médecins dans les hôpitaux non universitaires, et sur l'impérieuse nécessité de confier des responsabilités réelles aux jeunes médecins.

Le Docteur Fortineau a rappelé les trois cellules fondamentales permettant à ses yeux de structurer l'hôpital : département, service, pôle d'activité, parmi lesquelles le département doit avoir un effet d'entraînement.

Les Docteurs Vidon et Jouannet ont insisté sur le risque de clivage induit par le projet de loi, entre les médecins, et sur la nécessité de donner des responsabilités aux jeunes médecins.

A propos des règles de nomination des chefs de service en psychiatrie, le Dr. Gatelmand a souhaité qu'on trouve la formule la moins mauvaise.

M. Paul Souffrin est intervenu pour rappeler le problème de la rémunération des praticiens hospitaliers et M. Louis Boyer pour déplorer le manque de mobilité entre hôpitaux.

M. Franck Sérusclat s'est déclaré désorienté par les différentes philosophies du département défendues par l'Intersyndicale.

M. Claude Huriet s'est déclaré favorable à un assouplissement des règles de création des pôles d'activité et désireux de donner plus de responsabilité aux titulaires de ces pôles, mais il s'est interrogé sur les sanctions envisageables en cas de dépassement de crédits.

M. Jouannet a rappelé que le service lui-même avait fait la preuve de son incapacité à maîtriser les coûts.

4. Audition de M. Vincent, président et de M. Paillé, délégué général du Syndicat National des Cadres Hospitaliers (S.N.C.H.)

M. Vincent a tout d'abord indiqué que son organisation professionnelle était globalement favorable au projet de loi de réforme hospitalière, notamment pour le rétablissement des services, pour la possibilité de créer d'une manière facultative des départements et des pôles d'activités.

En revanche, il s'est interrogé sur les risques de conflit que pourrait engendrer l'augmentation des pouvoirs de la commission médicale consultative, car de son point de vue, seul le conseil d'administration doit pouvoir définir la politique médicale de l'établissement.

Il s'est également interrogé sur l'existence d'une éventuelle tutelle pour les délibérations de la commission médicale d'établissement.

Il a souhaité la présence de cadres infirmiers dans la composition de conseils de départements et il a évoqué le problème des différences de tarification entre les établissements publics et les établissements privés, manifestant à ce propos de sérieuses réserves sur une conception libérale dans l'administration des soins de santé.

En réponse à une question du rapporteur, M. Vincent a estimé que la nouvelle rédaction issue du texte de l'Assemblée nationale ne présente pas de risques réels d'empiètement de la commission médicale d'établissement sur les pouvoirs des conseils d'administration mais peut générer une exacerbation des conflits latents entre les deux institutions.

En tout état de cause, il a à nouveau manifesté avec insistance la position de son organisation sur la nécessité d'un pouvoir administratif fort en milieu hospitalier.

En réponse à **M. Guy Penne**, **M. Vincent** a indiqué que le budget global était, même s'il n'est pas le meilleur, le seul système permettant à l'heure actuelle de maîtriser la progression des dépenses hospitalières et il a indiqué que les expériences de tarification par pathologie méritaient d'être poursuivies.

A **M. Franck Sérusclat** qui l'avait interrogé sur l'organisation des départements, il a répondu que des évolutions étaient aménagées pour leur mise en place alors même que 8 % des hôpitaux ont déjà procédé à des tentatives de départementalisation ; mais il a souligné que dans un certain nombre de cas, l'installation d'un département ne s'imposait pas compte tenu de l'importance des services déjà existants.

En réponse à une question du président **Jean-Pierre Fourcade**, il a indiqué que les rapports entre directeurs, conseils d'administration et commission médicale consultative ne s'étaient pas dégradés depuis quatre ou cinq ans, alors même que la situation économique rendait plus difficile la gestion des établissements hospitaliers. Il a toutefois estimé que la tutelle restait trop pesante sur les hôpitaux et que des allègements devraient y être apportés dans le cadre du groupe de travail auquel participe son syndicat.

5 - Audition des docteurs Bocca, président du syndicat national des praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation, Garcia, président du syndicat national des chefs de travaux et praticiens hospitaliers et universitaires et Darnaud, vice-président du syndicat national des praticiens hospitaliers, syndicat des monoappartenants

M. Bocca a tout d'abord fait état des critiques et des déceptions que ce texte avait rencontrées au sein de son syndicat, essentiellement pour deux raisons.

Tout d'abord, le projet revient à la notion de service tel qu'il avait été mis en œuvre par le décret de 1943 pour des aspects de gestion et financiers. De ce fait, son syndicat est opposé au retour à la pratique

du non renouvellement des chefs de service, aggravé par l'amendement adopté par l'Assemblée nationale.

Par ailleurs, en ce qui concerne les pôles d'activité, M. Bocca a regretté la disparition de la notion de l'unité fonctionnelle et a manifesté son opposition au droit de veto du chef de service dans la création des pôles d'activité.

Il a estimé que les conditions de création d'un pôle d'activité étaient insuffisantes et ne recouvraient pas une réelle unité de gestion. D'une manière générale, M. Bocca a regretté que les amendements de l'Assemblée nationale aient durci un texte qui ne s'ouvre pas aux besoins de la médecine future.

M. Garcia a d'abord indiqué qu'il reprenait à son compte les opinions de M. Bocca au nom des universitaires ou médecins non professeurs.

Il a ensuite fait appel au consensus du monde politique sur la santé et a soulevé les dangers de réforme permanente du monde hospitalier.

Il a décrit les inconvénients de la restauration de la notion de chef de service, alors même que la multiplication des services a engendré, dans le passé, une augmentation des coûts de fonctionnement. Pour lui, la solution consiste dans la diminution du nombre des lits par le redéploiement des personnels et par une meilleure utilisation des équipements. Pour ce faire, de nouvelles structures hospitalières sont nécessaires, qui prennent mieux en compte la responsabilité individuelle des praticiens. Or, de son point de vue, l'amendement adopté par l'Assemblée nationale ne va pas dans le bon sens pour les chefs de service.

M. Darnaud a manifesté son opposition aux conditions dans lesquelles a été élaborée la loi. Faute de concertation, il lui a semblé que les structures proposées par le projet de loi n'allaient pas dans le sens nécessaire pour régler les problèmes financiers liés à l'évolution des besoins de santé.

Il s'est ensuite interrogé sur la signification réelle et la définition précise des pôles d'activité dont la création, en tout état de cause, ne devrait pas être laissée à la seule volonté du chef de service.

Le rapporteur, **M. Charles Descours**, est alors intervenu pour dire qu'il comprenait l'impatience des intervenants, mais que ceux-ci devaient également prendre en compte la nécessité de légiférer en raison de l'inapplication de la loi de 1984.

MM. Bocca, Garcia et Darnaud ont ensuite répondu aux questions des commissaires.

M. Bocca a indiqué, à la suite d'une interrogation de **M. Charles Descours**, que des solutions pourraient être trouvées pour créer des pôles d'activité malgré l'opposition du chef de service, soit par le règlement intérieur des services, soit par la commission médicale d'établissement.

En réponse à une question de **M. Franck Sérusclat** sur l'organisation des départements, il lui a semblé que la loi précédente convenait mieux, mais il a regretté que des dispositions transitoires n'aient pas été prises à la fin de 1984 pour le dégagement des chefs de services concernés, alors même qu'une nouvelle organisation ne peut se mettre en place que dans la durée.

Enfin, **M. Garcia** a répondu à une question de **M. Louis Souvet** sur l'humanisation des rapports avec les malades dans les hôpitaux publics, qui lui semblent indispensables.

6 - Audition des Docteurs Mallard, président, Lalande, vice-président et Chatelain, secrétaire général de la Fédération nationale des syndicats départementaux des médecins et biologistes hospitaliers non universitaires

En matière d'organisation hospitalière, le docteur **Mallard** a manifesté l'attachement de la Fédération au retour du

service comme structure de base des établissements hospitaliers et à une départementalisation souple, facultative et volontaire, ainsi qu'à la dissociation du grade et de la fonction.

Pour ce qui concerne la chefferie de service, il a suggéré trois modifications visant à définir précisément les critères et modalités de non reconduction et à élargir à tous les praticiens titulaires la formation restreinte prévue en la matière.

Pour ce qui concerne les pôles d'activité, quatre suggestions ont été proposées, qui conduisent à :

- assurer la délégation des pouvoirs des chefs de service ;
- prévenir tout risque de balkanisation des services ;
- supprimer la subordination du personnel secondaire au chef de service, telle qu'elle résulte des dispositions de l'article 106 du décret du 17 avril 1943 ;
- responsabiliser, tant au plan médical que juridique, tous les praticiens hospitaliers titulaires.

Afin d'améliorer la collégialité du Conseil d'Administration, le docteur Mallard a par ailleurs souhaité qu'un Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement en soit membre de droit. En outre, afin de responsabiliser et d'associer les praticiens à la gestion de l'hôpital, il a suggéré que la Commission Médicale d'Etablissement délibère sur le budget de l'établissement.

