

# SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1970-1971

Annexe au procès-verbal de la séance du 3 novembre 1970.

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1),  
sur le projet de loi portant réforme hospitalière,*

Par M. JEAN-PIERRE BLANCHET,

Sénateur.

---

(1) *Cette commission est composée de : MM. Lucien Grand, président ; Léon Messaud, Marcel Lambert, Mme Marie-Hélène Cardot, vice-présidents ; MM. Hubert d'Andigné, François Levacher, Georges Marie-Anne, secrétaires ; André Aubry, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Jean-Pierre Blanchet, Pierre Bouneau, Joseph Brayard, Martial Brousse, Pierre Brun, Charles Cathala, Jean Collery, Roger Courbatère, Louis Courroy, Marcel Darou, Michel Darras, Roger Gaudon, Abel Gauthier, Jean Gravier, Louis Guillou, Marcel Guislain, Jacques Henriet, Arthur Lavy, Bernard Lemarié, Henry Loste, Jean-Baptiste Mathias, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Paul Piales, Alfred Poroï, Eugène Romaine, Charles Sinsout, Robert Soudant, Marcel Souquet, Henri Terré, René Travert, Robert Vignon, Hector Viron, Raymond de Wazières.*

**Voir le numéro :**

**Sénat : 365 (1969-1970).**

---

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

## SOMMAIRE

---

	Pages.
Le dépôt du projet de loi .....	5
Rappel historique .....	7
L'hôpital de nos jours .....	10
Objectifs de la réforme .....	15
Examen en Commission.....	20
Examen des articles .....	21
Conclusion .....	99
Amendements présentés par la Commission .....	101
Projet de loi .....	111
 Annexes :	
N° 1 : Note relative au statut de l'Assistance publique à Paris .....	133
N° 2 : Comparaison entre les dispositions du projet de loi et celles de ce statut .....	137
N° 3 : Extraits du Code de la Santé publique .....	142
N° 4 : Extraits du Code de la Sécurité sociale .....	146

---

Mesdames, Messieurs,

Rarement le dépôt d'un projet de loi comme celui de la réforme hospitalière aura provoqué une telle fièvre dans les milieux médicaux. L'émotion a été grande chez tous ceux — praticiens à temps plein, praticiens à temps partiel, responsables de commissions administratives — qui se sentaient concernés par une telle réforme.

Avant même que ne soit déposé ce projet, de nombreux contacts ont été pris pour l'analyser, le commenter ou l'amender. Au seul mot de service public, certains criaient au monopole ; aux seuls mots de coordination, d'association, de concession, les défenseurs de l'hospitalisation privée se voyaient ligotés voire étranglés, tandis que les hospitaliers publics avaient le sentiment d'être frustrés d'une partie de leurs prérogatives.

Un projet aussi complexe a rarement été étudié, discuté en aussi peu de temps, le Gouvernement voulant que le Parlement prenne position au cours de cette session d'automne. Votre Commission des Affaires sociales m'a chargé d'adresser au Ministre de la Santé ses remerciements pour avoir accepté de déposer sur le bureau du Sénat ce projet en première lecture. Plusieurs raisons ont été données à ce geste : il est certain que, répondant au désir de M. le Président du Sénat qui souhaitait faire travailler cette Assemblée utilement dès l'ouverture de la session — l'Assemblée Nationale ayant à voter en première lecture le projet de loi de finances — le dépôt de cette réforme hospitalière permettait à votre Commission des Affaires sociales de se mettre aussitôt au travail. Malgré le peu de temps dont elle disposait, elle est parvenue, après un véritable marathon, à vous présenter en temps utile ce rapport. Que tous ceux qui nous ont permis d'obtenir ce résultat soient ici remerciés.

En second lieu, il n'est pas douteux que la composition de notre Assemblée qui compte un très grand nombre de présidents de commissions administratives, tous notamment représentants des collectivités locales, ne la désignât pour s'intéresser au premier chef à ce délicat problème.

Il faut se rappeler que c'est la première fois que les questions hospitalières viennent en discussion devant le Parlement. Jusqu'à ce jour, seuls des ordonnances, des décrets ont successivement modifié la physionomie de l'hospitalisation en France.

Enfin, et pourquoi ne pas le dire, l'attitude d'un ministre que l'on a défini comme étant un ministre « solide et courageux » n'est pas étrangère à son désir de faire jouer à notre Assemblée pleine de sagesse et d'expérience son véritable rôle, sur une réforme si importante, voulant marquer ainsi par ce dépôt en première lecture sur notre bureau, son désir de respecter la volonté du pays, qui a voulu rendre au Sénat son véritable rôle dans le Parlement.

\*  
\* \*

Pourquoi une réforme hospitalière ? Parce que l'hospitalisation est liée étroitement à l'état sanitaire de la nation dont dépend la bonne marche de l'économie.

Quand un individu est en bonne santé, tout va bien, tout est facile, tout est possible. Quand il est malade, rien ne va plus, rien n'est facile, tout paraît impossible. Que de sacrifices ne fait-on pas pour tenter de guérir ? Quel est celui d'entre nous qui, au seuil d'une maladie ou victime d'un accident, ne tourne les yeux avec une confiance indicible vers celui qui lui rendra la santé ? Et c'est bien là le drame, car les problèmes financiers ne peuvent être éludés.

Comment ne consentirait-on pas des efforts énormes pour améliorer les techniques modèles ? Comment n'accepterait-on pas de tout sacrifier pour vivre ? C'est le problème de la recherche scientifique et médicale, c'est le problème de la formation médicale et paramédicale. Nous sommes toujours prêts à payer cher la santé publique, parce que nous la voulions toujours meilleure. Oui sans doute la meilleure, mais à quel prix ? La courbe ascendante des dépenses de santé connaît une progression telle qu'elle atteindra dans quelques années le double du taux de croissance du P. N. B.

Il y a là un phénomène grave auquel il faut porter remède et, le pays, dans son ensemble, doit après les pouvoirs publics en prendre à son tour conscience. C'est parce que les besoins de la santé sont de plus en plus nombreux et exigent de plus en plus de connaissances qu'il importe de faire de l'hospitalisation un véritable service public qui permettra de réglementer harmonieusement la

mise en place des besoins des populations dans le cadre de la carte sanitaire du pays. La réforme, certes, a un souci ambitieux, celui de permettre une collaboration fructueuse entre l'hospitalisation publique et privée, en supprimant les barrières qui entretiennent les ignorances, en trouvant dans une émulation saine et productrice le moyen de faire cesser des rivalités stériles. Parce que leur répartition sera plus équilibrée si les moyens sont créés à l'échelon national, les charges que nous nous imposons permettront un rendement meilleur de l'ensemble des équipements sanitaires actuels et futurs. Un climat de confiance entre la médecine libérale et la médecine hospitalière est possible et peut être le gage d'une réussite appréciable.

Un rappel historique n'est pas inutile pour replacer dans son cadre ce véritable problème. Nous verrons ensuite ce qu'est l'hospitalisation en France et, dans un deuxième temps, nous analyserons ce que contient ce projet de réforme face aux exigences actuelles.

### **Rappel historique.**

Sans remonter aux origines qui, de Périclès aux Césars, ont ignoré l'assistance désintéressée, mises à part les « valetudinaria » créées pour recueillir les invalides des légions romaines, il faut attendre les premiers siècles du christianisme pour voir apparaître les balbutiements de l'hospice, où l'on doit veiller avant tout aux besoins spirituels de ceux que l'on accueille. « Aucun malade n'est reçu, s'il ne se confesse à l'entrée », lit-on dans les statuts.

L'hôpital reste un lieu inviolable où ne pénètrent ni force armée, ni force de police. Témoignage indiscutable de cette optique religieuse, le personnel hospitalier est essentiellement religieux (le recteur étant toujours un clerc).

A cette époque, les médecins sont rares dans les hôpitaux. Quand on en a besoin, on fait venir un barbier payé à la visite. Il faut attendre l'année 1328 pour voir attachés à l'Hôtel-Dieu deux chirurgiens jurés recevant une indemnité de douze deniers par jour (l'équivalent d'un de nos anciens francs).

Au xv<sup>e</sup> siècle, apparaissent les premiers établissements uniquement consacrés aux enfants : à Lille la Maison des Bonnes filles, à Paris l'Hôpital des Enfants rouges. A cette époque, aussi, apparaissent, pour soigner les lépreux, les maladreries dont l'existence a été heureusement abrégée par la disparition de ce fléau.

La gestion financière de ces établissements est assurée par les legs de généreux donateurs, au nom de la charité chrétienne. Ce type de financement explique la diversité de la vie hospitalière, certains hôpitaux fort riches assurent une nourriture excellente et abondante, les malades couchant dans des draps de soie comme à Beaune ou à Angers. D'autres, aux ressources plus que modestes, végètent lamentablement.

Mais, bientôt, à la fin du Moyen Age, une profonde transformation se fait jour. Le manque de ressources financières, dû surtout aux conséquences de la guerre de Cent Ans, provoque la désolation des hôpitaux, auquel se joint une crise de discipline ecclésiastique. C'est, en effet, à cette époque que se développe Le protestantisme. Le clergé ne pouvant faire face à sa mission, l'on voit se dessiner l'intervention des municipalités et des Parlements. A Lyon, par exemple, la crise budgétaire oblige le recteur à signer un acte de cession au profit des consuls de la ville. A Paris, l'Hôtel-Dieu connaît une indiscipline grave, les sœurs « se boxent entre elles à sang coulant, les relations coupables des frères et des religieuses se multiplient », ce qui provoque un arrêt du Parlement qui nomme à la tête de l'Hôtel-Dieu huit bourgeois choisis par les échevins et désignés pour six ans.

A la fin du xvi<sup>e</sup> siècle, à côté des petits hôpitaux toujours sous la coupe de l'autorité ecclésiastique, les hôtels Dieu des grandes villes sont aux mains d'administrateurs désignés par les prévôts. Ils assurent le financement de ces établissements par des taxes, dont la plus connue est la taxe des pauvres et, plus tard, la taxe sur les spectacles. Il faut enfin prendre des mesures pour pallier les conséquences de la crise économique grave qui sévit en France au xvi<sup>e</sup> siècle et qui jette à la rue des milliers de sans ressources — que l'on appelle alors les sans-aveux — troublant l'ordre public et la tranquillité des bourgeois. On en compte plus de 40.000 à Paris d'où la création de l'hôpital général comprenant cinq hôpitaux : la Pitié, le Refuge, Scipion, Bicêtre, la Savonnerie, tandis qu'en province, à la fin du xvii<sup>e</sup> siècle, ils sont au nombre de trente-trois.

Malgré tous ces efforts, l'anarchie règne à la veille de la Révolution, anarchie géographique : la répartition est faite au hasard des dons, anarchie administrative : à côté des établissements sous la coupe des ecclésiastiques, certains grands établissements permettent à des gestionnaires « de mener une vie

délicieuse au sein de la misère », anarchie financière : aucun équilibre dans les budgets, toujours cette inégalité entre les petits et les grands, certains étant dans une situation catastrophique, tandis que d'autres, comme l'hospice Saint-Jacques-du-Haut-Pas créé par l'abbé Cochin, connaissent une situation très florissante.

Que devient, dans tout cela, le rôle des médecins ?

Ceux-ci, peu nombreux, exercent dans des conditions déplorable ; les opérations ont lieu dans des salles communes où « le patient tourmente, par le spectacle qu'il offre et par ses cris, les malades qui seront bientôt soumis aux mêmes douleurs », logés comme ils le sont à trois ou quatre par lit, la contagion est effrayante.

De toute part, des projets de réforme abondent, jusqu'au moment où le Comité de mendicité de l'Assemblée constituante fait siennes les idées des réformateurs : la charité « ce mot infâme » selon Voltaire, doit être remplacée par la bienfaisance confiée à la Nation et non plus au bon vouloir du particulier. Les biens hospitaliers doivent être nationalisés. La première Assemblée révolutionnaire n'arrivera pas à se mettre d'accord sauf sur la laïcisation des hôpitaux. La Convention décide de vendre leurs biens sans se préoccuper de la mise en place d'une organisation de secours publics. C'est ainsi que les hôpitaux assistent à la vente de plus des trois quarts de leurs immeubles et propriétés foncières, à telle enseigne que Taine écrivait à propos de la situation des hôpitaux sous la Convention : « Il ne restait plus de quoi donner une tasse de bouillon à un malade ».

Après la Convention, le Directoire veut associer la bienveillance générale à la bienveillance individuelle. Le député Delecloy s'écrie à la tribune :

« Celui qui, le premier, a dit que le Gouvernement devait seul à l'indigent des secours de toute espèce et dans tous les âges a dit une absurdité ; gardons bien ce ressort de la bienveillance particulière. »

La loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) donne aux municipalités la surveillance sur tout le territoire de tous les établissements, en créant à leur tête une commission de cinq citoyens. C'est là l'origine de nos actuelles commissions administratives.

Nous assistons à la fusion de multiples fondations particulières, à une gestion meilleure par une centralisation raisonnable, à la restitution aux hôpitaux de leurs biens ou d'immeubles équivalents, à la création de subventions communales qui, en 1938, allaient jusqu'à 29 % (les droits d'octroi et de spectacle sont rétablis). Mais il y a tout de même des inconvénients, la municipalisation accentuant le caractère anarchique de la répartition géographique. En 1847, 118.000 lits d'hôpital avaient été recensés. On lit dans les rapports qu'en 1857 trois hôpitaux n'ont pas traité un seul malade dans l'année ; quatre en ont traité un ; cinq en ont traité deux ; quatre en ont traité trois et quatre et un en ont traité cinq. En 1900, 100 villes ont un lit par 100 habitants, d'autres villes en ont un pour 1.000. En 1958, un lit pour 123 habitants à Bordeaux, un lit pour 480 habitants à Marseille (Paris: un lit pour 170).

Sous le Consulat et l'Empire, un retour aux pratiques de l'ancien régime s'est fait jour. Les congrégations assurent un service qu'elles ont créé, on inaugure des fondations de lits hospitaliers, enfin, en dehors des hôpitaux publics, se multiplie la création d'établissements privés, mais la dispersion anarchique de ces établissements devient alors encore plus grande, faute de coordination et de plan d'ensemble. Les institutions privées viennent le plus au secours de l'administration publique et le doyen Hauriou, en 1911, écrit : « Il serait souhaitable qu'il s'établît une entente étroite entre les deux catégories d'organisations pour éviter des déperditions de forces ». Nous voilà bien au cœur du problème.

Il n'y a donc pas si longtemps que le système hospitalier français répondait encore à une simple notion d'assistance.

Refuge des malades, des infirmes, des vieillards, des pauvres, son visage était celui de M. Vincent. Sa place aujourd'hui est tout autre devant les perspectives des services sanitaires étroitement liés à la médecine.

### **L'hôpital de nos jours.**

Quelle est la situation actuelle de nos hôpitaux publics ou privés ?

Nés des fondations charitables ou des réalisations dues à l'initiative de collectivités locales, les établissements hospitaliers se sont

développés un peu au hasard des circonstances ; et le rapport « lits-population », dont les coefficients varient suivant les régions du simple au double (de 3,15 à 6,77), prouve que leurs développements n'ont pas toujours suivi les besoins réels de la population.

Il existe, bien sûr, des pavillons rénovés, comme ceux de la Pitié, de la Salpêtrière ou de Saint-Antoine. Plus de peintures écaillées, de murs souillés, de portes délabrées : un décor accueillant, fleuri, sentant bon le bois verni ; plus de salles immenses, impersonnelles et froides, mais des boxes, des chambres où le patient n'a que sa douleur à supporter.

Bien sûr, il y a mieux : les « buildings » récemment mis en service. Citons pour mémoire l'hôpital Ambroise-Paré ou le magnifique centre de cardiologie de Lyon qui a laissé à votre rapporteur une impression étonnante. Tout y est clair, fonctionnel, propre, coquet : des halls d'accueil fleuris, des chambres confortables à un, deux ou quatre lits, des salles d'examen, des bureaux de service moderne, des salles de détente, avec fauteuils relax, bibliothèque, jeux, téléviseurs pour les malades et le personnel ; des salles d'attente avec des boutiques possédant des journaux, des livres et des gadgets ; des cafétérias, des self-services réservés aux équipes soignantes, des circuits pneumatiques, des « talky-walky », des dispatchings de surveillance.