Enfin, le docteur Mallard a rappelé l'opposition de la Fédération au principe d'autorité hiérarchique des directeurs sur les médecins, et son approbation des dispositions prévues dans le projet de loi concernant les procédures de regroupement.

Répondant ensuite aux questions posées par MM. Jean-Pierre Fourcade, président, Charles Descours, rapporteur, Louis Boyer, Georges Benedetti et Guy Penne, les Docteurs Mallard, Lalande et Chatelain ont précisé les positions de leur organisation sur

la définition des critères de non- reconduction des chefs de service, sur le rôle de la Commission Médicale d'Établissement en matière de suivi de l'exécution du budget, sur la composition du Conseil d'Administration et la place que devraient y tenir les représentants de la Commission Médicale d'Établissement, sur la départementalisation et sur la crise du recrutement des praticiens dans les hôpitaux généraux.

7. Docteurs Bleichner et Créange, membres du Bureau de la Conférence nationale des Présidents de commissions médicales consultatives des hôpitaux généraux.

M. Bleichner a tout d'abord indiqué à la commission que la Conférence nationale des présidents de commissions consultatives des hôpitaux généraux était globalement favorable à l'ensemble des propositions contenues dans le projet de loi.

Toutefois, deux points lui semblent nécessaires de préciser au regard d'une part, du renouvellement des chefs de services et d'autre part de leurs responsabilités.

Pour ce qui est du renouvellement des chefs de services, il lui a semblé que leur renouvellement régulier tous les cinq ans, avec la remise d'un rapport d'activité, était souhaitable, à condition que ce renouvellement s'effectue dans la continuité, sans bouleversement des équipes médicales ; cependant, la commission médicale d'établissement devrait fournir un avis essentiel, surtout si sa composition reste paritaire entre les chefs et les non- chefs de services.

Pour ce qui est de la responsabilité des chefs de services, M. Bleichner a précisé qu'elle ne devait porter que sur l'organisation et la gestion du service, et non sur la responsabilité médicale, qui doit rester individuelle, et pour laquelle une mention explicite devrait se trouver dans le texte.

M. Créange a par ailleurs souligné que le département ne pouvait être mis en place que pour l'organisation des soins et non pour la répartition des moyens ; il a par ailleurs ajouté qu'il faisait des

réserves sur le rôle -à son avis trop restrictif- de la commission médicale d'établissement et qu'il y aurait lieu d'augmenter la représentation médicale dans les conseils d'établissements.

En réponse aux questions posées par **M. Charles Descours**, rapporteur, et **M. Jean-Pierre Fourcade**, président, **M. Bleichner** a indiqué qu'il n'y avait pas contradiction entre les deux niveaux, de responsabilité médicale d'une part, et d'organisation d'autre part, et **M. Créange** a indiqué que le nouvel équilibre à établir entre le directeur, la commission médicale et le conseil d'administration devait trouver en partie sa solution par une plus grande représentativité du personnel médical au sein du conseil d'administration, alors même que la commission médicale devrait avoir un rôle véritablement délibératif pour la nomination du chef de service, tout en disposant des moyens de fournir un avis compétent sur le budget d'établissement.

A la suite d'une réponse de **M. Georges Benedetti** sur la pénurie de médecins dans les centres hospitaliers **M. Créange** a expliqué que l'origine de cette situation résultait des différences de rémunération entre les hôpitaux généraux et la clinique privée, souvent de l'ordre de 30 %. **M. Bleichner** a en outre suggéré que lors de la réforme des études médicales de troisième cycle, un temps significatif soit réservé en hôpital général, de manière à mieux faire connaître ces établissements.

8 - Audition de M. Cadène, Délégué général de la Fédération Hospitalière de France (F.H.F.)

M. Cadène a exprimé l'assentiment global de la Fédération sur le projet de loi, notamment en ce qui concerne :

- le rétablissement des chefs de service, et la formalisation de
a possibilité pour eux de déléguer certaines responsabilités ;
- les pôles d'activité ;

- la possibilité, fondée sur la souplesse, la progressivité et le volontariat, de regrouper des services en départements ;

- les attributions de la Commission médicale d'établissement, délibératives en matière d'orientations et de choix thérapeutiques, et consultatives dans les autres domaines.

Il a par ailleurs souhaité que soit précisée dans la loi, la responsabilité propre du médecin, en application du code de déontologie.

M. Cadène a ensuite manifesté ses réserves sur le mode de nomination des médecins psychiatres ainsi que sur les problèmes soulevés par la planification et les regroupements, eu égard notamment au plafond prévu par la nouvelle rédaction de l'article 10 pour les établissements privés.

Enfin, il a exprimé l'opposition majeure de son organisation aux dispositions de l'article 11 relatives aux conversions de service (ou parties) en une discipline différente, du fait :

- qu'il n'y a pas égalité de traitement entre hôpitaux publics et hôpitaux privés ;

- qu'avec la procédure de l'accord "réputé accordé" disparaît tout acte constitutif permettant de faire courir des délais de recours en cas de contestation de la décision.

En réponse aux observations de MM. Charles Descours, rapporteur, Guy Penne et Claude Huriot, M. Cadène a précisé les motifs qui fondent son opposition à la rédaction actuelle de l'article 11 du projet de loi, et la position de la F.H.F. sur la départementalisation et sur les modes de financement et de gestion de l'hôpital public.

9 - MM. Canlorbe, Béthoux et Cugnenc, représentant le Syndicat autonome des enseignants de médecine (S.A.E.M.)

M. Canlorbe a tout d'abord indiqué que son syndicat regroupait exclusivement des praticiens hospitalo-universitaires.

Après avoir exprimé son accord global avec les objectifs du projet de loi, notamment en ce qui concerne le découpage en services et le regroupement volontaire en département, **M. Canlorbe** a regretté la lourdeur des procédures prévues pour la création de départements et de pôles d'activité. Il a également estimé que la limite d'âge de 65 ans posée pour les chefs de service pénalisait les praticiens hospitalo-universitaires, dans la mesure où ceux-ci pourraient continuer d'enseigner jusqu'à 68 ans sans pour autant rester chefs de service. Il a souhaité sur ce point une possibilité de prolongation des fonctions de chef de service jusqu'à 68 ans.

Le S.A.E.M. a par ailleurs demandé l'instauration d'une procédure de nomination des chefs de service spécifique pour les hospitalo-universitaires, sans intervention du conseil d'administration.

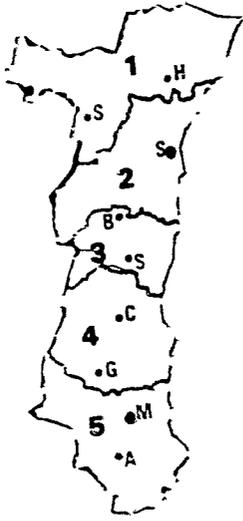
En réponse aux questions posées par **MM. Charles Descours, rapporteur** et **Guy Penne**, les représentants du S.A.E.M. ont apporté les précisions suivantes :

- l'avis du comité consultatif médical devrait être suffisant pour la création de départements et de pôles d'activité ;

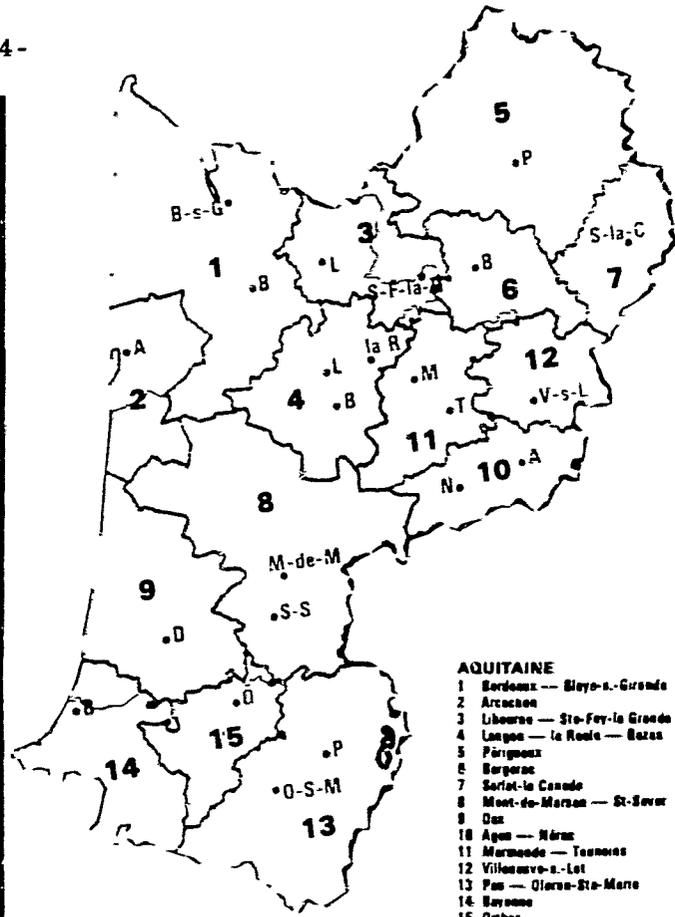
- la réunion de la commission médicale d'établissement en formation restreinte lorsqu'elle se prononce sur la nomination des chefs de service est une mauvaise solution car les chefs de service, qui sont seuls appelés à siéger, pourront se trouver en nombre très insuffisant.

A N N E X E I I

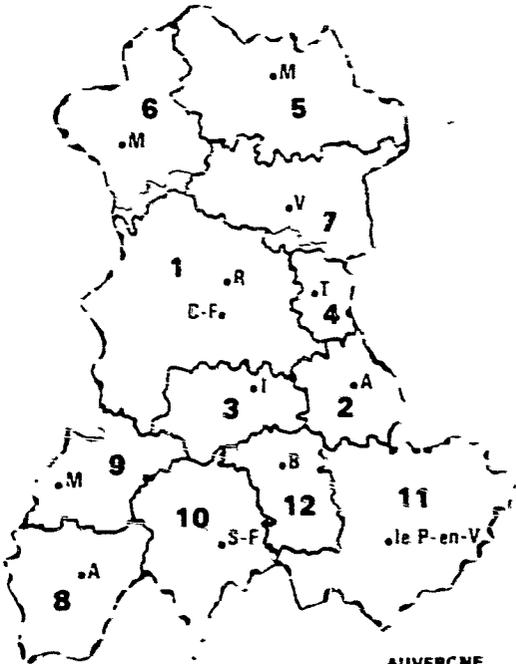
CARTES REGIONALES DES SECTEURS SANITAIRES



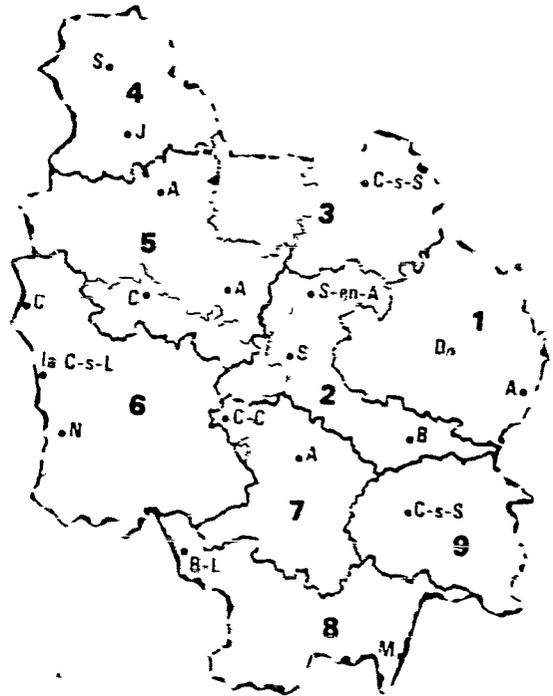
- ALSACE**
- 1 Haguenau — Saverne
 - 2 Strasbourg
 - 3 Sélestat — Barr
 - 4 Colmar — Guebwiller
 - 5 Mulhouse — Altkirch



- AQUITAINE**
- 1 Bordeaux — Broye-s.-Grande
 - 2 Arcachon
 - 3 Libourne — Ste-Foy-la-Grande
 - 4 Langon — la Route — Bazas
 - 5 Périgueux
 - 6 Bergerac
 - 7 Sarlat-la-Caneda
 - 8 Mont-de-Marsan — St-Sever
 - 9 Dax
 - 10 Agen — Nérac
 - 11 Marmande — Tonneins
 - 12 Villeneuve-s.-Lot
 - 13 Pau — Clermont-St-Martin
 - 14 Bayonne
 - 15 Orthez



- AUVERGNE**
- 1 Clermont-Ferrand — Riom
 - 2 Ambert
 - 3 Issoire
 - 4 Thiers
 - 5 Moulins
 - 6 Montluçon
 - 7 Vichy
 - 8 Aurillac
 - 9 Moulins
 - 10 St-Flour
 - 11 le Puy-en-Velay
 - 12 Brive

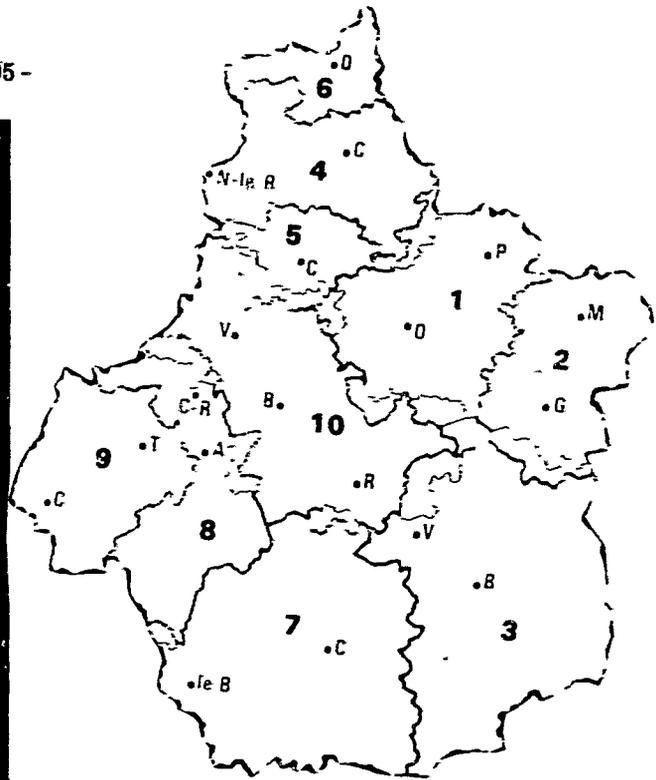


- BOURGOGNE**
- 1 Dijon — Auxerre
 - 2 Beaune — Semur — Semur-en-A.
 - 3 Châtillon-s.-Seine
 - 4 Sens — Joigny
 - 5 Auxerre — Avallon — Clamecy
 - 6 Nevers — Cosne — la Charité-s.-L.
 - 7 Arden — Châtillon-Chalon
 - 8 Mâcon — Bourbon-Lancy
 - 9 Chalce-sur-Saône



BRETAGNE

- 1 Dinan
- 2 Guingamp — Lannion
- 3 Landerneau — Paimpont
- 4 St-Brieuc
- 5 Brest — Landerneau
- 6 Carhaix — Morlaix
- 7 Quimper — Douarnenez
- 8 Concarneau — Quimper
- 9 Redon — Ploumel — Vannes
- 10 Rennes — Vitré
- 11 St-Malo — Fougères
- 12 Lorient — Nantes



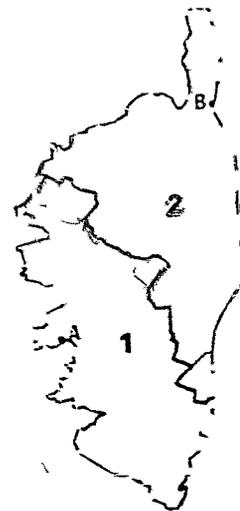
CENTRE

- 1 Orléans — Pithiviers
- 2 Gien — Montargis
- 3 Bourges — Vierzon
- 4 Chartres — Nogent-le-Rotrou
- 5 Châteaudun
- 6 Blois
- 7 Châteauneuf — Le Blanc
- 8 Amboise — Châteauneuf
- 9 Tours — Chinon
- 10 Blois — Romorantin — Vendôme



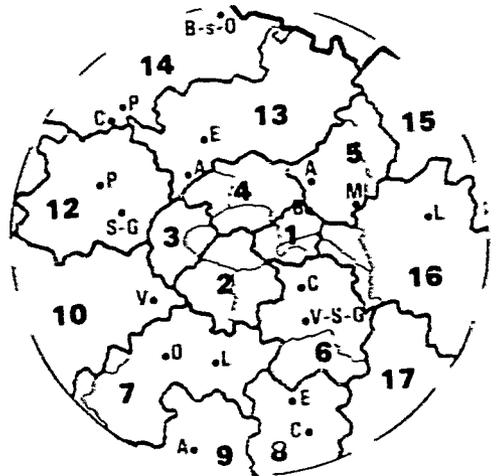
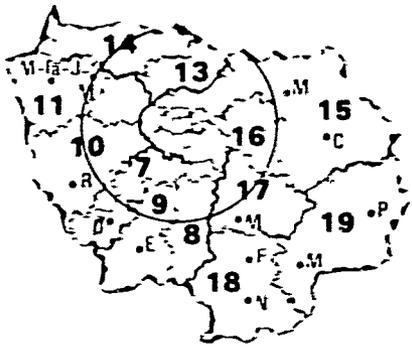
CHAMPAGNE-ARDENNES