Dans ces hôpitaux, des aménagements pour les malades et les visiteurs ont été prévus. Les horaires sont organisés pour les visites, pour les repas, pour le coucher et le lever. Le malade peut avoir ainsi le réconfort permanent d'une présence. Il cesse de dîner et de s'endormir « avec les poules ». Il n'est plus réveillé par l'équipe de nuit distribuant les thermomètres avant de partir. On l'autorise à s'entourer d'effets personnels pour recréer l'illusion d'un cadre familial. Pour l'accueil, beaucoup de modifications heureuses ont été apportées pour éviter aux visiteurs le spectacle pénible des malades graves ou des grands blessés déchargés des ambulances. Dans certains établissements, on a même créé un livret d'accueil où le malade trouve toutes les informations et les conseils qui peuvent faciliter l'adaptation à sa nouvelle vie.

L'hôpital de Saint-Quentin, récemment inauguré, est fier de ses aides-soignantes transformées en hôtesses au sourire réconfortant et de son décor, de ses vasques fleuries et de ses plantes vertes qui font oublier les relents d'éther.

Que dire enfin des installations techniques, des équipements lourds dont il serait trop long de faire le compte et de vanter la technicité ?

Mais, à côté de ces établissements, tout à l'honneur de leurs promoteurs, subsistent des secteurs vétustes comme ceux de Bicêtre et de Necker, les hôpitaux de deuxième catégorie oubliés dans les coins de province, dont la visite fait mal parce qu'elle serre le cœur ; l'entassement des malades, surtout l'hiver, dans les couloirs, les migrations des petits vieux en pyjamas d'un pavillon à l'autre, la longue patience des consultants dans les différents services, le piétinement de parents angoissés au coin d'une galerie ; l'ordinaire qui, souvent, l'est bien trop, les repas qui sont froids parce qu'il faut parcourir des centaines de mètres de galeries, le linge douteux, le personnel lui-même dont il n'est pas question de mettre en cause le dévouement.

Mais, comme le disait Sacha Guitry : « Il arrive certaines fois, où les supérieurs nous paraissent très inférieurs ! »

Quel est celui d'entre vous, mes chers collègues, présidents de commissions administratives, qui n'a pas éprouvé cette sorte de lâcheté qui consiste, parce que l'on se sent responsable sans avoir les moyens d'y remédier, à traverser rapidement une salle commune avec le souci de ne pas voir les souffrances physiques et morales des malades, leur déchirante solitude, leur dignité blessée, avec, au milieu de ces vivants, la mort qui rôde derrière le masque dérisoire d'un paravent ?

Quel est celui d'entre vous qui n'a pas éprouvé, à ce moment-là, ce sentiment tellement humain de ne pas souhaiter être un jour soumis à une telle infortune ?

A côté de cet aspect particulier, il y a le problème d'une insuffisance en personnel et en matériel qui empêche l'hôpital d'assurer sa mission. Trop d'infirmières manquent à leur poste, trop d'aides soignantes remplacent les premières, trop de femmes de service, avec bonne volonté, accomplissent des tâches pour lesquelles elles n'ont pas été formées.

Dans tout cela, on ne retrouve aucune véritable hiérarchie fonctionnelle, aucun classement pratique. Les responsabilités restent partagées entre un organe délibérant, conçu pour administrer un service d'assistance, et une direction aux pouvoirs insuffisants souvent mal définis.

A côté de cet aspect moral, il y a le problème financier, grave, qui risque de prendre des proportions inquiétantes.

Dans l'exposé des motifs du projet gouvernemental, il est dit que les soins dispensés dans les établissements hospitaliers publics et privés représentent près de 40 % des dépenses des régimes d'assurance maladie, soit 2 % du produit national brut.

L'hospitalisation publique consomme la moitié des produits, des fournitures utilisées par les collectivités locales et les organismes qui en dépendent avec une augmentation, chaque année de 20 % plus forte.

Le coût du prix de journée d'hôpital prend des proportions effarantes quand on sait que, pour un centre hospitalier régional, il s'élève à 159 F en chirurgie, 124 F en médecine et que pour certains services de traumatologie de Paris, il atteint 442 F avec une augmentation annuelle de 15 %.

Pourquoi, me direz-vous, le prix de journée est-il si élevé ? Par suite des charges imposées à l'hôpital qui ne connaît pas en compensation de subventions. Rappelons pour mémoire ces charges : personnel, salaires et charges sociales 60 %, nourriture 9 %, entretien des bâtiments 4 %, amortissements et investissements 5 %, divers (chauffage, électricité, etc.) 9 %.

Dans ces chiffres, il faut aussi inclure les centaines de millions que représentent les médicaments et que nécessite la recherche. Il ne faut pas oublier surtout qu'un certain nombre d'obligations sont imposées à ces services : recevoir tous les cas graves et sociaux, assurer en permanence un service d'urgences et de réanimation, faire fonctionner des consultations externes souvent déficitaires, recevoir trente mille étudiants en médecine, quarante mille élèves des professions para-médicales, servir la recherche médicale, enfin, se plier aux contraintes de tutelle qui risquent d'enlever tout le dynamisme de la gestion.

Face à ces établissements, sous la pression de la demande que la généralisation des régimes d'assurance maladie obligatoires a encore développée, un système parallèle de soins privés à buts lucratifs ou non s'est fait jour et a grandi ; l'hospitalisation privée existe. Elle assure des soins de qualité pour un prix de gestion raisonnable, en s'entourant des garanties indispensables. Avec trente et un pour cent de lits, elle distribue au moins la moitié des jour-

nées d'hospitalisation offertes en France au malades ; elle le fait dans toutes les disciplines : chirurgie, obstétrique, médecine générale ou spécialisée, réadaptation fonctionnelle, lutte anti-tuberculeuse, convalescence, etc., certains secteurs d'activité étant plus particulièrement développés.

Il s'agit donc d'utiliser au mieux des moyens financiers qui existent ; tel a été le souci des différents ministres chargés de la santé publique qui avaient préparé des rapports repris aujourd'hui par l'actuel ministre, qui déclarait dans une conférence de presse le 22 juillet 1970 : « il ne s'agit pas d'une loi pour l'hospitalisation publique mais sur l'hospitalisation en général. Le but de ce projet est de rapprocher les deux secteurs : public et privé, en vue d'une utilisation plus efficace des équipements grâce à un équilibre né d'obligations, de devoirs et de droits réciproques et donc le souci est de réaliser ce qui est appelé un « plateau technique », plaque tournante de soins préventifs et curatifs.

Pour un secteur déterminé, il faudra distinguer l'hôpital proprement dit et ce qui constituera l'ensemble des établissements en moyen et long séjours destinés aux observations, aux réadaptations et convalescences.

Divers facteurs ont accentué le mouvement qui veut faire de l'hôpital public un centre de soins ouvert à tous : la possibilité que la Sécurité sociale a donnée au plus grand nombre de se faire traiter, l'apparition de nouvelles techniques et leur perfectionnement, l'adaptation de la médecine à ces exigences, qui a conduit à la réforme des études médicales et l'intervention de l'Etat pour coordonner les investissements sanitaires et contrôler le fonctionnement des centres de soins. L'ordonnance du 11 décembre 1958 a posé le principe de la coordination des établissements de soins et d'hospitalisation publique et privée. Peu à peu, par suite des progrès de la médecine, sont apparus des établissements exerçant une activité spécialisée à côté des établissements polyvalents de beaucoup les plus importants. La mission des établissements polyvalents subit une évolution constante. Destinés, à l'origine, à traiter les malades hospitalisés, ils sont devenus, par suite de l'importance croissante de la prévention, des centres où tous devraient pouvoir venir en consultation et recevoir des soins ne nécessitant pas toujours hospitalisation. Ils sont appelés à répondre aux nécessités des urgences toujours plus nombreuses. Enfin, dans les villes universi-

taires, aux termes de l'ordonnance du 30 décembre 1958, ils constituent les centres d'enseignement et de recherche des U. E. R.

Il existe plusieurs modes de qualification des hôpitaux : *juridique* selon la collectivité à laquelle l'établissement est rattaché, *administratif*, suivant le nombre de lits existant, en vue de déterminer le grade des agents appelés à exercer les fonctions de direction technique, selon que le personnel médical est recruté par concours sur épreuves ou sur titres, *médical* suivant l'importance de la commune d'implantation, le nombre de malades accueillis, les équipements et le corps médical dont dispose l'établissement. Compte tenu de ces facteurs, la structure hospitalière peut être symbolisée par l'image d'une pyramide composée de divers éléments : le C. H. R. avec un personnel hautement qualifié et des locaux adaptés qui, lorsqu'ils sont dans une ville de faculté ou d'école de médecine s'associent avec cette dernière pour créer un C. H. U. ; les centres hospitaliers (93 au 1<sup>er</sup> juillet 1967) au chef-lieu des départements, établissements qui possèdent, sauf les spécialités rares, tous les services (services de médecine, chirurgie, maternité, contagieux, spécialités courantes, laboratoires, organisation de consultations et soins externes) ; les hôpitaux (410) couvrant l'ensemble du territoire avec services de médecine, de maternité, parfois chirurgie et spécialités courantes (électroradiologie, médecine infantile, soins dentaires), ainsi qu'un laboratoire et un service de consultations et soins externes ; les hôpitaux ruraux (370), pourvus de services de médecine, de maternité, pas de service de chirurgie.

### **Objectifs de la réforme.**

**Le projet de loi veut faire de l'hospitalisation en France un véritable service public hospitalier.** Voyons d'abord son organisation, ensuite son fonctionnement.

A l'heure actuelle, il y a une juxtaposition des établissements publics relevant dans leur grande majorité des communes et les établissements privés, les uns à but lucratif, les autres à but non lucratif.

Malgré les efforts de la commission nationale de coordination des établissements de soins, malgré le paiement par les malades des frais d'hospitalisation le plus souvent remboursés par la Sécu-

rité sociale, il n'existe pas de vrai lien fonctionnel, l'implantation ne relève d'aucun plan d'ensemble, la gestion n'obéit pas à des normes communes, les établissements répondant à des fins commerciales concurrencent ceux qui assurent un service public. Il n'y a pas en quelque sorte de plan directeur d'urbanisme.

Le corps médical, ordonnateur de fait d'une grande partie des dépenses n'est pas suffisamment associé aux responsables de gestions, d'où la nécessité de mettre en place un service public structuré. Le texte prévoit que le service public hospitalier sera assuré par les établissements d'hospitalisation publics et sous certaines conditions par les établissements privés à but non lucratif, voire même à but lucratif, qui le demanderaient — les uns et les autres pouvant conserver leur individualité et leur statut propre (dans certains cas même, les dispensaires pourraient être intégrés à ce service).

Quelles seront les missions de ce nouveau service public hospitalier :

- diagnostic des maladies et traitement des malades, blessés et femmes enceintes ainsi que leur hébergement éventuel (tenue des dossiers individuels de santé) ;
- contribution à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ;
- contribution à toutes les actions de la médecine préventive. Certains établissements du service public hospitalier pourront être chargés d'organiser et de coordonner des actions préventives définies à l'échelon départemental ;
- dans le même esprit, des médecins hospitaliers engagés à plein temps pourront, en dehors de leur fonction hospitalière, se voir confier des activités extra-hospitalières de prévention rémunérées par les collectivités intéressées ;
- enfin, participation à la recherche et à l'éducation sanitaire.

Quelle est la structure de ce service hospitalier ?

Ce service sera organisé à deux niveaux. Pour tenir compte des besoins de la population et pour assurer une meilleure répartition, *le projet prévoit la délimitation des régions sanitaires et des secteurs sanitaires.*

Des secteurs allant de 50.000 à 200.000 habitants seront ainsi créés, mettant à la disposition des populations tous moyens de prévention, de diagnostic et de soins par des établissements dont la nature, le nombre, l'importance et l'implantation seront définis.

Les services dits « de pointe » et de « haute spécialité » se trouveront groupés au niveau de la région dans le cadre du C. H. U.

Cette sectorisation, dont l'exemple a été mis au point pour la psychiatrie avec bonheur, sera préparée au niveau des régions après consultation des conseils et des instances régionales.

Il s'agit là du problème si important de la *carte sanitaire*.

C'est au niveau régional, après consultation des conseils et instances locales qu'elle pourra être établie mais, pour être valable, la loi doit lui donner une valeur impérative.

Cette carte sera d'abord périodiquement révisée.

*Ce sont les besoins mentionnés sur la carte qui permettront d'autoriser des projets de création ou d'extension* : il est à noter que cette prise en considération ne s'appliquera pas seulement aux projets immobiliers mais aussi aux équipements dits lourds (soit à cause du prix, soit à cause du personnel spécialisé nécessaire pour le servir).

Il ne faut pas oublier que de tels équipements engagent la Sécurité sociale ; ils ne doivent être autorisés que dans la mesure des besoins. Un cahier des charges déterminera les conditions imposées aux établissements privés pour jouir des autorisations de la carte sanitaire dans la mesure où ils accepteront tous les malades.

Le préfet de région donnera l'autorisation de construire et de fonctionner, ce qui entraînera l'agrément de la Sécurité sociale (c'est-à-dire le droit au tarif d'autorité).

Cette décision viendra après l'avis d'une commission présidée par un magistrat et comprenant les représentants de toutes les parties intéressées.

Les recours seront possibles devant le Ministre après avis d'une commission nationale.

Il n'est rien dit pour les établissements à caractère social comme certains hôpitaux ruraux, hospices ou maisons de retraite, car il est prévu un nouveau projet de loi actuellement à l'étude.

La coordination existera dans un même secteur entre les différents établissements assurant le service public hospitalier, mais aussi entre secteurs voisins, ces groupements interhospitaliers formant des syndicats interhospitaliers ressemblant un peu aux syndicats intercommunaux qui rendent de si grands services aux collectivités.

Il nous faut parler maintenant de *la complémentarité qui devra exister au sein du service public hospitalier* (secteur public et privé) : c'est là un autre élément important de la réforme. Une fois la carte sanitaire établie avec ses besoins à satisfaire, certaines tâches seront confiées au secteur privé par concession ou association et sous certaines conditions, comme l'obligation d'accueillir tous les malades d'un secteur déterminé.

Comment vont fonctionner ces établissements publics d'hospitalisation ? Ils seront classés :

- d'abord en *hôpitaux*, pour les établissements de court et moyen séjour appelés à assurer les examens de diagnostic et les soins aux malades aigus avec ou sans hébergement, ainsi que les accouchements ;
- et en *centres de cure et de réadaptation*, pour les établissements assurant des traitements nécessitant un hébergement prolongé.

Dans le domaine de la *gestion*, un conseil d'administration tripartite associant les élus, les représentants de la sécurité sociale, le personnel médical et non médical remplacera l'actuelle commission administrative.

Désormais, la commission médicale consultative obligatoirement interrogée sur les problèmes budgétaires ainsi que sur l'organisation, le fonctionnement et le résultat d'exploitation des services médicaux sera l'interprète du corps hospitalier auprès du conseil d'administration.

Ces mesures d'ordre législatif seront complétées par des dispositions réglementaires. Elles concernent, en particulier :

- la composition des conseils d'administration ;
- les conditions dans lesquelles est assurée la présidence du conseil d'administration pour les établissements autres que les établissements communaux et les établissements départementaux pour lesquels la présidence de droit du maire ou du président du conseil général est prescrite par la loi ;

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

En complément de la généralisation du temps plein médical à l'hôpital, se poursuivra la collaboration d'une médecine à temps partiel sous la forme de contrats de cinq ans renouvelables.

Pour éviter l'isolement de la médecine hospitalière, des médecins à temps partiel seront associés au fonctionnement des services à plein temps.

Il sera possible désormais pour chaque praticien de ville d'avoir sa « blouse à l'hôpital » afin de suivre, en accord avec le médecin hospitalier et sous sa responsabilité, le traitement de son malade (art. 10).

Est aussi prévue la création des dossiers individuels de santé. Leur but est de servir l'information des médecins chargés de la santé d'un patient par l'accès aux observations et documents relatifs à ce malade, ce qui évitera la répétition inutile d'examen coûteux, tout ceci dans le respect absolu du secret médical et de la liberté des personnes.

Enfin, les charges de la formation des personnels sanitaires qui grèvent actuellement les prix de journée devront être assumées, en partie au moins, par l'Etat.

### Examen en commission.

Votre Commission des Affaires sociales, consciente de l'importance d'un texte dont elle avait à connaître en première lecture a, malgré la brièveté du temps qui lui était imparti, consacré de nombreuses séances de travail à son examen.