- 1 Ardennes-Nord
- 2 Ardennes-Sud
- 3 Reims — Sedan
- 4 Troyes — Bar-sur-Aube
- 5 Châlons-s.-M. — Ste-Menehould
- 6 Epinal
- 7 Reims
- 8 Châlons — Langres
- 9 St-Dizier



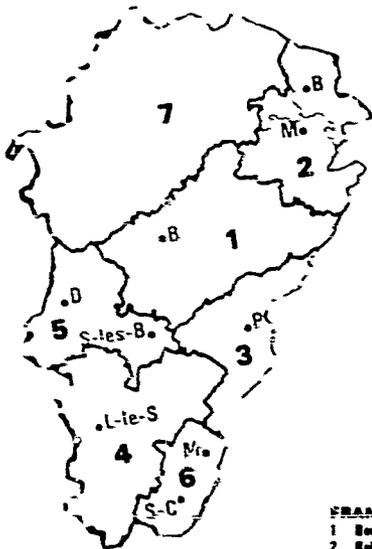
CORSE

- 1 Ajaccio
- 2 Bastia



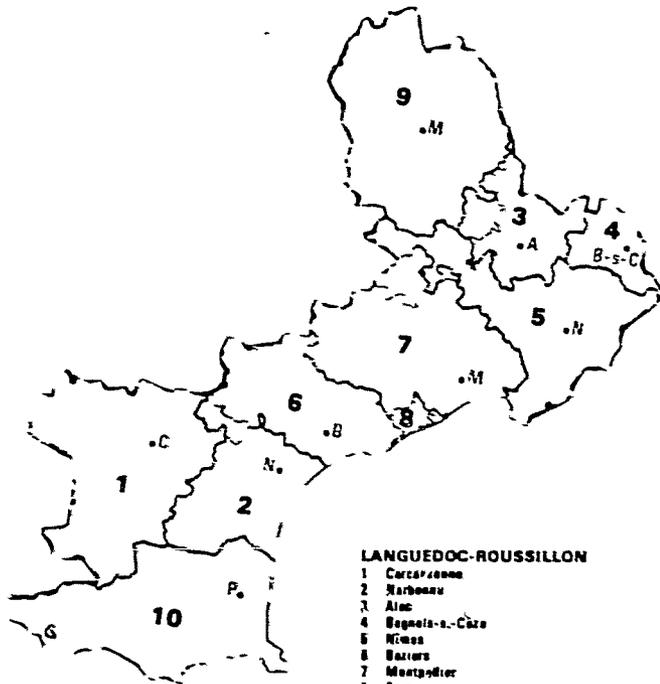
ILE-DE-FRANCE

- 1 Paris-Est
- 2 Paris-Sud
- 3 Paris-Ouest
- 4 Paris-Nord
- 5 Anlay — Bondy — Montfermeil
- 6 Crèteil — Villeneuve-St-Georges
- 7 Longjumeau — Grisy — Garches
- 8 Evry — Corbeil
- 9 Etampes — Arpajon
- 10 Versailles — Rambouillet
- 11 Monts-la-Jolie — Mantes
- 12 Pontoise — St-Germain
- 13 Argenteuil — Evreux
- 14 Cergy — Pontoise — Boissière-le-Duc
- 15 Meaux — Coulommiers
- 16 Lagay — Marne-la-Vallée
- 17 Melun — Senart
- 18 Fontainebleau — Nemours
- 19 Montargis — Provins



FRANCHE-COMTÉ

- 1 Besançon
- 2 Belfort — Montbéliard
- 3 Pontarlier
- 4 Loue-la-Saône
- 5 Dole — Salins-le-Bains
- 6 St-Clément — Morteau
- 7 Haute-Saône

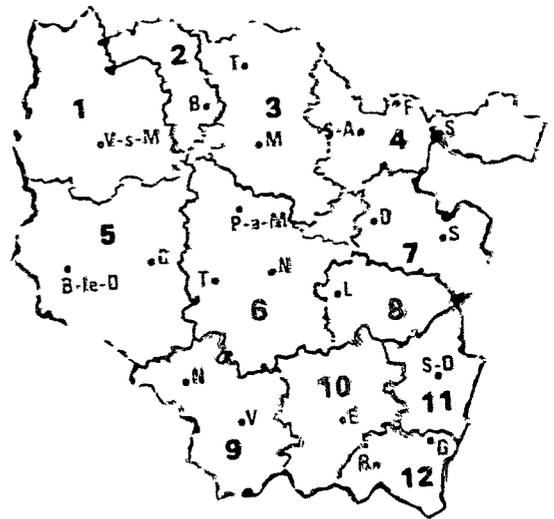


LANGUEDOC-ROUSSILLON

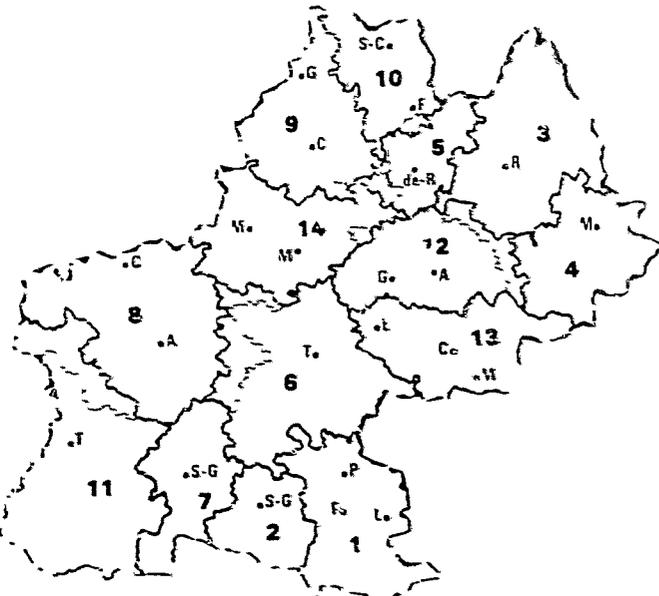
- 1 Carcassonne
- 2 Narbonne
- 3 Albi
- 4 Béziers — Carcassonne
- 5 Nîmes
- 6 Béziers
- 7 Montpellier
- 8 Sète
- 9 Mende
- 10 Perpignan



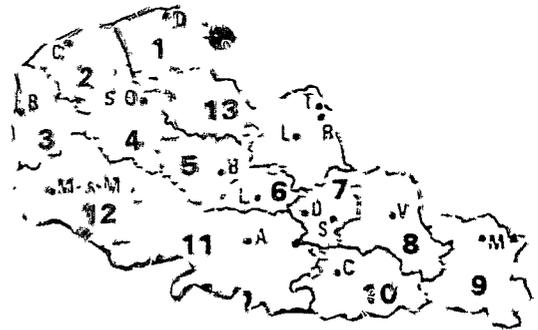
- LIMOUSIN**
- 1 Limoges
 - 2 Brive
 - 3 Tulle
 - 4 Ussel
 - 5 Guéret — Uzerche



- LORRAINE**
- 1 Verdun — Metz
 - 2 Briey
 - 3 Metz — Thionville
 - 4 Forbach — St-Avold — Sarreguemines
 - 5 Bar-le-Duc — Commercy
 - 6 Nancy — Pont-a-Mousson — Toul
 - 7 Sarrebourg — Dieulouard
 - 8 Lunéville
 - 9 Neufchâteau — Verdun
 - 10 Epinal
 - 11 St-Diz
 - 12 Reims — Gorze



- MIDI-PYRÉNÉES**
- 1 Fec — Pamiers — Loudanet
 - 2 St-Girons
 - 3 Rodez
 - 4 Millau
 - 5 Villefranche-de-Rouergue
 - 6 Toulouse
 - 7 St-Gaudens
 - 8 Auch — Condom
 - 9 Cahors — Gourdon
 - 10 Figac — St-Cere
 - 11 Tarbes
 - 12 Auch — Gailac
 - 13 Lectou — Mazamet — Lavaur
 - 14 Montauban — Moissac

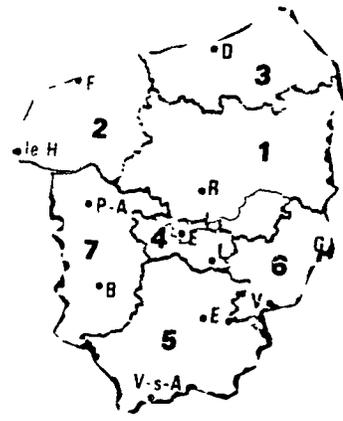


- NORD-PAS DE CALAIS**
- 1 Dunkerque
 - 2 Calais
 - 3 Esclapart
 - 4 St-Omer
 - 5 Boulogne
 - 6 Lens
 - 7 Douai — Soissons
 - 8 Valenciennes
 - 9 Cambrai
 - 10 Arras
 - 11 Arras
 - 12 Valenciennes — Mar
 - 13 Metz