M. Robert Boulin, Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, est venu devant la commission à deux reprises :  
— la première fois, le 22 septembre, pour lui exposer les grandes lignes du projet ;  
— la seconde fois, le 21 octobre, pour répondre aux questions que votre président, votre rapporteur et de très nombreux commissaires ont posées sur la quasi-totalité des articles.

Le 14 octobre la commission avait longuement entendu les représentants des organisations professionnelles ou syndicales suivantes :

- Fédération hospitalière de France ;
- Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée de France et d'Outre-Mer ;
- Union hospitalière privée ;
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- Confédération des syndicats médicaux français ;
- Union nationale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales ;
- Fédération nationale de la Mutualité française ;
- Union des Caisses centrales de la Mutualité agricole.

En outre, votre rapporteur et votre président avaient reçu en dehors de la commission des délégations :

- de l'Union nationale des syndicats de médecins des hôpitaux publics ;
  - de la Fédération des médecins de France,
- et dépouillé la volumineuse correspondance reçue soit à l'initiative des organisations, soit à la demande de la commission.

Enfin, au cours de deux longues séances de commission tenues le 22 et le 23 octobre, la commission a procédé à l'examen détaillé des articles et adopté un certain nombre de modifications dont vous trouverez le détail dans le tableau comparatif ci-après.

## EXAMEN DES ARTICLES

### CHAPITRE PREMIER

#### Du service public hospitalier.

#### SECTION I

#### *Dispositions générales.*

#### Article premier.

##### Texte du projet de loi.

Le service public hospitalier :

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

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

3° Concourt à toutes les actions de médecine préventive ;

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

*Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.*

##### Texte proposé par votre commission.

Le service public hospitalier est tenu d'assurer les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, des blessés et des femmes enceintes, leur hébergement éventuel et la tenue des dossiers individuels de santé.

De plus, le service public hospitalier :  
— concourt à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ;

— concourt *aux* actions de médecine préventive ;

— participe à la recherche médicale et à l'éducation sanitaire.

Alinéa supprimé.

*Observations.* — Cet article pose le principe de l'existence, en France, d'un service public hospitalier (S. P. H.).

Il ne s'agit pas, formellement, d'une novation puisque l'actuel article 734-3 du Code de la Santé publique dispose : « ... En vertu de conventions passées avec l'Etat, certains établissements privés

peuvent participer à l'exécution du service public d'hospitalisation ». Mais il est certain que toutes les conséquences de ces mots, enfouis dans l'épaisseur des codes, n'avaient pas été tirées.

Votre commission s'est ralliée à cette notion de service public avec les implications qu'elle suppose.

Puis, au travers de l'étude d'un certain nombre d'amendements, elle a cherché à préciser les limites du rôle qu'elle entendait lui attribuer.

1° Elle a estimé qu'il convenait de faire apparaître que le S. P. H. a l'obligation d'assurer, pour toutes les personnes qui s'adressent à lui et dont l'état requiert les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, blessés, femmes enceintes et leur hébergement éventuel. Mais, par un premier amendement, elle a voulu marquer que, s'il s'agit d'une obligation, il n'y a pas monopole, les praticiens libéraux et les établissements privés ne faisant pas partie du S. P. H. conservant vocation, selon les cas, à faire des examens de diagnostic, à soigner et traiter et éventuellement à hospitaliser. C'est le sens qu'elle veut donner au remplacement du mot : « assure », par les mots : « est tenu d'assurer ».

Par ailleurs, elle fait remarquer que le simple hébergement des personnes âgées — tel que pratiqué dans les maisons de retraite — n'est à aucun moment visé par le projet de loi.

2° La commission unanime a repoussé un amendement tendant à disjoindre le membre de phrase « ainsi que la tenue des dossiers individuels de santé », marquant ainsi sa volonté de confier au service public hospitalier, par l'intermédiaire de l'un de ses établissements, le soin de détenir et de mettre à jour les dossiers dès leur création.

3° La commission a ensuite envisagé favorablement que le S. P. H. concourt largement à certaines actions de médecine préventive, mais pas obligatoirement à toutes comme pouvait le laisser entendre le texte du Gouvernement.

4° Par contre, elle vous demande la suppression du dernier alinéa de l'article dont le sens lui échappe. Si ces dispositions visent le perfectionnement post-universitaire, le « recyclage » des médecins, elle estime que le 2° de l'article est suffisant pour l'assurer.

## Art. 2.

### Texte du projet de loi.

Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;

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

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

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

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi.

### Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

1° Alinéa sans modification.

2° *Le cas échéant*, par ceux...

... présente loi ;

3° Alinéa sans modification.

Les établissements énumérés aux 1°, 2° (à l'exception des établissements régis par le Code de la Mutualité) et 3° ...

... leurs services.

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Cet article énumère les établissements d'hospitalisation qui ont vocation à faire partie du service public hospitalier (S. P. H.) :

- tout d'abord de droit et obligatoirement les établissements publics ;
- puis de droit les établissements privés à but non lucratif qui accepteront de remplir un certain nombre de conditions légalement définies et comportant, en particulier, l'obligation de recevoir toute personne dont l'état requiert hospitalisation ;
- éventuellement, certains établissements privés qui accepteront de passer un contrat de concession ;
- enfin, pourront être associés au S. P. H., pour des objets particuliers, certains établissements privés en vertu d'accords spécifiques.

Cette énumération exclut *les centres de lutte contre le cancer et les centres de transfusion sanguine* qui conserveront leur organisation particulière, mais pourront éventuellement participer au

service public hospitalier par le biais d'accords particuliers. Ils pourront alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du secteur sur lequel ils sont implantés. Le Ministre nous a fait remarquer que ces centres fonctionnent suivant une législation qui leur est propre, mais que l'on constate une évolution profonde dans les techniques susceptibles d'entraîner des modifications dans les modalités actuelles de fonctionnement. Avant de bouleverser les structures, qui, dans l'ensemble, donnent satisfaction, il convient d'observer l'évolution en cours.

En ce qui concerne *les hôpitaux ruraux*, votre commission a cherché à savoir quel sort leur serait réservé. Tout d'abord le Ministère de la Santé publique nous a fait connaître qu'ils n'étaient pas concernés par le projet de loi, ce qui nous avait quelque peu étonnés. Puis, la doctrine gouvernementale a évolué et semble maintenant pencher vers l'application du texte aux hôpitaux ruraux, tout au moins à certains d'entre eux.

A l'hospice, qui représente le plus ancien et le plus traditionnel des établissements hospitaliers, s'est accolé pour vivre en symbiose avec lui, un établissement de conception récente, l'hôpital rural, créé il y a exactement douze ans (il en existe actuellement 368).

Son extrême jeunesse dans un réseau si ancien, n'est pas sa seule particularité. Il en comporte deux autres.

Il comprend :

- un service de médecine ;
- un service de maternité ;
- ou seulement l'un de ces deux services.

Le décret qui le réglemente ne lui fait pas d'autres obligations, pas même celle d'avoir un poste de secours comme dans les hospices.

L'hôpital rural a de nombreux détracteurs et des défenseurs encore plus nombreux.

Sur le plan juridique, l'hôpital rural est donc assimilable à une clinique ouverte greffée sur un hospice ou une maison de retraite qui lui sert de support logistique.

En tant que clinique ouverte, il s'agit de l'exercice de la maison libérale dans des locaux publics.

En tant qu'hospice ou maison de retraite, il s'agit soit d'un centre de cure (article 3), soit d'un établissement à caractère social couvert provisoirement par l'article 47.

A cet article, votre commission a tout d'abord rejeté un certain nombre d'amendements.

1° Elle n'a pas accepté de modifier les appellations d'établissements privés à but non lucratif et d'établissements privés à but lucratif. Sans méconnaître, d'une part, la forme quelque peu anormale d'une définition négative de la première, et, d'autre part, le caractère apparemment péjoratif de la seconde, elle a estimé qu'il s'agissait là de notions devenues traditionnelles qui ne comportaient plus de jugement de valeur.

2° Elle n'a pas voulu introduire dans le texte la notion selon laquelle les établissements participant au S. P. H. ne seraient tenus de recevoir toutes les personnes dont l'état requiert leurs services *que dans la limite de leurs places disponibles*. Ce faisant, elle a tiré toutes les conséquences de « l'obligation de recevoir ».

La formule actuelle de l'article L. 679 du Code de la Santé publique est : les hôpitaux et hospices publics *sont ouverts* à toutes les personnes dont l'état requiert leur services ». L'expression : « *sont tenus de recevoir* » qui figure dans le projet de loi signifie qu'à l'avenir, si un malade se présente à la porte d'un hôpital, qui ne dispose pas de place pour le recevoir, il ne faut plus assister au spectacle navrant de la famille du malade ou du malade lui-même cherchant désespérément un autre établissement qui accepterait de l'accueillir.

Ces risques provoqués par la perte de temps et les transports successifs seront d'autant moins graves que l'accueil du malade sera facilité par cette procédure.

D'après ce texte, ce sera à l'établissement du S. P. H. où s'est présenté le malade qu'il appartiendra soit de le prendre dans l'un de ses services, *soit de lui trouver une place, un autre établissement*. Cette innovation, qui découle de la notion de service public, nous paraît très importante et excellente. Nous ne méconnaissons pas les difficultés que rencontrent peut-être parfois certains établissements, mais il nous paraît que les établissements seront plus facilement et plus rapidement à même que le malade de découvrir des places disponibles ailleurs.

A cet article, votre commission vous propose, par contre, deux amendements :

1° L'un de pure forme tendant à faire apparaître la notion incluse dans les mots « le cas échéant » dès le 2° de l'article puisque tous les établissements privés à but non lucratif ne feront pas obligatoirement partie du S. P. H. ;

2° L'autre qui vous propose de ne pas imposer, aux établissements régis par le Code de la Mutualité qui désireraient faire partie du S. P. H., l'objection de recevoir toutes les personnes dont l'état requiert hospitalisation.

Nous nous trouvons là devant un dilemme. Ou bien on souhaite que les établissements mutualistes participent au S. P. H. et alors il faut tenir compte de la législation à laquelle ils sont soumis, donc de ne les obliger à recevoir que leurs adhérents, qui financent par leurs cotisations l'équipement mutualiste, ou bien délibérément, et à cause même de leur statut qui ne leur permet pas de recevoir des non-adhérents, on les exclut, à coup sûr, du S.P.H.

Nous avons considéré qu'il serait regrettable que ces établissements ne puissent être reliés au S. P. H. que par le biais restreint des accords de l'article 39. Aussi, sans méconnaître le caractère exorbitant de cette disposition, votre commission, après une longue discussion, s'est, à une très large majorité, ralliée à l'amendement tendant à ne pas imposer globalement « l'obligation de recevoir » aux établissements mutualistes. Un amendement similaire sera d'ailleurs proposé à l'article 36.

### Art. 3.

Texte du projet de loi.	Texte proposé par votre commission.
Les établissements mentionnés à l'article 2 sont dits :	Alinéa sans modification.
— hôpitaux s'ils ont une mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée et les traitements ambulatoires.	— <i>centres hospitaliers</i> s'ils... ... les hospitalisations pour affections graves dans leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.
Lorsque l'hôpital a une vocation régionale il porte le nom de Centre hospitalier régional ;	Alinéa supprimé (dispositions reprises au cinquième alinéa ci-dessous).
— centres de cure ou de réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent	— centres de cure... ... mission principale l'accueil des personnes...

Texte du projet de loi.

des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

Certains de ces établissements ont une vocation régionale ou nationale.

Le classement des établissements est déterminé par arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale selon des normes définies par voie réglementaire.

Texte proposé par votre commission.

prolongées.

Certains de ces établissements ou services ont une vocation régionale ou nationale. Lorsque le centre hospitalier a une vocation régionale, il porte le nom de centre hospitalier régional.

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Par cet article, le Gouvernement manifeste sa volonté de répartir les établissements d'hospitalisation en deux catégories selon leur vocation fonctionnelle, ceci surtout afin d'alléger les services de haute technicité de la charge que représente trop souvent pour eux l'hébergement de convalescents et de personnes en cours de réadaptation ou d'observation.

Votre commission donne son accord à cette conception qui lui paraît logique et constituera, à l'avenir, une source d'économies.

Nous disons bien « à l'avenir », car dans l'immédiat la ventilation rationnelle des malades entre ces deux séries d'établissements aura comme conséquence le renchérissement de prix de journée des services de haute technicité. Mais on peut espérer que, grâce à cette répartition, il y aura moins de lits à construire dans les hôpitaux et plus dans les centres de cure et de réadaptation (où le prix de revient du lit est nettement moins élevé).

A cet article, votre commission vous propose plusieurs amendements :

1° A la demande de M. Souquet, elle vous suggère de remplacer le mot : « hôpital » par celui de « centre hospitalier ». Les réminiscences de ce que fut dans le passé l'hôpital lui donnent une « image de marque » inquiétante. Trop de nos concitoyens appréhendent encore d'en franchir le seuil. Si nous voulons affirmer qu'est vraiment révolu ce passé, qui fut utile à l'heure des balbutiements lorsque la charité était progrès, nous devons abandonner le mot qui fait peur. « Centre hospitalier » est, au contraire, une expression apaisante, parce que rattachée à l'idée d'une installation moderne, équipée de matériel adapté aux techniques les plus perfectionnées.

2° Si nous avons bien conscience que ce centre hospitalier, plateau technique de soins, ne doit plus être encombré pendant de longs mois par des malades devenus des convalescents, nous avons estimé que l'expression « les hospitalisations de courte durée » méritait une précision. Nous avons essayé et nous proposons : « les hospitalisations pour affections graves dans leur phase aiguë, les accouchements... ».

3° Nous avons, au quatrième alinéa, préféré le mot : « accueil », plus chaleureux, à celui d' « hébergement » ;

4° Nous avons voulu regrouper en un seul alinéa les dispositions précisant que certains établissements ou services peuvent avoir une vocation régionale ou nationale.

#### Art. 4.

Texte du projet de loi.	Texte proposé par votre commission.
Il est institué des régions d'action sanitaire et, au sein desdites régions, des secteurs d'action sanitaire.	Alinéa sans modification.
Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur. <i>Ils peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur.</i>	Les établissements...  ... 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. <i>Ils peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.</i>	Dans chaque région...  ... groupement interhospitalier régional.
	<i>Les établissements qui forment un groupement interhospitalier de secteur peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur. Les établissements qui forment un groupement interhospitalier régional peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.</i>

*Observations.* — Cet article crée des régions et des secteurs d'action sanitaire. C'est la « sectorisation ». L'expérience réalisée dans le domaine de la psychiatrie est encourageante.

Votre commission a, tout d'abord, marqué une certaine inquiétude : cette sectorisation impliquerait-elle l'obligation pour les malades ou blessés de s'adresser exclusivement à l'établissement

du secteur de leur résidence ou de l'accident ? S'acheminait-on vers la notion de l'hôpital de rattachement, comme nous la connaissons malheureusement en matière d'aide médicale en application de l'article 31 de l'arrêté du 21 mai 1957 ? Le fait de s'adresser à un autre établissement que celui du secteur, même s'il était autorisé, entraînerait-il la déchéance du droit à remboursement pour les assurés sociaux ? En définitive, ce texte assure-t-il ou retire-t-il au malade le libre choix de son établissement de soins ?

Autant de questions que la sécheresse du texte nous autorisait à poser au Ministre de la Santé publique. Sa réponse a été très nette : « La création de secteurs d'action sanitaire a pour but d'offrir sur un territoire comprenant une population de 50.000 à 200.000 habitants des établissements possédant tous les moyens de prévention, de diagnostic et de soins à l'exception de ceux qui relèvent de la médecine de pointe, ces derniers étant réunis au niveau de la région.

« La sectorisation et la régionalisation sont donc des moyens destinés à éviter le sous-équipement et le sur-équipement sanitaire. Les critères seront d'abord démographiques (secteurs de 50.000 à 200.000 habitants). Ils pourront être corrigés sur le plan géographique (dans une région rurale à faible densité il pourra exister des secteurs de moins de 50.000 habitants, cependant qu'en zone urbaine ils pourront dépasser 200.000 habitants).

« En tout état de cause la sectorisation et la régionalisation, simples moyens de planification des équipements, *ne forment pas un obstacle au libre choix, par le malade, de l'établissement où il désire être soigné* ».