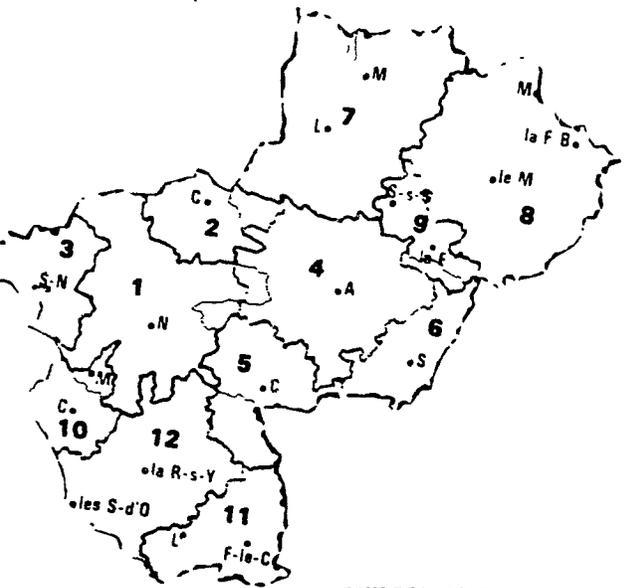
BASSE-NORMANDIE

- 1 Coto — Assay — Falaise
- 2 Lisieux — Nonneville
- 3 St-Lô — Bayeux — Virn
- 4 Cherbourg — Valognes
- 5 Cotençais — Granville
- 6 Avranches — St-Hilaire-du-H.
- 7 Flers — la Ferté-Macé
- 8 Alençon — Mortagne
- 9 Argentan — l'Aligé



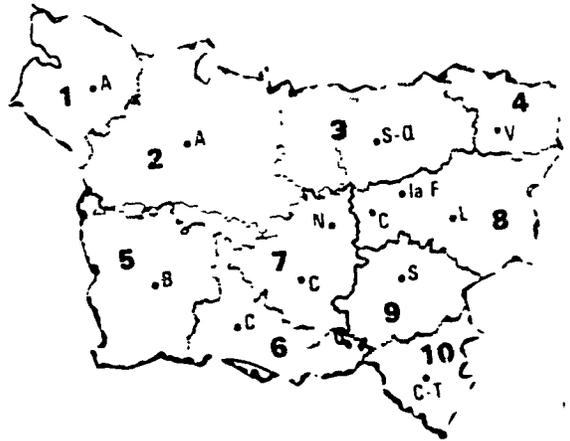
HAUTE-NORMANDIE

- 1 Rouen
- 2 la Noye — Foramp
- 3 Dieppe
- 4 Elbeuf — Laveron
- 5 Evreux — Vernon — Avre
- 6 Vernon — Sizans
- 7 Bernay — Pont-Audamer



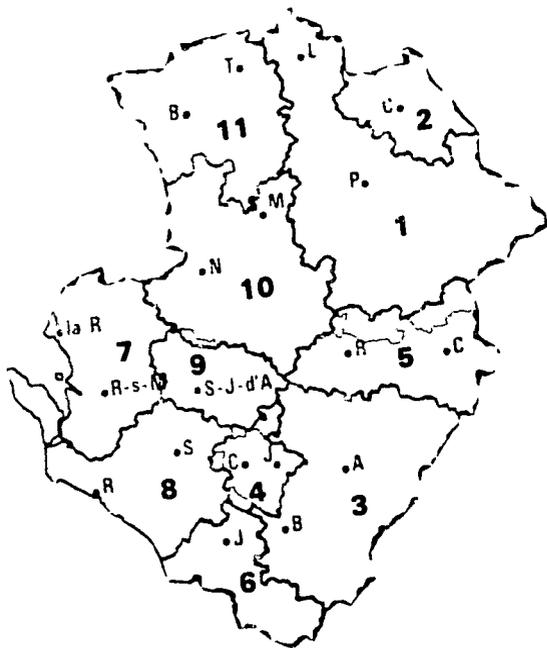
PAYS DE LA LOIRE

- 1 Nantes
- 2 Châteaubriant
- 3 St-Nazaire
- 4 Angers
- 5 Cholet
- 6 Saumur
- 7 Laval — Mayenne
- 8 la Maye — Mamers — la Ferté-B.
- 9 la Flèche — Sablé-sur-Orthe
- 10 Challans — Machecoul
- 11 Fontenay-le-Comte — Luçon
- 12 la Roche-s-Y. — les Sables d'O.



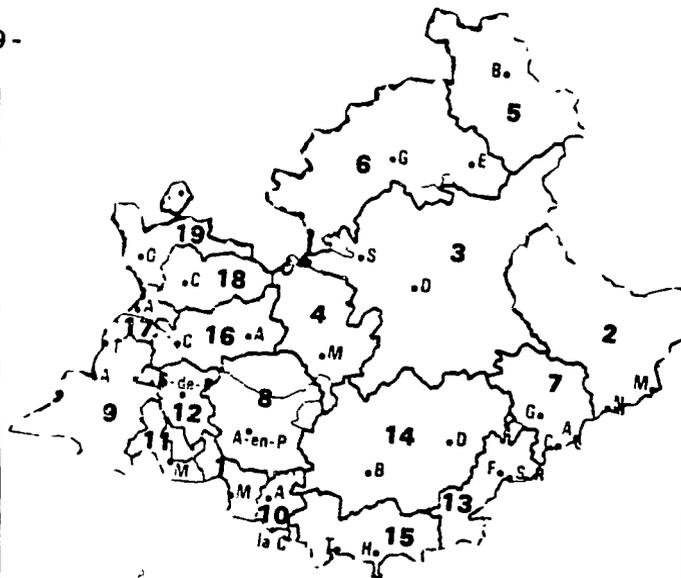
PICARDIE

- 1 Abbeville
- 2 Amiens
- 3 St-Quentin
- 4 Verres
- 5 Beauvais
- 6 Compiègne — Noyon
- 7 Compiègne — Chantilly — la Ferté
- 8 Senlis
- 9 Soissons
- 10 Châtillon-Thierry



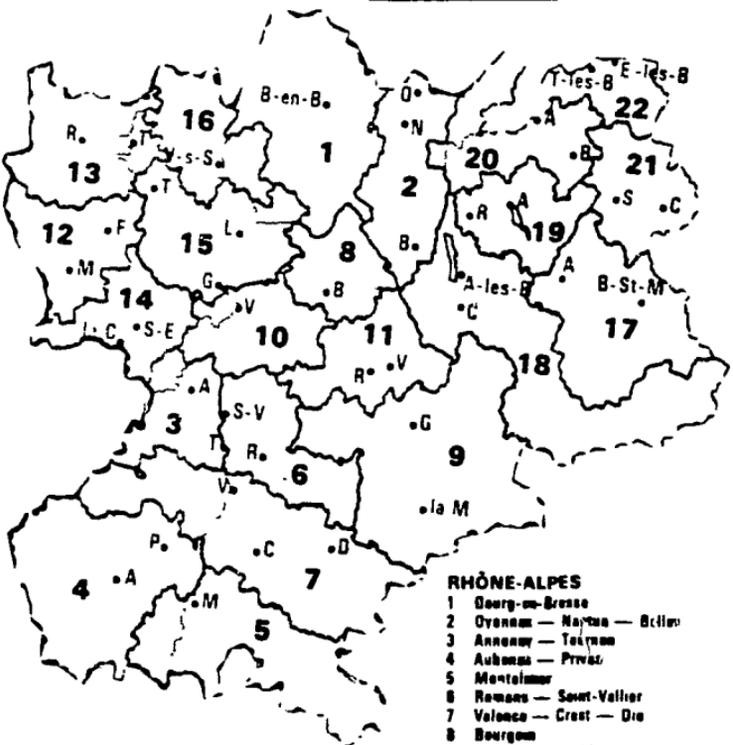
POITOU-CHARENTES

- 1 Poitiers — Loudun
- 2 Châtelleraunt
- 3 Angejoms — Barbezema
- 4 Cognac — Jarnac
- 5 Confolens — Ruffec
- 6 Jeazar
- 7 la Rochelle — Rochefort-s-Mer
- 8 Saentes — Royan
- 9 St-Jean-d'Angely
- 10 Niort — St-Maixent
- 11 Thouars — Bressuire



PROVENCE-ALPES-C. D'AZUR

- 1 Marseille
- 2 Nico — Menton
- 3 Digne — Sisteron
- 4 Manosque
- 5 Briançon
- 6 Gap — Embrun
- 7 Antibes — Cannes — Grasse
- 8 Aix-en-Provence
- 9 Arles — Tarascon
- 10 Aubagne — la Ciotat
- 11 Martignes
- 12 Salon-de-Provence
- 13 Frejus — St-Raphael
- 14 Brignoles — Draguignan
- 15 Toulon — Hyeres
- 16 Apt — Cavillon
- 17 Avignon
- 18 Carpentras
- 19 Orange — Valréas