Dans ces conditions votre commission ne vous proposera à cet article qu'un amendement de forme regroupant en un seul alinéa les dispositions — dispersées dans le texte du Gouvernement — relatives à la procédure de création des groupements et des syndicats interhospitaliers.

## SECTION II

### *Des établissements d'hospitalisation publics.*

#### Art. 5.

##### Texte du projet de loi.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 7, par un directeur nommé par le Ministre chargé de la Santé publique.

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

##### Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

Ils sont administrés...

... chargé de la Santé publique *après avis du conseil d'administration.*

*Peuvent être membres d'un conseil d'administration des représentants des populations voisines au même titre que ceux des habitants de la commune siège de l'établissement concernée par son fonctionnement.*

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Cet article, le premier d'une série de huit, concerne les seuls établissements publics d'hospitalisation. Il leur maintient la qualification actuelle d'établissements communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. C'est une option. D'autres formules auraient pu être envisagées comme celle de la création d'une administration hospitalière nationale. Mais il semble qu'il y ait un consensus général au maintien du cadre administratif auquel nous sommes habitués.

Une touche de modernisme toutefois : la commission administrative va changer de nom pour adopter celui de « Conseil d'administration ». Peut-être espère-t-on faire ainsi apparaître qu'un centre hospitalier doit être géré comme une véritable entreprise !

A cet article votre commission vous propose un amendement prévoyant que le ministre devra consulter le conseil d'administration de l'établissement avant de procéder à la nomination du directeur.

Actuellement le décret n° 69-662 du 13 juin 1969 relatif aux conditions de recrutement et d'avancement des personnels de direction des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics, pris en application de l'article L. 683 du Code de la Santé publique, prévoit que la nomination de ces personnels doit être précédée de l'avis d'une Commission de classement qui doit avoir connaissance des observations orales ou écrites du président de l'assemblée gestionnaire de l'établissement.

Notre amendement tendant à demander l'avis du conseil d'administration serait plus en rapport avec les attributions de l'assemblée gestionnaire. Il serait, en effet, de meilleure administration de recueillir préalablement à la nomination du directeur, par la voie de son président, l'avis du conseil d'administration.

Puis, à la demande de M. Souquet, elle vous demande d'insérer un nouvel alinéa prévoyant que peuvent être membres d'un conseil d'administration des représentants des populations voisines au même titre que ceux des habitants de la commune, siège de l'établissement. Le fait qu'un centre hospitalier est implanté dans une commune donnée ne signifie nullement que la population de ladite commune est seule intéressée par le fonctionnement de cet établissement. Des représentants des populations des communes alentour doivent aussi siéger au conseil d'administration.

## Art. 6.

### Texte du projet de loi.

Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et non médical et, le cas échéant, des personnalités qualifiées.

La répartition des sièges entre les différentes catégories, les modalités de désignation des membres de chacune de ces catégories et les conditions dans les-

### Texte proposé par votre commission.

Le conseil d'administration...

... maladie, du personnel et non médical hospitalier et dans les centres hospitaliers universitaires avec voix consultative des personnes qualifiées.

La répartition...

...les modalités de désignation ou d'élection des membres...

**Texte du projet de loi.**

quelles est assurée la présidence sont fixées par voie réglementaire, sauf en ce qui concerne la présidence du conseil d'administration des établissements communaux et des établissements départementaux qui est assurée respectivement par le maire, ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire, ou par le président du Conseil général.

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

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

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

**Texte proposé par votre commission.**

général. ... Conseil

Alinéa sans modification.

1° Alinéa sans modification.

2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services ou preneurs de baux à ferme de l'établissement.

Au cas où il est fait application des dispositions des trois alinéas ci-dessus, le Conseil général, le Conseil municipal ou la délégation spéciale, élit un suppléant.

*Observations.* — Cet article détermine les catégories de personnes qui seront appelées à siéger dans les conseils d'administration : représentants des collectivités locales, des caisses d'assurance maladie, du personnel et, dans certains cas, personnalités qualifiées.

La répartition des sièges entre ces catégories est laissée au domaine réglementaire.

M. le Ministre de la Santé publique nous a fait connaître qu'il se proposait de recourir à :

a) L'élection :

- pour les représentants des collectivités locales ;
- pour le personnel médical hospitalier à l'exception du président de la commission médicale consultative qui sera membre de droit ;
- pour les représentants du personnel non médical hospitalier dans les établissements autres que les C. H. R.

b) La désignation :

- par les organismes intéressés pour les représentants des caisses d'assurance maladie ;
- par les organismes professionnels pour le personnel médical extérieur à l'établissement ;
- par les organisations syndicales représentatives, pour le personnel non médical hospitalier dans les C. H. R. ;
- par le Préfet pour les personnalités qualifiées.

En ce qui concerne la présidence, le principe est réaffirmé que, lorsqu'il s'agit d'établissements départementaux ou communaux, elle revient de droit au président du conseil général ou au maire (1).

Enfin l'article détermine les cas où il y a incompatibilité entre, d'une part, les fonctions de maire (ou de personnes remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire) ; de président de Conseil général et, d'autre part, celles de président d'un conseil d'administration.

A cet article, votre commission vous propose six amendements :

1° Elle réserve au personnel médical et non médical *hospitalier* le droit d'être représenté au conseil d'administration ;

2° En ce qui concerne la présence de personnalités qualifiées dans les conseils d'administration, elle estime qu'il convient de la limiter aux centres hospitaliers universitaires et de ne donner à ces personnalités, étrangères à l'hôpital, qu'une voix consultative ;

3° Elle estime nécessaire de préciser qu'il s'agit au deuxième alinéa des modalités de désignation *et d'élection* ;

4° Elle vous propose de remplacer, dans les causes d'incompatibilités, le mot : « fermiers de l'établissement », par l'expression : « preneurs de baux à ferme de l'établissement » ;

5° Elle estime que la qualité d'agent rétribué de l'établissement, qu'il s'agisse de médecin, de pharmacien ou de tout autre membre du personnel, ne doit pas empêcher un maire ou un président du Conseil général, d'être président du conseil d'administration. Ceci d'autant plus que cette qualité de membre du

---

(1) Ou à la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire, situation qui se rencontre dans le cas de :

- délégation spéciale ;
- absence, suspension, révocation ou de tout autre empêchement du maire, qui est alors remplacé par un adjoint, dans l'ordre des nominations et à défaut d'adjoints, par un conseiller municipal désigné par le Conseil, sinon pris dans l'ordre du tableau (art. 66 du Code de l'administration communale).

personnel, donne, par ailleurs, vocation à être membre du conseil d'administration (1).

Il serait de plus singulier qu'un président de Conseil général ou un maire, agent salarié d'un établissement hospitalier, soit élu comme représentant du personnel au conseil d'administration... et que celui-ci soit présidé par son suppléant.

Elle vous proposera donc la suppression de la fin du dernier alinéa ;

6° Enfin, elle vous demande d'adopter un alinéa supplémentaire prévoyant qu'au cas où un président du Conseil général ou un maire est frappé d'incompatibilité, le Conseil général ou le Conseil municipal élira un suppléant (étant bien entendu qu'en cas de disparition du motif d'incompatibilité, le président du Conseil général ou le maire concerné retrouvera de plein droit la présidence du conseil d'administration).

---

(1) Nous rappellerons que les incompatibilités qui interdisent actuellement l'accès à une commission administrative d'un établissement hospitalier résultent de l'article 16 du décret du 11 décembre 1958 (modifié par le décret du 27 janvier 1961) qui dispose :

« ART. 16. — A l'exception des membres de droit et de celui laissé au libre choix du préfet, ne peut être désigné comme membre de la commission administrative qui-conque appartient à deux au moins des catégories prévues aux articles précédents. (D. n° 61-219, 27 fév. 1961, art. 1<sup>er</sup>.) Toutefois, l'appartenance simultanée au conseil municipal de la commune dont relève l'établissement et au conseil général du département ne constitue pas une incompatibilité pour les catégories de membres prévues aux articles 12 (1° et 2°), 13 (1° et 2°), 14 (2° et 3°), ainsi que pour les membres des catégories correspondantes des commissions administratives des établissements visés par l'article 15 ci-dessus.

« (D. n° 61-219, 27 fév. 1961, art. 2).

« Ne peuvent être membres de la commission administrative :

« 1° Toute personne ayant un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privés à but lucratif ;

« 2° Les fournisseurs, entrepreneurs, fermiers de l'établissement et les agents rétribués de celui-ci, à l'exception, pour ces derniers, des médecins, chirurgiens ou spécialistes de l'établissement.

« Les membres qui tombent sous le coup des dispositions des deux alinéas précédents sont déclarés démissionnaires d'office et il est pourvu à leur remplacement dans le délai d'un mois.

« Si le maire tombe sous le coup d'une des dispositions de l'alinéa 2 du présent article, il est remplacé, au sein de la commission administrative, par un membre élu par le conseil municipal.

« (D. n° 59-1332, 23 nov. 1959, art. 1<sup>er</sup>). Si le doyen de la faculté ou le directeur de l'école nationale de médecine prévu au 4° de l'article 14 tombe sous le coup d'une des dispositions de l'alinéa 2 du présent article, il est remplacé, au sein de la commission administrative, par un professeur de la faculté ou école nationale de médecine ou, à défaut, par un professeur d'une autre faculté de l'université ne tombant pas lui-même sous le coup de ces dispositions et élu par le conseil de la faculté ou de l'école.

« Si, dans une ville siège de faculté ou école nationale de médecine, tous les professeurs de cliniques ayant la qualité de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux tombent sous le coup d'une des dispositions des alinéas 1 et 2 du présent article, le membre prévu au 5° de l'article 14 doit être remplacé par un médecin, chirurgien ou spécialiste appartenant ou non au corps enseignant universitaire, ne tombant pas lui-même sous le coup des dispositions précitées et élu par le conseil de la faculté ou de l'école.

« Si tous les médecins, chirurgiens ou spécialistes d'un hôpital tombent sous le coup d'une des dispositions des alinéas 1 et 2 du présent article, le membre prévu au 3° b de l'article 12 et au 6° de l'article 14 est remplacé par un médecin, chirurgien ou spécialiste ne tombant pas lui-même sous le coup de ces dispositions et désigné par le préfet, sur une liste de trois noms présentée par l'inspecteur divisionnaire de la santé. »

Art. 7.

Texte du projet de loi.

Le conseil d'administration délibère sur :

1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;

2° Les propositions de prix de journée ;

3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;

4° Les emprunts ;

5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;

6° Les règles d'organisation de l'établissement et de ses activités, les conventions conclues en vue de cette organisation et les règles de fonctionnement de l'établissement, notamment le règlement intérieur ;

7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 39 de la présente loi ;

8° Les créations, suppressions et transformations de services ;

9° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;

10° Les effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 et les textes subséquents ;

11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;

12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;

13° Les actions judiciaires et les transactions.

Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

Alinéas 1° à 9° sans modification.

10° Le *tableau des effectifs*...

... et les textes subséquents ;

Alinéas 11°, 12° et 13° sans modification.

**Texte du projet de loi.**

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

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

**Texte proposé par votre commission.**

Les délibérations...

... sembleraient insuffisantes. *Les délibérations sont réputées approuvées si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de leur transmission.*

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Cet article définit les attributions respectives du conseil d'administration et du directeur de l'établissement ; par ailleurs, il détermine l'objet des délibérations qui doivent être soumises à l'approbation de l'autorité de tutelle et les pouvoirs propres de la tutelle.

Il nous paraît utile de faire un rappel de ce que sont actuellement, sous l'empire de l'ordonnance du 11 décembre 1958, et du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958, les attributions respectives des commissions administratives, de leurs présidents et des directeurs d'établissement et d'indiquer schématiquement la répartition nouvelle des compétences.

**I. — Situation actuelle.**

(Ordonnance du 11 décembre 1958 et décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958.)

*Commission administrative.*

Règle les affaires de l'hôpital :

1° *Délibérations soumises obligatoirement à l'approbation préfectorale.*

Budgets, crédits supplémentaires, comptes.

Acquisitions, aliénations, échanges des propriétés et affectation au service.

Travaux de construction, grosses réparations et démolitions.

Conditions de baux de plus de dix-huit ans.

Emprunts.

Approbation tacite après expiration d'un délai de quarante jours.

*2° Délibérations simples, exécutoires d'office, sauf suspension préfectorale dans les vingt jours.*

En fait toutes les autres affaires de l'établissement, sous réserve des pouvoirs propres du Directeur.

*Président.*

Représente l'établissement en justice, sur autorisation de la commission administrative.

Représente l'établissement dans les actes de la vie civile, sous réserve des attributions propres du directeur et du comptable.

Propose les budgets et les prix de journée.

Dans les établissements comptant jusqu'à 200 lits.

Nomme, sur la proposition du directeur économiste, le personnel administratif, hospitalier et secondaire ;

Exerce les fonctions d'ordonnateur, passe les marchés, soumet à la commission administrative les comptes, prix de revient et inventaires et surveille les comptabilités deniers et matière...

*Directeur.*

Assure la conduite générale de l'établissement ; il est responsable du bon ordre et de la discipline à l'intérieur de celui-ci.

Assure le secrétariat et la tenue des registres des délibérations de la commission administrative.

Assure le secrétariat des commissions d'adjudication.

Conserve et administre le patrimoine de l'établissement et fait, en conséquence, tous actes conservatoires de ses droits.

Prépare les budgets, comptes, prix de revient et inventaires.

Nomme le personnel administratif, hospitalier et secondaire, à l'exclusion des comptables, directeurs adjoints, sous-directeurs et économistes.

Exerce les fonctions d'ordonnateur, passe les marchés, soumet à la commission administrative les comptes, prix de revient et inventaires, et surveille la comptabilité deniers et la comptabilité matière.

**II. — Situation nouvelle.**

(Textes d'application de l'article 5 du projet portant réforme hospitalière.)

*Conseil d'administration.*

*1° Délibérations soumises obligatoirement à l'approbation préfectorale.*

Budgets. — Comptes ;

Tableau des effectifs ;

Acquisitions, aliénations, échanges et affectations de propriétés ;

Plan directeur et projets de travaux de constructions et de grosses réparations.

Baux de plus de dix-huit ans.

Emprunts.

Autorisation d'ester en justice.

*2° Informé par le directeur de la marche de l'établissement.*

*Président.*

Préside le conseil d'administration.

*Directeur.*

Administre l'hôpital sous l'autorité du conseil d'administration.

- .....
- 1° Assure la conduite générale de l'établissement ; il est responsable du bon ordre et de la discipline à l'intérieur de celui-ci.
  - 2° Assure le secrétariat et la tenue des registres des délibérations de la commission administrative.
  - 3° Assure le secrétariat des commissions d'adjudication.
  - 4° Conserve et administre le patrimoine de l'établissement et fait, en conséquence, tous actes conservatoires de ses droits.
  - 5° Prépare et soumet au conseil d'administration les budgets et comptes.
  - 6° Prépare les prix de revient et inventaires.
  - 7° Dans tous les établissements :
    - nomme le personnel administratif, hospitalier et secondaire, à l'exclusion des comptables, directeurs adjoints, sous-directeurs et économes ;
    - exerce les fonctions d'ordonnateur, passe les marchés, soumet à la commission administrative les comptes, prix de revient et inventaires et surveille la comptabilité deniers et la comptabilité matières.
  - 8° Représente l'établissement en justice, sur autorisation du conseil d'administration.
  - 9° Représente l'établissement dans les actes de la vie civile.
  - 10° D'une manière plus générale prend toutes décisions nécessaires au fonctionnement de l'établissement et plus particulièrement dans les domaines ne nécessitant pas expressément une délibération du conseil d'administration. Ces décisions sont soumises au contrôle *a posteriori*.
  - 11° Il tient régulièrement informé le conseil d'administration de la marche de l'établissement.

Ainsi, aux termes de l'article 22 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958, la Commission administrative règle les affaires des hôpitaux et hospices. Elle a ainsi une compétence générale. Au contraire, le Président de la Commission administrative et le Directeur ont, eux, compétence d'attributions pour les matières limitativement énumérées par les articles 23 (en ce qui concerne le Président de la Commission administrative) et 27 (en ce qui concerne le Directeur) du décret du 11 décembre 1958.

La Commission administrative n'a aucun pouvoir en matière disciplinaire. Ce pouvoir appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination après consultation de la commission administrative paritaire siégeant en formation disciplinaire.