- RHÔNE-ALPES**
- 1 Bourg-en-Bresse
 - 2 Oyonnax — Nantua — Bellegarde
 - 3 Annecy — Thoiry
 - 4 Aubeuge — Privas
 - 5 Montclair
 - 6 Romans — Saint-Valier
 - 7 Valence — Crest — Die
 - 8 Bourgoin
 - 9 Grenoble — la Mure
 - 10 Vienne
 - 11 Vercors — Rives
 - 12 Feurs — Montbrison
 - 13 Roanne — Thury
 - 14 St-Etienne — le Chambon
 - 15 Lyon — Givors — Tarare
 - 16 Villefranche-s-Saône
 - 17 Albertville — Bourg-St-Maurice
 - 18 Chambéry — Aix-les-Bains
 - 19 Annecy — Remidy
 - 20 Annecy — Bonneville
 - 21 Sallanches — Chamonix
 - 22 Thonon-les-Bains — Evian-les-Bains

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur ----	Texte du projet de loi ----	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture ----	Propositions de la Commission
	Titre premier	Titre premier	Titre premier
	Organisation des établissements d'hospitalisation publics	Organisation des établissements d'hospitalisation publics	Organisation des établissements d'hospitalisation publics
	Article premier.	Article premier.	Article premier.
<i>Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, modifiée, portant réforme hospitalière</i>	L'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est remplacé par les dispositions suivantes :	L'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant... ...ainsi redige.	Alinéa sans modification
<i>Art. 20-1. - Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi, les établissements d'hospitalisation publics, à l'exception des hôpitaux locaux, visés au 4° de l'article 4 de la présente loi, sont organisés en départements. Chaque département groupe ceux des membres du personnel de l'établissement qui concourent à l'accomplissement d'une tâche commune caractérisée par la nature des affections prises en charge ou des techniques de diagnostic et de traitement mises en oeuvre, ou qui sont chargés de recueillir et de traiter les informations de nature médicale de l'établissement.</i>	<i>"Art. 20-1.- Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services. Les services peuvent eux-mêmes comporter des pôles d'activités et être regroupés en départements.</i>	<i>"Art. 20-1. Pour ......loi et de celles mentionnées à l'article 252 du décret n° 43-891 du 17 avril 1943, les établissements Les services peuvent comporter des pôles d'activités et être regroupés, en tout ou partie, en départements.</i>	<i>"Art. 20-1. Alinéa sans modification</i>

Dispositions en vigueur ----	Texte du projet de loi ----	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture ----	Propositions de la Commission
<p>Les activités du département sont placées sous l'autorité d'un chef de département. Cette autorité ne porte pas atteinte aux responsabilités médicales des praticiens telles qu'elles résultent de l'organisation interne de l'établissement. Le chef de département est assisté, suivant les activités du département, par un cadre paramédical nommé par le directeur de l'établissement ; lorsque ce cadre paramédical est une infirmière ou un infirmier, il est nommé sur proposition du responsable infirmier de l'établissement ; en outre, le chef de département peut, le cas échéant, être assisté par un cadre sage-femme. Le chef de département est consulté par le directeur, lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activités et de moyens affectés au département.</p>	<p>"Le fonctionnement technique de chaque service est placé, sauf dans les hôpitaux locaux, sous la responsabilité d'un médecin, biologiste 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."</p>	<p>Chaque service est placé ...</p> <p>... sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste ...</p> <p>... sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier relevant d'un statut à temps plein ou du statut à temps partiel, chef de service à temps partiel.</p> <p>Le chef de service a pour rôle d'organiser le fonctionnement technique du service, d'en proposer les orientations médicales et de régler les rapports avec l'administration.</p>	<p>Chaque service est placé ...</p> <p>...sous la responsabilité d'un <i>chef de service à temps partiel issu d'un statut à temps plein ou relevant du statut à temps partiel.</i></p> <p>"Le chef de service <i>organise</i> le fonctionnement technique du service <i>et propose</i> les orientations médicales <i>dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien hospitalier.</i></p>

Dispositions en vigueur

Le chef de département est un praticien à temps plein, à moins que le département ne comporte que des praticiens à temps partiel. Toutefois, si le département ne comporte qu'un seul praticien à temps plein, le chef de département peut être un praticien à temps partiel. Il est élu par collèges séparés, sous réserve de l'agrément du représentant de l'Etat, par les praticiens à temps plein, à temps partiel, les attachés et, le cas échéant, les sages-femmes du département, suivant, pour chaque catégorie, la représentation qui leur sera accordée par voie réglementaire ; l'agrément ne peut être refusé que dans les cas où l'intéressé ne remplit pas les conditions requises pour accéder aux dites fonctions.

Le chef de département est assisté d'un conseil de département au sein duquel est représenté l'ensemble du personnel. Le conseil de département est consulté par le chef de département, notamment lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activités et de moyens afférentes au département.

Texte du projet de loi

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Les membres du conseil de département sont élus par trois collèges. Le premier collège comprend les praticiens hospitaliers à temps plein, les praticiens hospitaliers à temps partiel, et les attachés, suivant, pour chaque catégorie, la proportion qui sera fixée par voie réglementaire. Le deuxième collège comprend les personnels paramédicaux. Le troisième collège comprend les autres catégories de personnels. Lorsque l'activité d'un département requiert la présence permanente des sages-femmes, celles-ci sont représentées au conseil du département. Dans ce cas, un collège spécifique comportant l'ensemble des sages-femmes élit son ou ses représentants.

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

a) Les modalités d'organisation et la structure interne des départements, compte tenu des caractères propres des diverses catégories d'établissements d'hospitalisation publics et de la nature de leurs activités médicales ;

b) Les modalités d'élection des membres des conseils de département et des chefs de département ainsi que les conditions d'agrément de ceux-ci.

Texte du projet de loi

Art. 2.

Après l'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, sont insérés les articles 20-2 à 20-4 ainsi rédigés :

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

Art. 2.

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Art. 2

Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

"Art. 20-2.- Le chef de service est nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. Les conditions de nomination sont fixées par voie réglementaire. Le renouvellement est prononcé dans les mêmes formes, sur demande de l'intéressé. La demande est accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat.

"Dans les cas visés à l'alinéa ci-dessus, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte limitée aux praticiens exerçant des fonctions équivalentes à celles de l'intéressé.

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

"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, sauf en ce qui concerne les chefs de service de psychiatrie. Les conditions de nomination, dont certaines sont spécifiques à la psychiatrie, sont fixées par voie réglementaire. Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé, sur demande de l'intéressé accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat, dès lors qu'une procédure de non renouvellement n'est pas engagée dans les mêmes formes que la nomination.

"Dans les cas ...

... des fonctions équivalentes à celles auxquelles l'intéressé postule.

Propositions de la Commission

"Art. 20-2.- Le chef de service ...

...commission médicale d'établissement. Les conditions de nomination dont certaines peuvent être spécifiques à la psychiatrie...

...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 trois mois avant le terme de son mandat. A défaut de cette notification dans le délai précité, le renouvellement est réputé acquis.

"Dans les cas ...

...limitée aux seuls praticiens titulaires.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture

Propositions de la Commission

"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."

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

"Art. 20-3.- Le chef de service délègue à un ou plusieurs médecins, biologistes 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 la dispensation des soins ou l'exécution des actes médico-techniques nécessaires aux malades, conformément aux règles déontologiques.

«Les fonctions de chef de service 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.

Alinéa sans modification

"Art. 20-3.- Dans les conditions prévues par le présent article, le chef de service peut déléguer 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 nécessaires aux malades, conformément aux règles déontologiques.

"Art. 20-3.- Dans les conditions...
...service
délègue à un ou plusieurs ...

"Les pôles d'activités sont créés par une délibération du conseil d'administration de l'établissement, après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, du comité consultatif médical.

"Les pôles d'activités sont créés ou supprimés sur proposition du chef de service concerné, par une délibération du conseil d'administration de l'établissement, après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, du comité consultatif médical.

...médico-techniques ou
pharmaceutiques nécessaires...
...déontologiques.

"Les pôles d'activité 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.

Dispositions en vigueur

....

Texte du projet de loi

....

"Par la même délibération, le conseil d'administration se prononce, après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, du comité consultatif médical, sur la délégation accordée au médecin, biologiste ou odontologiste responsable.

"La délégation prend automatiquement fin à l'occasion du départ du chef de service ou à l'expiration de son mandat. 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.

"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 regroupement des moyens en personnel, soit en vue d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit enfin 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.

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

....

"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 d'un rapport d'activité."

"Art. 20-4.- Avec...

...soit pour la réalisation...

...objectifs.

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

"Art. 20-4.-Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

"Les activités du département sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médecin, biologiste ou odontologue. Il est assisté, selon les activités du département, par une sage-femme, 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 arrêté par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique paritaire. Le règlement intérieur précise notamment les objectifs, la nature et l'étendue des activités du département, les modalités d'association des différents médecins 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. 3.

Les articles 17, 22 et 27 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi modifiés :

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

"Les activités...

...biologiste, pharmacien ou odontologue. ...

...administratif.

"L'organisation ...

...médecins, biologistes, pharmaciens ou odontologues à ces activités...

...département."

Art. 3.

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

"Les activités...

...sage-femme, un cadre infirmier, un membre du personnel...

...administratif.

"L'organisation ...

...règlement intérieur élaboré notamment par les médecins titulaires temps plein et temps partiel des services correspondants et par le cadre infirmier. 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 ...

...département."

Art. 3.

Sans modification

Dispositions en vigueur

Art. 17. - Lorsque l'association d'un ou plusieurs 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. 22. - Le conseil d'administration délibère sur :

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 ;

Texte du projet de loi

I.- A l'article 17, après les mots : "lorsque l'association d'un ou plusieurs", sont ajoutés les mots : "services ou" ;

II.- Le 7° du premier alinéa de l'article 22 est ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

I.- Dans le premier alinéa de l'article 17 ... sont insérés les mots : "services ou" ;

II.- Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur ----	Texte du projet de loi ----	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture ----	Propositions de la Commission
<p>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 ;</p>			
<p>6° Les propositions d'affectation des résultats d'exploitation ;</p>			
<p>7° Les créations, suppressions et transformations des départements hospitaliers ainsi que, le cas échéant, leur structure interne ; les créations, suppressions et transformations des services non médicaux et des cliniques ouvertes ;</p>	<p>"7° Les créations, suppressions et transformations des services médicaux ainsi que, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements hospitaliers ; les créations, suppressions et transformations des services non médicaux et des cliniques ouvertes" ;</p>	<p>"7° Les créations... ...médicaux et pharmaceutiques ainsi que... ... des services autres que médicaux et pharmaceutiques et des cliniques ouvertes" ;</p>	
<p>8° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;</p>			
<p>9° Les emprunts ;</p>			
<p>10° Le règlement intérieur ;</p>			
<p>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 ;</p>			
<p>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 ;</p>			

Dispositions en vigueur

...

13° La création d'un syndicat inter-hospitalier 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 7° 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° ; de 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.

Texte du projet de loi

....

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

....

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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.

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
<p>En cas de carence de l'ordonnateur, le représentant de l'Etat peut, après mise en demeure et à défaut d'exécution dans un délai d'un mois, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette régulièrement inscrite au budget initial et aux décisions modificatives éventuelles.</p>	<p>III.- A l'article 27, les mots : "des chefs de département sont remplacés par les mots : "des coordonnateurs des départements ou des chefs de service".</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. 27. - Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles, sous l'autorité des chefs de département, les médecins traitants et sages-femmes peuvent être admis dans les divers services d'hospitalisation publics.</p>	<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>
<p>Ces praticiens seront tenus informés des soins qui auront été dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation.</p>	<p>L'article 24 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 24. - Dans chaque établissement d'hospitalisation public, il est institué une commission médicale consultative.</p>	<p>"Art. 24.- Dans chaque établissement d'hospitalisation public, il est institué une commission médicale d'établissement.</p>	<p>" Art. 24.-Alinéa sans modification</p>	<p>Art. 24.-Alinéa sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
<p>La commission médicale consultative est obligatoirement consultée sur le programme, le budget et les comptes de l'établissement, ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des départements. Elle est également consultée sur le fonctionnement des services non médicaux qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.</p>	<p>"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, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements ainsi que sur tous les aspects techniques des activités médicales. Elle est également consultée sur le fonctionnement des services non médicaux qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.</p>	<p>"La commission médicaux et pharmaceutiques et... ...des services autres que médicaux et pharmaceutiques qui intéressent malades.</p>	<p>"La commission médicales. Elle est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget. Elle est également... ... malades.</p>
<p>La commission médicale consultative établit chaque année un rapport sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement qui est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire.</p>	<p>"La commission médicale d'établissement adopte chaque année un rapport sur 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."</p>	<p>"A sa propre initiative ou à la demande délibère sur les choix médicaux dans le respect... ...allouée. "La commission médicale d'établissement se prononce chaque année sur un rapport ......secret médical."</p>	<p>"A la demande du président du conseil d'administration ou du directeur de l'établissement ou du président de la commission médicale d'établissement ou du tiers des membres de celle-ci ou du chef de service, ... ...allouée. Alignée sans modification</p>

Dispositions en vigueur ----	Texte du projet de loi ----	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture ----	Propositions de la Commission
<p><i>Art. 7.</i> - 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>Les conseils des groupements interhospitaliers de région sont composés de représentants de chacun des groupements interhospitaliers de secteur, compte tenu de l'importance de chacun. Ils élisent leur président parmi leurs membres.</p> <p>Aucun des établissements membres d'un groupement interhospitalier de secteur ou de région ne peut détenir la majorité absolue des sièges du conseil de ce groupement.</p> <p>Le directeur et le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements membres d'un groupement interhospitalier assistent aux réunions du conseil de ce groupement avec voix consultative.</p> <p><i>Art. 14-2.</i> - 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.</p>	<p>Art. 5.</p> <p>Aux articles 7, 14-2, 21 et 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée les mots "commission médicale consultative" sont remplacés par les mots "commission médicale d'établissement".</p>	<p>Art. 5.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Art. 5.</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur

Le conseil d'administration du syndicat est composé de représentants 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 consultative de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat sont membres de droit du conseil d'administration. Le directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.

La représentation des personnels médicaux et des personnels non médicaux employés par le syndicat est assurée au sein de son conseil d'administration. Cette représentation ne peut être, en pourcentage, supérieure à celle dont ces personnels bénéficient dans l'établissement adhérent au syndicat où ils sont le mieux représentés.

Le conseil d'administration 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.

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Art. 21. - Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publiques 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.

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.

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 consultative 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.

Texte du projet de loi

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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.

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 membres 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.

Texte du projet de loi

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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 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.

Art. 25. - Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

1° Des agents titulaires ou stagiaires, y compris les pharmaciens à temps plein, soumis aux dispositions des titres premier et IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ;

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.

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture

Propositions de la Commission

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 consultative, 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.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
<p>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.</p> <p>Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.</p> <p>Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi.</p> <p>4° Des médecins, des biologistes 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>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 commissions médicales consultatives en fonction à la date de promulgation de la présente loi prennent, à cette date, la dénomination de commissions médicales d'établissement et exercent les attributions définies à l'article 4 de la présente loi.</p>	<p>Les commissions à la date de publication de la présente loi ...</p> <p>...presente loi.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
<p align="center"><i>Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier</i></p>	<p align="center">Art. 6.</p> <p>L'article 13 de la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier est abrogé.</p>	<p align="center">Art. 6.</p> <p align="center">Sans modification.</p>	<p align="center">Art. 6.</p> <p align="center">Sans modification.</p>
<p><i>Art. 13. - Pour l'application des articles 4 et 5 de la présente loi, des dispositions transitoires pourront être adoptées par décret en Conseil d'Etat ; ces dispositions ne seront applicables que durant une période ne pouvant excéder trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.</i></p>	<p align="center">Art. 7.</p> <p align="center">Tout médecin, biologiste ou odontologiste hospitalier qui avait été nommé chef de service avant le 31 décembre 1984 et qui n'a pas fait l'objet d'une mutation depuis cette date, à condition qu'il continue d'exercer à la date de promulgation de la présente loi ces responsabilités, sera nommé, à compter de la même date et pour la durée définie à l'article 20-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, chef du service dans lequel il exerce ces responsabilités.</p>	<p align="center">Art. 7.</p> <p align="center">Par dérogation aux dispositions de l'article 2 de la présente loi relatives à la procédure de nomination des chefs de service, tout médecin ...</p> <p align="center">...à la date de publication de la présente loi ...</p> <p align="center">... du 31 décembre 1970, modifiée par la présente loi, chef du service dans lequel il exerce ces responsabilités.</p>	<p align="center">Art. 7.</p> <p align="center">Alinéa sans modification.</p>

Dispositions en vigueur ----	Texte du projet de loi ----	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture ----	Propositions de la Commission
Art. 25: Voir ci-dessus	Titre II	<p>Cette disposition est également applicable aux médecins, biologistes et odontologistes hospitaliers qui avaient été nommés chefs de service avant le 31 décembre 1984 et qui ont fait l'objet d'une mutation depuis cette date, sous réserve qu'un médecin, biologiste ou odontologiste hospitalier mentionné à l'alinéa précédent ne soit pas chargé des fonctions de chef de service la où ils exercent.</p> <p>Tout pharmacien-résident chef de première ou de deuxième classe, qui assure à la date de publication de la présente loi la direction d'une pharmacie telle que définie à l'article L. 570 du code de la santé publique sera nommé, à compter de la même date et pour la durée définie à l'article 20.2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, chef du service de pharmacie dans lequel il exerce cette direction.</p>	Alinéa supprimé
		Art. 7 bis	Alinéa sans modification.
		<p>Dans la première phrase du 4° de l'article 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, après les mots : «Des médecins, des biologistes», sont insérés les mots : «, des pharmaciens».</p>	Art. 7 bis
		Titre II (Division et intitulé retirés)	Sans modification.
	Articles 8 et 9 retirés.	Art. 8 et 9 retirés	Titre II (Division et intitulé retirés)
			Art. 8 et 9 retirés