Désormais, l'article 7 du projet de loi fixe limitativement la compétence du conseil d'administration et confère, au contraire, au Directeur une compétence générale.

En vertu de l'article L. 792 du Code de la Santé publique, il appartient à l'Assemblée délibérante des établissements de fixer la liste des emplois. Ces attributions sont confirmées par le 10° de l'article 7 du projet de loi. D'autre part, l'article L. 893 du Code de la Santé publique donne au Gouvernement le pouvoir de fixer, par décret, les statuts des différentes catégories de personnels titulaires.

Le 9° de l'article 7 du projet de loi précise qu'en l'absence de statuts pris en application de l'article L. 893 ci-dessus, le Conseil d'administration fixe, sous le contrôle de l'autorité de tutelle les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels. Il importe en effet que les emplois nouveaux dont la création apparaît nécessaire en raison de l'évolution constante des techniques de soins, puissent être créés par le Conseil d'administration avant même que ces emplois aient été dotés d'un statut résultant d'un décret pris en application de l'article L. 893 susvisé.

Outre un amendement de pure forme au 10° de l'article, votre commission vous propose de compléter l'avant-dernier alinéa de l'article par une clause de sauvegarde dont tous les administrateurs locaux apprécieront, pensons-nous, le bien-fondé. Nous estimons, en effet, qu'une délibération doit être considérée comme approuvée si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai raisonnable. Et nous vous proposons de fixer ce délai à trente jours, puisqu'il semble que ce sera le chiffre retenu par la future réforme municipale.

### Art. 8.

#### Texte du projet de loi.

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

#### Texte proposé par votre commission.

Dans chaque établissement public d'hospitalisation, il est institué :

— une commission médicale consultative qui est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux ;

— un comité technique paritaire qui est obligatoirement consulté sur le fonctionnement des services, et notamment sur les conditions de travail dans l'établissement.

*Observations.* — Cet article institue une commission médicale consultative dans les établissements publics d'hospitalisation, commission qui est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et le fonctionnement des services médicaux.

Votre commission s'est félicitée de cette création. Elle souhaite vivement que, par l'intermédiaire de cet organisme, les médecins de l'hôpital participent activement à la vie de leur établissement, tout à la fois en donnant leurs avis chaque fois qu'ils le souhaiteront et en s'informant des réalités de la gestion.

Par souci d'équilibre, votre commission a estimé souhaitable d'introduire, à ce moment du texte, le principe de la création d'un comité technique paritaire qui sera obligatoirement consulté sur le fonctionnement des services. Cette disposition était prévue à l'article 5 du projet de loi (A. N. n° 1322) modifiant certaines dispositions du Code de la Santé publique que le Gouvernement pensait pouvoir faire voter plus rapidement que le projet de réforme hospitalière.

## Art. 9.

### Texte du projet de loi.

Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

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

2° Le cas échéant, des agents contractuels ;

3° Des médecins et des biologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements. Dans le second cas, leur nomination ne peut être prononcée que pour des périodes de cinq ans renouvelables.

### Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

1° Des agents titulaires *ou stagiaires* soumis...

...publique ;

2° *A titre exceptionnel ou temporaire*, des agents contractuels ;

3° Des médecins, des biologistes, *des pharmaciens et des odontologistes* dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements.

Dans le second cas, *sauf démission des intéressés*, leur nomination *peut être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.*

*Le Conseil d'administration du centre hospitalier 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 du praticien.*

Texte du projet de loi.

Texte proposé par votre commission.

*Le préfet statue dans les trois mois de la saisine sur avis conforme d'une commission paritaire régionale dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.*

*L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un recours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite devant une commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.*

*Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.*

Alinéa sans modification.

Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi.

*Observations.* — Cet article est certainement celui qui a provoqué le plus d'émotion.

Il définit les catégories qui composent le personnel des établissements publics d'hospitalisation, à savoir :

- des agents titulaires ;
- des agents contractuels ;
- des médecins et des biologistes.

En ce qui concerne ces derniers, le texte prévoit des statuts différents selon que les praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements. Il précise que dans le second cas, en ce qui concerne les personnels qui seront nommés à l'avenir, leur nomination ne peut être prononcée que pour des périodes de cinq années renouvelables.

Les médecins hospitaliers à temps partiel ont ressenti cette disposition comme une menace les mettant à la merci de l'autorité — le directeur de l'établissement, si l'on en juge d'après l'article 7 — dont dépend leur nomination.

Il convient tout d'abord de noter que cette disposition ne vise que certains hôpitaux de deuxième catégorie. En effet, depuis les ordonnances de 1958 et les décrets d'application de 1960, les services des centres hospitaliers régionaux, c'est-à-dire des grands hôpitaux

liés aux Unités d'enseignement et de recherche médicale, sont ou seront tous — théoriquement tout au moins pendant quelques années encore — à temps plein : il n'y a plus de recrutement à temps partiel pour ces hôpitaux.

Pour ce qui concerne les hôpitaux de deuxième catégorie, premier groupe, le décret du 11 mars 1970 dans son article 34-1, paragraphe II, permet la transformation des postes temps plein à des postes temps partiel lorsque les besoins hospitaliers le justifient ; et ceci sans qu'il soit tenu compte de l'avis du médecin à temps partiel titulaire actuel du poste.

Le champ d'application dans l'avenir du recrutement des médecins à temps partiel dans les hôpitaux publics est donc limité à une fraction des hôpitaux de deuxième catégorie les moins importants par leur volume.

Lorsque votre commission a entendu les différents représentants des médecins des hôpitaux publics, ceux-ci lui ont fait part de leur vive opposition à ce texte. Nous pouvons ainsi résumer leur argumentation :

— La nomination de ces médecins par période de cinq ans renouvelable paraît une révolution, une atteinte aux droits acquis, à certains égards une injustice et, de plus, comporte un risque certain pour l'avenir du recrutement de nos hôpitaux ;

— C'est une révolution car, jusqu'alors, les médecins chefs de service à temps partiel étaient nommés jusqu'à l'âge de la retraite normale et leurs manquements à la discipline sont sanctionnés par des peines pécuniaires et disciplinaires d'ordre réglementaire ;

— C'est une atteinte inutile aux droits acquis puisque le décret du 11 mars 1970 donne la possibilité d'éliminer de son service un médecin à temps partiel qui n'accepterait pas le temps plein au cas où son service serait classé ainsi par l'administration.

— A certains égards, c'est une injustice car on s'explique mal qu'alors que l'évolution sociale habituelle tend à offrir de plus en plus de garanties d'emploi aux individus, qu'après avoir promis aux attachés des hôpitaux une relative stabilité de l'emploi sous la forme d'une nomination renouvelée tous les cinq ans, on nivelle par la base la situation du chef de service dont il est alors permis de se demander, dans ces conditions nouvelles, quelle sera l'autorité sur l'équipe hospitalière.

— C'est enfin par son retentissement psychologique un risque certain pour l'avenir de nos hôpitaux, et ce dernier point est probablement le plus insidieux et le plus dangereux de tous.

— En proposant la nomination des médecins à temps partiel pour cinq ans, les auteurs du projet de loi pensent éviter ainsi une certaine concurrence qui s'établit parfois entre l'activité privée et l'activité hospitalière du médecin. En supposant une seconde qu'une telle modalité de nomination soit retenue dans l'avenir, peut-on imaginer quelle sera l'attitude d'un jeune médecin commençant son installation en ville, *a priori* pour sa vie entière, et nommé seulement pour cinq ans dans un hôpital ? Il est plus que vraisemblable qu'il mettra tous ses efforts à développer son cabinet en ville, sacrifiant pour cela délibérément l'hôpital dont il n'est pas un membre permanent, et il est possible même que, les cinq ans passés et sa situation en ville correctement assurée, ce soit le médecin qui démissionne de l'hôpital et non l'hôpital qui se débarrasse de lui.

Alors, le poste hospitalier à nouveau libre sera proposé au temps partiel à un autre jeune médecin. De deux choses l'une : ou celui-ci estimera que, pour des raisons démographiques, il a sa place en médecine de ville, et un nouveau cycle identique au premier recommencera, ou bien il estimera n'avoir aucune chance de faire une carrière suffisante en ville et ce n'est pas un poste temps partiel de l'hôpital qui l'attirera.

Il convient de ne pas oublier que le problème se situe au niveau d'un petit hôpital d'une petite ville dans laquelle les notions de concurrence sont beaucoup plus limitées que pour un hôpital important, et l'expansion démographique en général aussi beaucoup plus limitée que dans les grandes villes. Il resterait, bien sûr, pour sortir de cette situation, à classer le service au temps plein et à chercher le médecin acceptant le temps plein dans un service non équipé pour cela et dont l'activité sera vraisemblablement insuffisante pour l'occuper intégralement.

De ce fait il est probable que les candidatures seront rares et le fait des médecins les moins dynamiques. La réponse du ministre faite à la question orale de MM. les députés Marcus et Berger en date du 2 avril 1970 est sur ce point édifiante :

« Une des causes de carence constatées tient au fait que les récents concours pour la nomination des praticiens au temps plein

n'ont pas, dans quelques régions, suscité de candidatures, ce qui a empêché les hôpitaux d'établir le système de remplacement des médecins à plein temps, l'un par l'autre. »

\*  
\* \*

Votre commission est bien consciente de l'évidente nécessité qui impose peu à peu le temps plein dans certains services hospitaliers. Mais elle ne peut oublier que la plupart des hôpitaux de province ne vivent que grâce à la présence et au dévouement des médecins chefs de service à temps partiel. Il est regrettable que ce projet de loi, dont l'un des objectifs est justement d'associer plus étroitement le corps médical hospitalier à la vie des établissements, ait provoqué — à cause surtout de cet article 9 — un profond malaise chez les médecins hospitaliers à temps partiel qui ont eu l'impression que leur rôle était remis en question.

Il est bien évident que, dans ces conditions, votre commission a apporté un soin tout particulier à l'examen de cet article (1) et a cherché une solution qui concilie tout à la fois le nécessaire exercice de la médecine à temps partiel et la saine gestion des services hospitaliers. Elle vous propose un texte qui paraît sur l'essentiel recueillir l'approbation du gouvernement et des médecins concernés. Il prévoit que les médecins à temps partiel sont nommés jusqu'à l'âge de la retraite mais que leur situation est susceptible d'être remise en question à la fin de chaque période quinquennale. Cette mesure est assortie de garanties et de possibilités d'appel qui mettent le médecin à l'abri de toute cabale arbitraire.

Par ailleurs, demeurera dans les cas de faute grave, la faculté de recourir aux procédures disciplinaires.

---

(1) Nous rappellerons que dans les hôpitaux dits non-universitaires, les sanctions disciplinaires applicables au personnel médical à temps partiel sont actuellement les suivantes :

- 1° L'avertissement ;
- 2° Le blâme avec inscription au dossier ;
- 3° L'exclusion temporaire des fonctions pour une durée pouvant aller jusqu'à six mois ;
- 4° La révocation pure et simple ;
- 5° La révocation avec exclusion à temps ou à vie de toutes fonctions ultérieures dans un établissement hospitalier.

L'avertissement est donné par la commission administrative.

Les autres sanctions sont prononcées par décision motivée du préfet sur proposition du médecin inspecteur régional de la santé et après avis de la commission administrative et du conseil de discipline.

Le conseil de discipline peut être saisi soit par la commission administrative de l'établissement, soit par le préfet, soit le Ministre de la Santé publique.

Nous espérons que le texte que nous vous proposons atteindra cet objectif.

Enfin, votre commission a décidé d'apporter quelques compléments au texte de l'article :

a) En intégrant au 1° les agents stagiaires ;

b) En faisant apparaître le caractère qui doit être à la fois exceptionnel et temporaire de la présence d'agents contractuels dans les établissements sanitaires publics ;

c) En ajoutant les pharmaciens et les odontologistes qui avaient été oubliés dans l'énumération du 3°.

### Art. 10.

#### Texte du projet de loi.

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

#### Texte proposé par votre commission.

Des dispositions réglementaires...  
... peuvent être admis à participer à titre *bénévole*, dans les établissements...  
... l'hospitalisation.

*Observations.* — Cet article apporte une très importante innovation par rapport au système actuel. Dorénavant, les praticiens libéraux, ainsi que les sages-femmes, pourront avoir leur « blouse à l'hôpital » et venir suivre, s'ils le désirent, leurs malades ou accouchées hospitalisées.

Lorsque nous avons demandé à M. le Ministre de la Santé publique les raisons qui l'avaient amené à proposer ce texte, il nous a répondu :

« Les médecins et sages-femmes concernés sont ceux qui ont pris en charge le malade avant son admission à l'hôpital et qui peuvent « le suivre » pendant son hospitalisation.

« Leur participation aux soins serait limitée à un échange d'informations avec le corps médical ou les sages-femmes du service

considéré et à la discussion en commun des dossiers cliniques, sur les conduites à tenir, tant en ce qui concerne le diagnostic que les prescriptions, et notamment les prescriptions ultérieures.

« Ils devraient exercer cette activité, ainsi strictement limitée, sous l'autorité du chef de service considéré.

« Ils devraient respecter les dispositions du règlement intérieur de l'établissement. Les conditions et modalités de participation seraient définies par entente directe entre les intéressés et le chef de service concerné ; le Directeur serait tenu régulièrement informé par ce dernier. Ils ne percevraient pas de rémunération de l'hôpital, ni de leurs malades, sauf dispositions réglementaires et conventionnelles éventuelles.

Ce projet est justifié par les considérations suivantes :

« Le praticien hospitalier serait plus complètement et plus directement informé des antécédents du malade et de la genèse de sa maladie.

« La présence de son médecin traitant apporterait mieux qu'un réconfort moral au malade, puisqu'elle impliquerait une consultation entre le praticien hospitalier et le médecin traitant.

« Les médecins de ville pourraient mieux assimiler leurs connaissances et se perfectionner.

« Des liaisons constantes, très souhaitables, voire nécessaires, seraient établies entre l'hôpital et les médecins de ville ».

Et lorsque nous avons cherché à savoir si à l'étranger des expériences de ce genre avaient été tentées, il nous a été indiqué que, dans certains hôpitaux des Etats-Unis, les médecins traitants suivent leurs malades et sont même parfois admis à leur dispenser directement des soins.

Les craintes que pouvait faire connaître cet article résident dans la possibilité de conflits entre les praticiens libéraux et le corps médical hospitalier ou le personnel soignant (conflits de diagnostic ou de prescription, subordination du personnel, etc.).

Votre commission s'est, après bien des hésitations et une large discussion, ralliée à cette proposition. Mais elle a tenu à préciser, pour éviter toute contestation, que le médecin ou la sage-femme qui viendrait suivre son ou sa patiente à l'hôpital le ferait bénévolement, étant bien entendu que l'autorité et la responsabilité du chef de service resteraient entières.

Art. 11.

Texte du projet de loi.

Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité, dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé, sont fixées par voie réglementaire.

Texte proposé par votre commission.

Article supprimé.

*Observations.* — Le but de cet article a été défini dans l'exposé des motifs du projet de loi portant réforme hospitalière qui précise à ce sujet :

« Il est apparu nécessaire de prévoir la possibilité d'établir des règles spéciales pour certains services ou organismes hospitaliers publics de très haute technicité tant pour éviter leur développement anarchique que pour faciliter leur fonctionnement sans que certains frais correspondant à des techniques de pointe en voie d'élaboration pèsent exagérément sur les organismes de sécurité sociale. »

A une question de votre commission lui demandant si l'on pourrait imposer l'implantation de services de haute technicité, le ministre nous a répondu :

« La création de tels services ne peut être exactement appréciée qu'à l'échelon national ; il appartiendra donc au seul Ministre de la Santé publique et de la sécurité sociale d'en décider, sans pour autant créer une entité juridique indépendante du Centre hospitalier régional dans lequel le service de haute technicité doit être normalement intégré.

« La création de ces services relèvera donc de l'initiative du ministre qui fixera en outre leurs structures internes.

« Pour éviter, ainsi qu'il a été dit précédemment, un alourdissement des charges de la Sécurité sociale dû à ces créations, des crédits spéciaux qui figureront au budget du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale leur seront affectés pour leur installation et leur fonctionnement.

« Par ailleurs, pour chaque service ainsi créé sera constitué un « comité de coordination » dans lequel siégeront le chef de service, les présidents des unités d'enseignement et de recherche

concernés, ou leurs représentants, un représentant de l'I. N. S. E. R. M., dans la mesure où cet organisme sera associé aux activités du service des représentants de l'administration hospitalière.

Le Comité de coordination examinera tous les problèmes administratifs et financiers que pourra poser le fonctionnement du service de haute technicité.

Votre commission a accepté le principe de cet article, mais a estimé qu'il trouverait mieux sa place après l'article 41, dans le chapitre III concernant l'équipement sanitaire, cette modification de l'emplacement de l'article permettant de lui donner application aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

### Art. 12.

#### Texte du projet de loi.

A titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer les services créés avant la promulgation de la présente loi qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier défini à l'article premier ci-dessus.

#### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Votre commission a accepté cet article sans lui apporter de modification. En effet, le service public hospitalier ne comprendra plus, à l'avenir, de maison de retraite qui devront être des établissements autonomes ne faisant pas partie du dispositif sanitaire. Toutefois, il paraît impossible, sous peine d'un bouleversement total de la comptabilité de nombreux établissements de dissocier dès à présent les hôpitaux des hospices ou maisons de retraite qu'ils gèrent. Souhaitons simplement que cette réorganisation se fasse progressivement et dans des délais raisonnables...

### SECTION III

#### *Des groupements interhospitaliers et des syndicats interhospitaliers.*

#### Art. 13.

##### Texte du projet de loi.

Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 4 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.

Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.

Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 40 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 42 de la présente loi.

##### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article est le premier d'une série de dix, objets de la section III, relatifs aux groupements et aux syndicats interhospitaliers.

L'exposé des motifs du projet de loi indique :

« La mise en place d'un véritable service public de l'hospitalisation a pour but de substituer à la « balkanisation » actuelle un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins sanitaires du pays.

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

« Mais ces groupements, dont la constitution sera obligatoire, ne seront que des lieux de rencontre et ne disposeront pas de la personnalité morale. En facilitant la concertation, ils prépareront la création de syndicats interhospitaliers auxquels les établissements

adhéreront librement, mais qui auront des attributions propres. Celles-ci pourront aller de la gestion des services communs à la réalisation de travaux d'équipement pour le compte de leurs membres. »

Votre commission a accepté le principe de la création de ce double système de regroupement, l'un à caractère obligatoire — les groupements interhospitaliers de secteur — et l'autre facultatif — les syndicats interhospitaliers de secteur ou de région.

Elle a toutefois manifesté une certaine inquiétude devant la prolifération en cascade de conseils et de commissions que suppose la mise en place de la loi, conseils et commissions qui risquent d'absorber bien du temps et, d'occasionner de nombreux déplacements à ceux qui en feront partie.

#### Art. 14.

##### Texte du projet de loi.

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.

##### Texte proposé par votre commission.

Les conseils...

... Ils élisent leur président  
parmi leurs membres.

*Observations.* — Cet article prévoit que les conseils, chargés en application de l'article 13 d'assurer la coopération entre les établissements faisant partie du groupement interhospitalier de secteur, sont composés de représentants de chacun des établissements.

Votre commission a estimé souhaitable de préciser que le président était élu parmi les membres du conseil.

#### Art. 15.

##### Texte du projet de loi.

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

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

##### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

**Texte du projet de loi.**

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

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

**Texte proposé par votre commission.**

*Observations.* — Cet article traite de la création des syndicats interhospitaliers de secteur ou de région d'action sanitaire regroupant les seuls établissements assurant le service public hospitalier qui le demanderont.

Il est à remarquer que le syndicat interhospitalier de région doit obligatoirement comprendre, s'il se crée, le centre hospitalier régional.

**Art. 16.**

**Texte du projet de loi.**

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

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

**Texte proposé par votre commission.**

Les syndicats...

... Santé publique et choisi par celui-ci sur une liste établie par le conseil d'administration.

Le conseil est composé...

... Il élit son président *parmi ses membres*. Les directeurs de chacun des établissements assistent au conseil d'administration avec voix consultative.

*Observations.* — Cet article dispose que les syndicats interhospitaliers sont administrés :

a) Par un conseil d'administration, composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie, compte tenu de leur importance ;

b) Et « dans le cadre des délibérations » dudit conseil par un secrétaire général nommé par le Ministre chargé de la Santé publique.

Le Ministre nous a indiqué que ces secrétaires généraux seraient choisis dans les cadres hospitaliers. Dans un premier temps, d'ailleurs, il est prévu de les désigner parmi les directeurs des établissements faisant partie du syndicat.

Votre commission vous propose d'apporter deux précisions à cet article :

- la première prévoyant que le secrétaire général serait nommé par le Ministre de la Santé, celui-ci devant choisir l'un des noms d'une liste établie par le Conseil d'administration ;
- la seconde prévoyant que les directeurs de chacun des établissements membres du syndicat assistent, avec voix consultative, aux séances du Conseil du syndicat.

Ce sont, en effet, les directeurs qui pourront le mieux, dans la plupart des cas, apporter au Conseil les éléments d'information indispensables.

#### Art. 17.

##### Texte du projet de loi.

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

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

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

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

##### Texte proposé par votre commission.

Les syndicats interhospitaliers...

... peuvent exercer, pour le compte de ceux de leurs membres qui en feront la demande, toute activité...

... hospitalier, notamment :

Alinéas 1° et 6° sans modification.

**Texte du projet de loi.**

**Texte proposé par votre commission.**

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

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

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

*Observations.* — Cet article est l'un des plus importants du projet. Il prévoit ce que doit être, à l'avenir, le rôle des syndicats interhospitaliers de secteur ou de région.

Le principe est posé qu'ils peuvent exercer toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier.

L'énumération qui est faite ensuite n'est pas limitative et n'a que valeur indicative.

En réalité, les syndicats pourront faire très peu... ou beaucoup... selon ce qu'ils décideront ils pourront aller jusqu'à la création et la gestion commune de nouveaux établissements pour répondre aux besoins traduits par la carte sanitaire.

La rédaction de cet article a provoqué, au sein de votre commission, une certaine perplexité. Elle a craint que l'étendue des pouvoirs conférés aux syndicats, jointe au fait que les organismes pourront les développer au fil des ans, provoque la méfiance des établissements qui seront peut-être ainsi « dissuadés » d'en faire partie. Ainsi, la loi manquerait son but, les établissements risquant d'avoir tendance à rester en dehors du syndicat interhospitalier en position d'observateur et à se contenter des accords à objectif déterminé prévus à l'article 39.

Votre commission a estimé qu'il fallait préciser la portée de cet article dans l'intérêt même de la réussite, qu'elle souhaite, de la réforme.

Elle vous propose donc d'accorder aux syndicats la possibilité d'agir pour le seul compte de ceux de leurs membres qui le demanderaient.

Il nous paraîtrait, en effet, anormal qu'une majorité puisse imposer, à un établissement qui ne le veut pas, une gestion commune de toutes les trésoreries, la centralisation de toutes les ressources d'amortissement, la création d'installations nouvelles ou l'acquisition d'un matériel onéreux. Ceci risquerait de mettre les petits établissements — qu'ils soient publics ou privés — dans une situation financière catastrophique.

Il faut laisser au système, si l'on veut vraiment qu'il donne des résultats, le maximum de souplesse, en lui conservant une valeur d'incitation et en évitant surtout toute possibilité de coercition. Les établissements hospitaliers publics ou privés participant au service public hospitalier doivent être amenés peu à peu à désirer cette fusion progressive par consentement mutuel que suppose à terme la formule du syndicat interhospitalier.

#### Art. 18.

**Texte du projet de loi.**

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

**Texte proposé par votre commission.**

Article supprimé.

*Observations.* — Votre commission, qui n'a pas très bien saisi la portée exacte de cet article, vous en suggère la disjonction. Elle est prête à revenir sur cette proposition si des précisions lui sont apportées en ce qui concerne celles des dispositions des articles 5 à 9 qui seraient applicables aux syndicats interhospitaliers.

#### Art. 19.

**Texte du projet de loi.**

Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté préfectoral. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat interhospitalier.

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

**Texte proposé par votre commission.**

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article prévoit que, sous réserve d'y être autorisés par arrêté préfectoral, les établissements qui font partie d'un syndicat peuvent lui faire apport de tout ou partie de leurs installations, le syndicat en ayant alors la gestion directe.

Votre commission n'apporte aucune modification à l'article. Elle fait toutefois observer que ce transfert de patrimoine peut être source de difficultés au cas où un établissement serait ultérieurement amené à se retirer du syndicat, les conditions financières du retrait devant, en application de l'article 22, être fixées en accord entre le conseil d'administration du syndicat et le conseil d'administration de l'établissement.

### Art. 20.

#### Texte du projet de loi.

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

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

#### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article prévoit que le jour où tous les établissements faisant partie d'un groupement interhospitalier de secteur — qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés faisant ou non partie du service public hospitalier — auront adhéré au syndicat interhospitalier... le groupement sera dissous.

Ceci semble logique même... mais nous craignons qu'elle demeure bien longtemps une hypothèse d'école !

## Art. 21.

### Texte du projet de loi.

Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée à but non lucratif, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.

Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.

L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral sur avis conforme du conseil du groupement ou du conseil d'administration du syndicat intéressé.

### Texte proposé par la commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article prévoit que les établissements *sanitaires* qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent faire partie d'un groupement ou d'un syndicat interhospitalier. Cette possibilité vise exclusivement — et peut-être est-ce regrettable — les établissements gérés par une collectivité publique ou une institution privée à but non lucratif.

D'après les indications qui nous ont été fournies par M. le Ministre de la Santé publique, en réponse à l'une de nos questions, il s'agit « essentiellement des dispensaires et des centres de soins externes qui ne possèdent pas la personnalité morale » (1).

## Art. 22.

### Texte du projet de loi.

Un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier avec le consentement du conseil d'administration de ce syndicat. Celui-ci fixe en accord avec le conseil d'administration de l'établissement intéressé les conditions dans lesquelles s'opère le retrait.

### Texte proposé par votre commission.

Un établissement...  
... avec le consentement d'un tiers au moins des membres du conseil d'administration...

... le retrait.

(1) On citera les principaux de ces établissements :

- dispensaires (polyvalents, antituberculeux, d'hygiène mentale, antivénéériens) ;
- consultation de nourrissons, d'enfants du second âge, pré et post-natales ;
- centre de vaccination de B. C. G. ;
- centre de lutte contre la stérilité ;
- centre de réadaptation pour tuberculeux ;
- centre de transfusion sanguine (avec ou sans fractionnement ou dessiccation du plasma) ;
- poste de transfusion sanguine.

**Texte du projet de loi.**

Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par arrêté préfectoral.

**Texte proposé par la Commission.**

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Cet article prévoit qu'un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier auquel il avait précédemment demandé à faire partie.

Mais ce retrait est conditionné par :

- le consentement du conseil d'administration du syndicat qui est donné à la majorité, après consultation de tous les conseils d'administration des établissements composant le syndicat ;
- un accord entre les conseils d'administration du syndicat et de l'établissement pour régler les conditions et les conséquences du retrait ;
- l'acceptation de ce consentement par le Préfet, qui prend en définitive la décision.
- un accord sur la reprise des apports.

Votre commission a craint que ces exigences cumulées rendent pratiquement impossible le retrait d'un établissement qui estimera s'être à tort engagé dans l'aventure de l'adhésion à un syndicat, surtout si l'on se souvient que l'article 17 confère à ce syndicat des pouvoirs illimités.

Il nous est apparu qu'il fallait :

- ou bien, à l'article 17, ne donner vocation aux syndicats en chaque matière que pour le compte des établissements qui le demandent ;
- ou bien ne pas rendre illusoire la faculté de retrait d'un syndicat.

Dans ces conditions, nous vous demandons que ce ne soit pas à la majorité que le conseil d'administration puisse refuser le retrait d'un établissement membre. Il nous paraît que, si un tiers des membres du conseil d'administration l'accepte, un établissement doit pouvoir se dégager du syndicat interhospitalier.

SECTION IV

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

Art. 23.

**Texte du projet de loi.**

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

**Texte proposé par votre commission.**

Dans le cadre...

... avec les syndicats interhospitaliers ou avec des établissements du groupement interhospitalier s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier.

*Observations.* — Cet article ouvre la possibilité de faire participer tous les établissements du service public hospitalier aux tâches d'enseignement. Les difficultés rencontrées pour procurer à tous les étudiants en médecine les moyens d'observation cliniques dans les seuls établissements hospitaliers et universitaires ont amené les rédacteurs du projet de loi à vous proposer d'autoriser la formation des personnels médicaux dans d'autres établissements hospitaliers que les centres hospitalo-universitaires.

Cela se fera par le biais de conventions à intervenir entre :  
— d'une part, les unités de recherche et d'enseignement (ou la Faculté dont elles dépendent) et les C. H. U. ;  
— et d'autre part, les syndicats interhospitaliers qui pourront regrouper, bien entendu, des établissements privés.

La difficulté prévisible de création des syndicats interhospitaliers ont amené votre commission à vous proposer d'étendre la faculté de contracter aux groupements interhospitaliers qui eux — tout au moins, c'est le sentiment de la commission — verront le jour plus rapidement puisqu'ils sont obligatoires !

## Art. 24.

### Texte du projet de loi.

Lorsque l'association d'un ou plusieurs services d'un établissement hospitalier public ou d'un autre organisme public aux missions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établissement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de le faire par décision conjointe du Ministre chargé de la Santé publique et du Ministre de l'Education nationale.

Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention ; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'Etat.

### Texte proposé par votre commission.

Lorsque...  
public aux missions d'un centre...  
... hospitalier

... cet  
établissement refuse de conclure...

... l'Education nationale.  
Cette décision impartit...

... à l'établissement par  
décret en Conseil d'Etat.

*Le conseil de l'unité d'enseignement et de recherches médicales et odontologiques ou le conseil de l'université définit l'enseignement dispensé et désigne nominativement le personnel chargé de cet enseignement.*

*Observations.* — Cet article permet aux ministres chargés de l'Education nationale et de la Santé publique de mettre en demeure un établissement public de conclure une convention d'association pour l'enseignement médical.

Par suite de la réforme des études médicales et de la généralisation de l'externat à partir de la troisième année, les C. H. U. n'offrent plus un nombre de lits suffisant pour permettre les stages d'étudiants.

Il va donc être de plus en plus nécessaire d'introduire des étudiants dans les hôpitaux de deuxième catégorie. M. le Ministre de la Santé publique a souligné qu'il estimerait anormal que ces hôpitaux, qui ont bénéficié de subventions de l'Etat, refusent de recevoir les étudiants. Il estime, en conséquence, nécessaire de prévoir une procédure contraignante, entourée des garanties que suppose l'intervention d'un décret en Conseil d'Etat.

La procédure paraît singulière dans la mesure où la notion de contrat ou de convention suppose un libre accord des parties

en présence. Mais elle a paru, malgré tout, nécessaire à votre commission pour mettre fin à d'éventuelles manœuvres dilatoires de certains établissements.

Deux modifications vous sont proposées. La première consiste en la suppression des termes « organisme public ». Cette notion trop vague demande à être explicitée. Votre commission souhaite que le Gouvernement lui soumette une rédaction plus précise qui définisse très exactement les organismes susceptibles de se voir imposer par voie autoritaire l'obligation d'accueillir des étudiants ; la seconde tend à compléter l'article par un alinéa nouveau définissant les compétences du Conseil de l'U. E. R. ou de l'université, relatives à la nature de l'enseignement et la nomination du personnel enseignant.

#### Art. 25.

##### Texte du projet de loi.

Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent, d'une part, des représentants du centre hospitalier régional et, le cas échéant, des syndicats interhospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, d'autre part, des représentants des unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques.

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

##### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article n'a pas fait l'objet d'observation de la part de votre commission. Il a été adopté sans modification.

## SECTION V

### *De la tenue des dossiers individuels de santé.*

#### Art. 26.

##### Texte du projet de loi.

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

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

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

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

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

##### Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Ces derniers ne pourront être consultés que par un médecin *traitant* et avec l'accord des patients ou, *le cas échéant, celui de leur représentant légal.*

Alinéa supprimé.

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Cet article fixe les conditions dans lesquelles seront tenus les dossiers individuels de santé dont la création a été annoncée dès l'article premier.

Il s'agit là d'une innovation importante.