Dispositions en vigueur ----	Texte du projet de loi ----	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture ----	Propositions de la Commission
<p data-bbox="187 388 403 473"><i>Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, modifiée, portant réforme hospitalière</i></p> <p data-bbox="65 539 459 592">Art. 31. - Sont soumises à autorisation :</p> <p data-bbox="65 618 459 697">1° La création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ;</p> <p data-bbox="65 750 459 881">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 data-bbox="103 908 459 1092">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 ;</p>	<p data-bbox="619 236 703 256">Titre III</p> <p data-bbox="487 296 834 381">Dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés</p> <p data-bbox="628 454 703 473">Art. 10.</p> <p data-bbox="469 513 859 592">Les articles 31 et 33 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi modifiés :</p> <p data-bbox="469 611 859 723">}° à l'article 31, le 1° du premier alinéa est complété par le membre de phrase suivant : "ainsi que le regroupement d'établissements de cette nature" ;</p>	<p data-bbox="1022 236 1106 256">Titre III</p> <p data-bbox="891 296 1238 381">Dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés</p> <p data-bbox="1022 454 1097 473">Art. 10.</p> <p data-bbox="947 513 1172 532">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="891 618 1172 671">1° à l'article 31 ......complété par les mots : "ainsi ...</p> <p data-bbox="984 704 1125 723">...cette nature" ;</p>	<p data-bbox="1416 236 1500 256">Titre III</p> <p data-bbox="1285 296 1632 381">Dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés</p> <p data-bbox="1416 454 1491 473">Art. 10.</p> <p data-bbox="1378 513 1547 532">Sans modification</p>

Dispositions en vigueur

....

- 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. 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.

Texte du projet de loi

....

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

....

ir

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
<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>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>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>2° le deuxième alinéa de l'article 33 est complété par les dispositions suivantes : "Toutefois, lorsqu'est demandée l'autorisation de regrouper des établissements au sein d'un secteur sanitaire où les moyens d'hospitalisation sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause, l'autorisation est accordée à condition de satisfaire aux prescriptions du 2° du premier alinéa et d'être assortie d'une réduction de capacité par rapport à celles des établissements regroupés ; les modalités de cette réduction sont définies par voie réglementaire."</p>	<p>2° le deuxième alinéa...</p> <p>"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 ...</p> <p>...de capacité des établissements regroupés ; les modalités...</p> <p>... réglementaire, en tenant compte des excédents existants 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'établissements."</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>Art. 11.</p>	<p>Art. 11.</p>	<p>Art. 11.</p>
	<p>Il est inséré dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée un article 33-1 ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

"Art. 33-1.- Lorsqu'elle porte sur la conversion de tout ou partie d'un service en une discipline différente de celle initialement autorisée, l'autorisation prévue à l'article 31 est réputée accordée, dans des conditions et pour les disciplines définies par décret, sauf opposition du représentant de l'Etat dans la région, dans un délai de six mois après qu'il a été informé du projet, 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.

"Les conditions et restrictions qui peuvent être apportées à l'autorisation en application de l'article 33 sont notifiées dans le même délai maximum de six mois.

"L'autorisation acquise en application des dispositions ci-dessus est subordonnée au résultat d'un contrôle de la 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 du présent article, soit contre l'opposition du représentant de l'Etat dans la région à un projet de conversion."

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

"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 ...

... 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 ...

...conditions définies par le deuxième alinéa du présent article,...

...de conversion".

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
----	----	----	
	Titre IV	Titre IV	Titre IV
	Equipement sanitaire	Equipement sanitaire	Equipement sanitaire
	Art. 12.	Art. 12.	Art. 12.
	Les articles 5, 6, 7, 47 et 48 de la loi n°70-1316 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi modifiés :	I.- Alinéa sans modification	I.- Alinéa sans modification
Art. 5. - Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs d'action sanitaire.			
Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement 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.	1° le dernier alinéa de l'article 5 est abrogé ;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
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.	2° le dernier alinéa de l'article 6 est ainsi rédigé :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
----	----	----	
<p>Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur ou de région sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 46 de la présente loi.</p>	<p>"Les conseils 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>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</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>3° le deuxième alinéa de l'article 7 est abrogé; au troisième alinéa de ce même article, les mots : "ou de région" sont supprimés;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Aucun des établissements membres d'un groupement interhospitalier de secteur ou de région ne peut détenir la majorité absolue des sièges du conseil de ce groupement.</p>			
<p>Le directeur et le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements membres d'un groupement interhospitalier assistent aux réunions du conseil de ce groupement avec voix consultative.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture	Propositions de la Commission
<p><i>Art. 47.</i> - 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 31 de la présente loi.</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 :</p> <p>Six ans s'il s'agit d'un établissement public ;</p> <p>Deux ans s'il s'agit d'un établissement privé.</p> <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>4° à l'article 47, les mots : "dans un délai de six ans s'il s'agit d'un établissement public ; deux ans s'il s'agit d'un établissement privé" sont remplacés par les mots : "dans un délai de trois ans" ;</p>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
<p><i>Art. 48.</i> - 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>5° L'article 48 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification

Dispositions en vigueur ----	Texte du projet de loi ----	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en 1ère lecture ----	Propositions de la Commission
Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire.	<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. Un décret fixe la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds dont l'autorisation est donnée après avis de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux."</p>	<p>"Les programmes... ... dont l'autorisation est donnée par le ministre chargé de la santé après avis ......sociaux,"</p> <p>II.- Les dispositions prévues au 4° du paragraphe I du présent article sont applicables aux programmes soumis à autorisation ou à approbation à compter de la date de publication de la présente loi.</p>	<p>"Les programmes... ...et sociaux. Les décisions sont publiées et peuvent faire l'objet du recours visé à l'article 34 de la présente loi. Un décret ......sociaux,"</p> <p>II.- Sans modification</p> <p><i>Art. additionnel après l'article 12.</i></p> <p><i>L'article 44 de la loi n°1318 du 31 décembre 1970, est complété in fine par un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>"Chaque année, le ministre chargé de la santé informe le Parlement des modifications de la carte sanitaire intervenues dans l'année."</i></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

Propositions de la Commission

Titre V

Titre V

Titre V

**Dispositions relatives à l'homologation
de certains produits ou appareils**

**Dispositions relatives à l'homologation
de certains produits ou appareils**

**Dispositions relatives à l'homologation
de certains produits ou appareils**

Art. 13.

Art. 13.

Art. 13.

Le titre IV du livre V du code de la santé
publique est complété par un chapitre V
ainsi rédigé :

Sans modification.

Sans modification.

"Chapitre V

**"Homologation
de certains produits ou appareils**

"Art. L. 665-1. Les produits et appa-
reils à usage préventif, diagnostique ou
thérapeutique utilisés en médecine humaine
dont l'emploi est susceptible de présenter
des dangers pour le patient ou l'utilisateur,
directement ou indirectement, ne peuvent
être mis sur le marché à titre onéreux ou à
titre gratuit s'ils n'ont reçu au préalable une
homologation.

**"L'autorité administrative arrête la
liste des catégories de produits et appareils
soumis à homologation.**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

"L'homologation ne peut être accordée que si le fabricant justifie de la conformité du produit ou appareil aux normes et aux règlements en vigueur, de la sécurité pour le patient et l'utilisateur, de la bonne adaptation à l'usage attendu du patient et de l'utilisateur et de la qualité de la fabrication.

"L'autorité administrative accorde l'homologation, après avis d'une commission nationale d'homologation, au fabricant ou à son représentant dûment mandaté.

"L'homologation n'exonère pas le fabricant, ou le titulaire de l'homologation, de la responsabilité que l'un ou l'autre peut encourir dans les conditions du droit commun en raison de la fabrication ou de la mise sur le marché du produit ou appareil concerné.

"Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions relatives à l'obtention, à l'usage et au maintien de l'homologation ainsi que les règles de procédure et la composition de la commission. Il détermine les dispositions transitoires applicables aux produits et appareils mis sur le marché avant l'entrée en vigueur de la procédure d'homologation.

"En cas d'infraction aux dispositions du présent article ou des textes pris pour son application, l'autorité administrative peut ordonner la suspension de la commercialisation et le retrait des produits ou appareils commercialisés.

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

*

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

....

Texte du projet de loi

....

"Ne sont pas soumis aux dispositions du présent article les produits et appareils qui font l'objet de dispositions spécifiques du présent code."

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en 1ère lecture**

....

Propositions de la Commission