Interrogé sur les objectifs de cette mesure et les moyens de la mettre en œuvre, M. le ministre de la Santé publique nous a fait connaître ses intentions qu'il a ainsi résumées :

Buts à remplir :

- améliorer l'information des médecins chargés de la santé d'un patient, en leur facilitant l'accès aux observations et documents médicaux relatifs à ce patient, actuellement colligés et conservés de manière fragmentaire par chaque service hospitalier ou organisme de prévention.
- éviter dans la mesure du possible la répétition d'examens coûteux lorsqu'elle n'est pas utile.

Principes :

- respect absolu du secret médical et de la liberté des personnes, dont l'autorisation devra être obtenue pour la transmission des informations aux médecins chargés de leur santé ;
- établissement d'un fichier national sur ordinateur, permettant de savoir rapidement où sont conservés les documents qui concernent un patient déterminé ;
- mise au point ultérieure et progressive d'un système régional d'archivage sur ordinateurs, capable de collecter et de mettre en mémoire des informations soit succinctes (diagnostic et liste des principaux examens effectués), soit plus détaillées ;
- dans un dernier stade, participation des médecins exerçant individuellement à la collecte des informations.

Moyens proposés :

#### 1. — *Fichier national et fichiers régionaux.*

Chaque patient reçoit un numéro de code : numéro d'immatriculation pour les assurés sociaux, numéro établi selon les mêmes critères pour les autres. Une première mesure pourrait être l'attribution d'un numéro aux nouveau-nés par les bureaux de l'état civil.

Ce numéro est indiqué, sous réserve de l'accord du patient (ou de ses tuteurs légaux) lors de chaque consultation ou hospitalisation dans un établissement public ou semi-public. Une fiche d'avis est alors remplie par l'établissement ou le patient, indiquant le numéro de code et la date de consultation ou d'hospitalisation. Par la suite, les fiches d'avis pourront comporter des indications permettant la mise en mémoire d'informations génériques telles que la nature des examens effectués (clinique, radiologique, biologique) et les régions du corps concernées (thorax, abdomen, yeux, etc.).

Les fiches d'avis sont transmises au fichier national qui les enregistre sur ordinateur. Par la suite, des fichiers régionaux devront être institués. Il paraît préférable que l'enregistrement des informations génériques s'effectue au niveau régional, le fichier national n'enregistrant que la date de la consultation ou d'hospitalisation, et son lieu.

Ainsi, quels que soient les mouvements de population, tout médecin, hospitalier ou non, autorisé par le patient, pourrait obtenir rapidement les indications nécessaires à la reconstitution d'un dossier et entrer en communication avec les organismes publics susceptibles de lui fournir les renseignements utiles.

#### 2. — *Gestion des dossiers.*

Un premier stade doit être l'établissement d'archives centrales dans chaque hôpital, destinées avant tout à faciliter la circulation des informations entre les différents services qui suivent un patient (médecine, chirurgie, spécialités). Les modalités de communication des documents entre les archives centrales et les services de soins devront être laissées à l'initiative des responsables locaux.

Dans un deuxième stade, un personnel qualifié pourra, à partir de ces dossiers, établir les fiches de renseignements susceptibles d'être codés.

A un stade ultérieur pourra être envisagée, à partir de ces informations, la tenue de dossiers individuels de santé par un centre d'information rattaché au Centre hospitalier régional.

Ce n'est qu'après la mise en place de l'ensemble de ce dispositif que pourra être sollicitée l'adhésion des médecins praticiens au système de collecte des informations.

*Mesures à envisager immédiatement.*

L'établissement du fichier signalétique national et des numéros de code individuels est à envisager dès maintenant. Une étude préalable et une évaluation du coût budgétaire pourraient permettre le démarrage.

Une incitation à l'établissement d'archives centrales dans chaque hôpital doit également être étudiée dès maintenant. Compte tenu des difficultés et des coûts de l'opération, il semble qu'on doive procéder par affectation de crédits plutôt que par voie réglementaire.

Le lancement d'une expérience pilote de gestion régionale des fiches d'informatique résumant le contenu des dossiers pourrait être préparé pour 1971 ou 1972.

Cette énorme mécanique a de quoi inquiéter !

Certes, il paraît séduisant de rassembler les indications éparpillées qui concernent la santé de chaque individu, de sa naissance à sa mort... avec tous les accidents de parcours que comporte une vie... La technique, quasi-miraculeuse dans ses possibilités et parfois déconcertante, de l'informatique nous en donne le moyen. Et l'on se sent partagé entre le désir de réaliser ces dossiers individuels qui peuvent permettre de sauver des vies... et la gêne d'une immixtion dans la vie privée des êtres, dans ce qu'ils ont de plus intime : leur souffrance physique. Comment pourra être préservé le secret médical si l'on songe à toutes ces inscriptions et à leurs transmissions de fichier en fichier dans chaque hôpital, puis au centre d'informatique rattaché au centre hospitalier régional, puis au fichier signalétique national, ce qui suppose qu'à partir de fiches archivées dans chaque hôpital un personnel qualifié mais non médical établisse de nouvelles fiches susceptibles, celles-ci, d'être codées...

Quant au stade final, qui envisage l'adhésion des médecins praticiens au système de collecte des informations... nous craignons beaucoup que le mode de vie des médecins s'accommode assez mal de ces devoirs du soir !

Enfin, votre commission s'est préoccupée de savoir qui financerait une telle organisation, qui suppose beaucoup de personnel, dont certains très qualifiés, beaucoup de matériel extrêmement

coûteux et un terminal d'ordinateur dans chaque hôpital. Le silence de M. le Ministre sur ce point nous a beaucoup inquiétés. *Il est une chose certaine, pour l'unanimité des membres de votre commission, c'est qu'en aucun cas le prix de journée ne saurait en faire les frais.*

Après bien des hésitations, votre commission a accepté le principe de la création de ces dossiers individuels de santé. Mais elle a assorti l'article de trois amendements.

1° Tout d'abord, elle estime que ces dossiers ne pourront être consultés que par un médecin « traitant ». L'idée qu'ils pourraient l'être, même avec l'accord plus ou moins spontané des patients, par les médecins des compagnies d'assurance (pour servir de base à la fixation des primes) ou par les médecins du travail (avant l'embauchage) doit, en effet, être formellement écartée.

2° Il est bien évident que le patient doit donner son accord à cette consultation et que, dans certains cas (mineurs, interdits) son représentant légal doit pouvoir y consentir à ses lieu et place. Mais nous ne pouvons pas accepter qu'un ayant cause, par exemple un héritier en cas de contestation de la validité d'un testament, puisse avoir (lui ou son médecin) accès au dossier de la personne qui leur a transmis des droits, en général patrimoniaux. Aussi, vous proposons-nous de limiter cette faculté au *représentant légal* du patient ;

3° Mais c'est surtout le quatrième alinéa qui a fait l'objet d'une demande de suppression, et ceci à l'unanimité de la commission.

La première phrase de l'alinéa « Toute personne faisant l'objet d'une mention nominative portée sur un dossier de santé peut demander que ce dossier soit communiqué à un médecin de son choix », nous a paru mystérieuse. Qui peut être cette personne faisant l'objet d'une mention nominative, étant entendu qu'il ne s'agit pas du patient, visé lui à l'alinéa précédent ?

Il est absolument inopportun, si l'on veut que les indications portées dans ces dossiers aient une certaine valeur (par exemple dans le cas d'anxieux, etc.), que les patients en aient personnellement connaissance. Or, pour pouvoir contester l'inexactitude de certaines mentions, il est apparemment nécessaire qu'ils en soient informés.

Il est inconcevable que l'on puisse contester l'exactitude des mentions portées. Le contraire reviendrait à interdire aux médecins de livrer à ces dossiers des renseignements qui peuvent être très précieux. Et comment opérer la rectification longtemps après ?

Ces dispositions ont violemment heurté l'ensemble du corps médical, dont l'émotion a été unanimement traduite par les délégations que nous avons reçues.

Ces observations justifient, nous semble-t-il, l'insistance avec laquelle votre commission, je le répète unanime, vous demandera la suppression de cet alinéa.

## CHAPITRE II

### Des établissements privés.

#### SECTION I

##### *Dispositions générales.*

##### Art. 27.

###### Texte du projet de loi.

Sont soumises à autorisation :

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

2° L'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 42 de la présente loi.

###### Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

*Le refus d'autorisation devra être motivé.*

*Observations.* — Cet article est le premier des articles qui composent la section I du chapitre II (des établissements privés). Malgré son intitulé « Dispositions générales », cette section traite presque exclusivement des procédures d'autorisation des établissements privés.

Actuellement, la création desdits établissements est subordonnée à l'accord donné par la Commission nationale de Coordination des établissements de soins. Cet organisme examine les dossiers présentés par les promoteurs privés et compte tenu des besoins actuels ou supposés de la population de la région et des programmes de construction des établissements publics, refuse ou accorde l'autorisation.

Cette procédure sera conservée, mais elle sera décentralisée au plan régional, car le Gouvernement estime — et votre commission l'approuve — que seule la carte des besoins sanitaires établie localement permet d'examiner à partir de critères indiscutables les demandes de création ou d'extension des cliniques privées.

L'article 27 définit les établissements soumis à autorisation. Y seront soumis, en plus des établissements de soins comportant l'hospitalisation, tous les établissements sanitaires utilisant des équipements de matériel lourd, même si cet établissement ne pratique pas l'hospitalisation.

Votre commission s'est déclarée favorable à cette définition, mais elle a souhaité apporter une précision en ce qui concerne les refus d'autorisation. Elle a rejeté l'amendement suivant de M. Henriot :

« Le refus d'autorisation doit être motivé par référence à la carte sanitaire », motif pris de ce que d'autres raisons peuvent justifier un tel refus, mais a décidé de proposer que tout refus d'autorisation soit motivé. C'est d'ailleurs ce qui se passe en fait actuellement.

En légalisant cette pratique, elle a voulu permettre un contrôle juridictionnel des décisions de la Commission régionale de l'hospitalisation chargée par l'article 30 de donner l'autorisation.

## Art. 28.

### Texte du projet de loi.

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

Elle vaut, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 272 du Code de la Sécurité sociale.

### Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner et sauf mention contraire...

... Code de la Sécurité sociale.

*Observations.* — L'étude des articles 28 à 32 a amené votre Commission des Affaires sociales à vous demander de compléter cet article par une disposition nouvelle. Un examen approfondi lui a permis de constater qu'en réalité trois autorisations étaient susceptibles d'être sollicitées par les établissements :

1° L'autorisation d'ouvrir ou d'agrandir un établissement de soins ;

2° L'autorisation de fonctionner, c'est-à-dire de recevoir des malades et de leur donner des soins intégralement à leurs frais ;

3° L'autorisation de recevoir des assurés sociaux, ces derniers étant alors admis à présenter une demande de remboursement au tarif de responsabilité.

Enfin, les établissements de soins peuvent passer une convention avec les organismes de sécurité sociale. Dans ce cas, les assurés sociaux sont remboursés au tarif conventionnel et peuvent être dispensés de faire l'avance des frais d'hospitalisation (tiers payant).

Cette distinction essentielle n'apparaît pas à la lecture des différents articles où, faute de référence, l'autorisation de recevoir des soins aux assurés sociaux peut être confondue avec celle d'ouvrir l'établissement ou encore avec celle de fonctionner.

Dans un souci de clarté, votre Commission vous propose donc une série d'amendements dont le premier se situe à l'article 28. Il consiste tout simplement à prévoir que l'autorisation d'ouvrir ou d'agrandir un établissement de soins vaut :

- d'une part, de plein droit, autorisation de fonctionner ;
- et d'autre part, mais cette fois avec possibilité de mention contraire, autorisation de dispenser les soins aux assurés sociaux.

Ainsi, la Commission de l'hospitalisation saisie d'une demande émanant d'un établissement de soins à caractère somptuaire pourra donner l'autorisation de créer et faire fonctionner l'établissement, mais lui refuser de faire prendre en charge même au tarif de responsabilité ses patients par la Sécurité sociale.

Votre Commission des Affaires sociales souhaite que cette mention contraire ne soit pas utilisée d'une façon systématique obligeant ainsi les promoteurs à différer leur demande jusqu'à conclusion d'une éventuelle convention avec la Sécurité sociale ou d'un accord d'association avec le service public.

Ce qui importe à la plupart des propriétaires de cliniques privées, est de pouvoir y accueillir les assurés sociaux dès l'ouverture des services. Retarder la décision sur ce point équivaut à éluder le dépôt de la demande ou à la rendre sans objet.

Art. 29.

Texte du projet de loi.

L'autorisation est accordée si l'opération envisagée :

1° Répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 40, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;

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

L'autorisation peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la Santé publique ou à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un accord d'association au fonctionnement du service public hospitalier selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi.

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

Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

1° Alinéa sans modification.

2° Est conforme aux normes, définies par décret, *et est assortie de l'engagement de respecter la réglementation relative à la qualification des personnels.*

Alinéa sans modification.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être :

- refusée ou retirée lorsque le prix prévu ou pratiqué pour le fonctionnement du service est excessif ;
- *retirée lorsque le prix pratiqué par l'établissement ne correspond pas à celui convenu dans la convention passée entre l'établissement et une caisse d'assurance maladie.*

*Observations.* — Cet article détermine les conditions préalables requises pour accorder l'autorisation visée à l'article 27.

La commission a tout d'abord rejeté un amendement de M. Aubry qui tendait à subordonner l'autorisation à la conclusion d'une convention avec les organismes de sécurité sociale. Elle a, en effet, estimé qu'il n'y a pas de raison majeure pour interdire l'ouverture de certains établissements de luxe dans la mesure où la collectivité nationale n'avait pas — par le biais de la sécurité sociale — à supporter les frais des soins qui pourraient y être dispensés.

Elle a, par contre, décidé de vous proposer une disposition nouvelle qui confirme la possibilité de retirer cette autorisation de recevoir des assurés sociaux dans le cas où l'établissement ne respecte pas le prix prévu dans la convention passée avec la sécurité sociale. Dans cette hypothèse, l'établissement peut continuer à fonctionner, mais en privant tous les utilisateurs des remboursements des frais par la sécurité sociale au tarif de responsabilité.

D'autre part, l'alinéa 2° n'a pas paru pouvoir être appliqué dans la pratique. Cet alinéa prévoit que pour être autorisée, l'opération projetée doit être conforme aux normes définies par décret, notamment en ce qui concerne la qualification des personnels.

Si au moment du dépôt de la demande il est possible d'apprécier la concordance du projet avec les normes techniques concernant les locaux et le matériel, il n'en va pas de même en ce qui concerne la qualification des personnels. Il a donc semblé plus réaliste à votre commission de subordonner l'autorisation à l'engagement pris par le promoteur de respecter, après l'ouverture de l'établissement, les normes visant la qualification et les effectifs du personnel.

Votre rapporteur a, de plus, été mandaté pour demander au Gouvernement des précisions complémentaires sur la notion de dérogation aux besoins définis par la carte hospitalière (1). Etant donné que celle-ci est, selon les dispositions du dernier alinéa de l'article 40, revisable à tout moment, on ne voit guère l'intérêt de prévoir des dérogations sinon pour ouvrir la possibilité de refuser une autorisation que les besoins révélés par la carte hospitalière justifieraient à coup sûr. Votre commission n'a pas voulu supprimer cette faculté de dérogation, mais elle souhaite qu'elle soit utilisée avec discernement, toute dérogation systématique rendant sans

---

(1) Il nous a été répondu que :

« Les conditions particulières qui pourraient être imposées à certains projets ou faire que certaines demandes soient considérées comme prioritaires par rapport à d'autres peuvent relever d'une des différentes considérations ci-après :

« Le programme. — Le nombre des lits, le choix des disciplines et le choix des équipements, peut faire qu'un projet soit plus adapté à la satisfaction qualitative des besoins. Exemple : lits de réanimation, lits pour brûlés, etc.

« Implantation. — Le choix de la commune d'implantation ou celui du quartier à l'intérieur d'une grande agglomération est un élément non négligeable de la décision.

« Regroupement de cliniques. — Certains projets sont conçus par regroupement ou extension de plusieurs petites cliniques.

« Le Ministère a toujours considéré cette formule comme souhaitable pour la restructuration de l'équipement.

« Admission de certaines catégories de malades. — Cette condition pouvant porter notamment sur les personnes relevant de l'Aide médicale, peut être imposée là où il n'existe pas d'hôpital public, mais où un contrat d'association ne s'impose néanmoins pas.

« L'achat de certains matériels techniques pour répondre aux besoins des hospitalisés ».

intérêt l'établissement d'une carte sanitaire qui est un des piliers de la loi en discussion.

Art. 30.

Texte du projet de loi.

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

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

Dans chaque cas, la décision du Ministre ou du Préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.

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

Texte proposé par votre commission.

L'autorisation visée à l'article 27 ci-dessus est donnée...

... hospitalisation.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Les Commissions...

... d'hospitalisation privés. Des représentants des syndicats médicaux siègent à ces commissions avec voix consultative.

*Observations.* — Cet article crée la commission régionale de l'hospitalisation, en détermine la composition et lui confie le soin de donner les autorisations de créer ou d'agrandir les établissements privés de soins.

Votre Commission a rejeté un amendement de M. Aubry tendant à supprimer à la fin du troisième alinéa la phrase :

« A défaut de décision, l'autorisation est réputée acquise » ;

elle a en effet estimé qu'il importait d'obliger l'administration à instruire sans délai les dossiers et que la suppression de la mesure en cause risquait de faire attendre indéfiniment les requérants.

Elle a assorti le texte de deux amendements :

- le premier, de pure forme, tendant à préciser que l'autorisation donnée par la commission est bien celle prévue à l'article 27 ;
- le second visant à faire siéger à la commission, mais à titre consultatif, des représentants des syndicats médicaux.

### Art. 31.

#### Texte du projet de loi.

L'autorisation présente un caractère personnel.

#### Texte proposé par votre commission.

L'autorisation *visée à l'article 27 ci-dessus* présente un caractère personnel. *Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux.*

*Observations.* — Votre commission a donné son accord sur le caractère personnel de la demande d'autorisation, ceci pour éviter le trafic déjà pratiqué de cession onéreuse des autorisations, mais elle a estimé que cette rigueur ne devait pas s'étendre à la période postérieure au début des travaux.

Tel est le sens de l'amendement qu'elle vous présente.

### Art. 32.

#### Texte du projet de loi.

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

Lorsque les normes sont modifiées, les établissements sont tenus de se conformer aux nouvelles normes dans un délai déterminé par décret ; ce délai court à compter de la mise en demeure qui leur est adressée.

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

#### Texte proposé par votre commission.

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

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Deux difficultés sont apparues à l'examen de cet article :

- la première concerne la nature de l'autorisation qui peut faire l'objet d'une suspension ou d'un retrait. Après l'ouverture de l'établissement il est bien évident qu'il ne peut s'agir que de l'autorisation de fonctionner ; tel est l'objet d'un premier amendement ;
- la seconde est relative aux motifs de suspension de l'autorisation. Si l'on peut être d'accord sans réserve sur l'opportunité d'une sanction en cas de violation des prescriptions ou des engagements prévus à l'article 29, autant on doit être circonspect en ce qui concerne les infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique commises dans l'établissement.

De telles infractions peuvent être commises par des membres du personnel, mais aussi par des médecins non hospitaliers ou même par des malades ou des personnes en visite, il serait trop rigoureux de retirer l'autorisation de fonctionner pour des incidents dans lesquels l'établissement n'aurait aucune part. C'est pourquoi elle souhaite que seules les infractions mettant en cause la responsabilité civile ou pénale de l'établissement puissent provoquer une mesure d'instruction aboutissant à la suspension ou au retrait de l'autorisation de fonctionner.

Telle est la proposition que vous fait votre commission après avoir rejeté un amendement de M. Henriot qui visait :

- d'une part, à ne prendre en compte que les infractions « graves ou répétées » ;
- d'autre part, à donner à l'établissement un délai pour « redresser ses erreurs ».

### Art. 33.

**Texte du projet de loi.**

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

**Texte proposé par votre commission.**

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article n'appelle pas d'observation de la part de votre commission.

## Art. 34.

### Texte du projet de loi.

Toute personne qui ouvre ou gère un établissement sanitaire privé ou installe dans un établissement privé concourant aux soins médicaux des équipements matériels lourds en infraction aux dispositions des articles 27 et 29 ci-dessus est passible d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 2.000 à 30.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.

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

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

### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Votre commission a adopté cet article sans modification après toutefois que certains commissaires aient fait observer que la confiscation des équipements installés sans autorisation pouvait constituer une très lourde sanction, quelquefois sans rapport avec la gravité d'une faute imputable à la seule négligence.

## Art. 35.

### Texte du projet de loi.

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

### Texte proposé par votre commission.

La comptabilité...

...de la Sécurité sociale.

*Observations.* — Un vif débat s'est instauré sur cet article à propos de la communication de la comptabilité de tous les établissements privés aux organismes de Sécurité sociale.

La commission a admis qu'il était légitime d'autoriser les administrations de la Santé publique et de la Sécurité sociale à requérir

ces renseignements qui leur sont indispensables pour établir, par référence, le prix de journée des établissements de soins de la région. Elle a, par contre, refusé d'étendre cette faculté aux organismes de Sécurité sociale pour la raison suivante :

Lors des pourparlers ouverts en vue de conclure une convention, les caisses de Sécurité sociale ont tout pouvoir pour obtenir de leur cocontractant tous les éléments du débat. Elles peuvent alors apprécier les divers éléments du prix de journée. Mais dès que la convention est conclue elles ne doivent plus, jusqu'au renouvellement de la convention, s'immiscer dans la gestion pour s'assurer si elles ont signé une bonne ou une mauvaise convention. Elles conservent, certes, le pouvoir de contrôler si les termes de la convention sont bien respectés mais, selon le sentiment de la majorité des commissaires, elles ne peuvent chercher à savoir si, compte tenu des tarifs arrêtés en commun, la clinique privée fait ou non des bénéfices.

Ce droit lui sera ouvert à nouveau au moment du renouvellement de la convention mais pas avant.

Un dernier argument a décidé votre commission à supprimer le membre de phrase incriminée. C'est celui des contrôles fiscal et économique. Les établissements de soins sont déjà soumis au contrôle du Ministère des Finances, cela lui a paru suffisant sans y superposer un nouveau droit de regard des nombreuses caisses ou organismes de Sécurité sociale.

## SECTION II

*Des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier et de l'association des autres établissements d'hospitalisation privés au fonctionnement dudit service.*

### Art. 36.

#### Texte du projet de loi.

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

1° Qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de

#### Texte proposé par votre commission.

Les établissements d'hospitalisation...

... sous réserve  
qu'ils s'engagent à respecter...

Texte du projet de loi.

même nature par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

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

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

Texte proposé par votre commission.

... réglementaires en vigueur.

Alinéa supprimé.

*Toutefois, les établissements régis par le Code de la Mutualité ne sont tenus que de recevoir ceux de leurs membres dont l'état requiert leur service.*

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Cet article ouvre la très importante section II du chapitre II qui traite des procédures selon lesquelles les établissements privés participent au service public hospitalier.

Trois procédures ont prévu à cet effet :

- l'une, l'intégration réservée aux établissements à but non lucratif (art. 36) ;
- les deux autres ouvertes aux établissements à but lucratif, l'une, la concession est très proche de l'intégration (art. 38), l'autre, l'association permet au contraire aux demandeurs de ne bénéficier que des services communs en assumant une fraction des obligations du service hospitalier public (art. 39).

Selon le texte du Gouvernement, l'intégration suppose que l'établissement (ou la personne morale dont il dépend) s'engage à respecter les obligations que la législation ou la réglementation impose aux établissements publics. Sur ce point, votre commission n'a pas fait d'objection car il lui a paru intéressant de voir fonctionner côte à côte des établissements privés et des établissements publics astreints aux mêmes obligations (équipements, garde, etc.). Par contre, elle n'a pu accepter la seconde condition qui oblige les hôpitaux privés à couvrir leurs dépenses de fonctionnement dans les mêmes conditions que celles des établissements publics.

Actuellement, il est impossible de faire une comparaison valable entre le coût réel des soins dispensés d'une part dans les établissements privés et, d'autre part, dans les établissements publics parce que :

- leurs obligations sont différentes,
- leurs méthodes de facturation sont différentes.

Depuis de très longues années on discute, sans parvenir à un accord, sur les mérites et les inconvénients du tarif tout compris communément appelé « prix de journée » et du tarif détaillé où en plus du coût de « l'hôtellerie » sont facturés à part les honoraires médicaux, les médicaments coûteux, l'utilisation de la salle d'opération ou les examens de laboratoire. Et c'est donc le moment même où la loi va imposer un régime réel de concurrence que le Gouvernement choisit pour obliger les établissements privés à s'aligner sur les hôpitaux publics en leur faisant pratiquer le prix de journée.

Votre commission estime au contraire que l'occasion est favorable à une véritable confrontation pour juger, à obligations égales, de l'efficacité de la gestion privée ou publique et de leurs méthodes de facturation du coût des soins.

Tel est l'intérêt de l'objet de la suppression proposée de l'alinéa 2 qui a entraîné un regroupement en un seul alinéa des dispositions qui subsistent.

Signalons d'ailleurs que rien n'interdit dans le texte l'établissement privé à appliquer tel ou tel procédé de facturation. Il pourra continuer à appliquer le système de la facturation détaillée ou adopter celui du prix de journée tout compris.

Un deuxième amendement tend à permettre aux établissements mutualistes de s'intégrer dans le service public hospitalier en respectant toutes les obligations qui en découlent, sauf une que leur interdit leur statut légal, à savoir : recevoir d'autres usagers que leurs affiliés. Cet amendement est le corollaire de celui que par ailleurs, à l'article 2 votre commission vous demande d'adopter.

### Art. 37.

#### Texte du projet de loi.

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

Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.

#### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

**Texte du projet de loi.**

Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les statuts du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.

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

**Texte proposé par votre commission.**

*Observations.* — Cet article n'appelle pas d'observations particulières de la part de votre commission qui estime que l'intégration a pour corollaire logique de créer pour les établissements, qui en demandent le bénéfice, des obligations (participation obligatoire aux groupements interhospitaliers, obligations de recevoir les assurés sociaux et les bénéficiaires de l'aide médicale), mais aussi des droits (subventions d'équipement et appel au personnel médical public).

**Art. 38.**

**Texte du projet de loi.**

Les contrats de concession conclus pour l'exécution du service public hospitalier en vertu de l'article 2 (3°) de la présente loi comportent :

1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement d'hospitalisation, public ou privé, de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ;

2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article 36 ci-dessus sous réserve de l'adaptation des règles comptables au caractère lucratif de l'établissement.

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

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

Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.

**Texte proposé par votre commission.**

Article sans modification.

*Observations.* — Les dispositions de cet article concernent le contrat de concession par lequel un établissement privé à but lucratif participe à l'intégralité du service public hospitalier.

Cette adhésion volontaire comporte de la part des cocontractants — Etat et établissement — des avantages et des obligations réciproques.

L'Etat admet l'établissement privé dans le service public hospitalier et le protège pendant un certain temps contre la concurrence des autres établissements publics ou privés, et ce, tant que les besoins décrits par la carte hospitalière demeurent satisfaits. En compensation, il fait l'économie des subventions d'équipement qui n'auraient pas manqué d'être requises pour la construction des établissements publics.

Le concessionnaire est, quant à lui, protégé contre la concurrence mais, en contrepartie, il doit construire à ses seuls frais et exécuter les obligations du service public d'hospitalisation imposées aux établissements publics ou intégrés.

Cet article a été adopté sans modification par votre commission.

### Art. 39.

#### Texte du projet de loi.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure pour un objectif déterminé, soit avec un établissement d'hospitalisation public, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de Sécurité sociale.

Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du secteur sur lequel ils sont implantés. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 21 ci-dessus.

#### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Par cet article, la loi autorise les établissements privés à s'associer au service public d'hospitalisation non plus pour l'ensemble des tâches, mais pour certains objets définis dans le contrat.

Cet accord passé soit avec un établissement public, soit encore avec un syndicat interhospitalier, détermine les obligations du requérant et les services qu'en contrepartie peut lui fournir l'établissement public ou le syndicat.

Une seule condition est mise à la conclusion de tels accords : c'est que l'établissement privé passe au préalable une convention avec la Sécurité sociale.

Etant donné le caractère très rigoureux des conditions posées pour la concession, il est à craindre que la plupart des établissements privés à but lucratif refusent la concession pour tenter d'obtenir un accord d'association, certes moins avantageux, mais aussi moins contraignant. De tels accords étant laissés à la bonne volonté des contractants, votre commission redoute que la nécessaire imbrication des établissements publics et privés ne se fasse que très, très lentement.

### CHAPITRE III

#### De l'équipement sanitaire.

##### Art. 40.

###### Texte du projet de loi.

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

Ce document détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :

1° Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;

###### Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

*La composition des commissions régionales et de la commission nationale de l'équipement sanitaire, qui comprendront notamment des représentants des ministères intéressés, des représentants élus des collectivités locales, des représentants des caisses d'assurance maladie et des représentants des établissements d'hospitalisation publics et privés, sera définie par décret.*

Alinéa sans modification.

1° Alinéa sans modification.

**Texte du projet de loi.**

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

3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.

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

La carte sanitaire peut être révisée à tout moment ; elle est révisée obligatoirement avant l'adoption de chaque plan de modernisation et d'équipement.

**Texte proposé par votre commission.**

2° Pour chaque secteur ...

... de la population et  
aux besoins de l'enseignement médical.

3° Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

*Observations.* — Cet article est essentiel au succès de la réforme hospitalière que nous examinons. Aux méthodes empiriques jusqu'ici pratiquées pour assurer la coordination des établissements sanitaires va se substituer une méthode rationnelle et logique. La période des études coup par coup est révolue. Dès que les dispositions en discussion seront réellement appliquées chacun saura dans chaque région et dans chaque secteur sanitaire quels sont les besoins en équipements sanitaires et les implantations prévues pour recevoir les futures installations. Chacun, promoteur public ou privé, pourra alors en toute connaissance de cause, étudier ses projets et les soumettre sans risque d'arbitraire à l'approbation soit des autorités de tutelle pour les promoteurs publics soit de la commission d'hospitalisation pour les promoteurs privés.

Il ne faut toutefois pas s'illusionner sur la difficulté de la tâche à accomplir ; la carte sanitaire et hospitalière demandera de longues et minutieuses études qui devront être menées avec le concours des compétences locales, que celles-ci soient administratives ou médicales.

C'est pourquoi il vous est proposé de prévoir que la commission régionale sanitaire comprendra, en plus des fonctionnaires, des représentants élus des collectivités locales et des représentants des établissements publics des représentants des caisses de sécurité sociale et privés d'hospitalisation.

C'est à cette condition que les conclusions de cette commission pourront être admises par tous comme reflétant les besoins réels en équipement sanitaire des régions.

En plus de cet amendement de portée générale, votre commission vous propose de compléter l'alinéa 2° de l'article par les mots « et aux besoins de l'enseignement médical », ceci pour tenir compte des nécessités d'implantation des centres hospitaliers universitaires.

### Art. 41.

#### Texte du projet de loi.

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

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

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

#### Texte proposé par votre commission.

Article supprimé.

*Observations.* — Cet article doit être supprimé car ses dispositions font double emploi avec celles prévues à l'article 3 qu'il ne fait que reproduire — d'ailleurs d'une manière incomplète.

### Art. additionnel 41 bis (nouveau).

#### Texte du projet de loi.

Cf. art. 11.

#### Texte proposé par votre commission.

*Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé, sont fixées par voie réglementaire.*

*Observations.* — L'insertion de cet article 41 bis est la conséquence de la suppression de l'article 11 ci-dessus, les dispositions en cause trouvant mieux leur place dans un chapitre applicable à la fois aux établissements publics et privés.

Art. 42.

Texte du projet de loi.

Sont considérés comme équipements matériels lourds au sens de la présente loi les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique, ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information, et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation particulières ou par des personnels spécialisés. La liste de ces équipements est établie par décret.

Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article qui donne une définition des équipements matériels lourds doit être rapproché :

- de l'article 40, dont l'avant-dernier alinéa indique qu'ils doivent être précisés par la carte sanitaire ;
- des articles 27 et 44 qui stipulent que leur installation est soumise à autorisation lorsqu'il s'agit des établissements privés, à approbation dans le cas des établissements publics.

Votre commission a, bien entendu, approuvé le principe de cette définition qu'il lui semble indispensable de donner ; mais elle a considéré que l'article était inquiétant dans la mesure où la définition des équipements en question demeurerait très vague.

Cette inquiétude n'a pu que croître à la consultation de certaines définitions actuellement données d'équipements lourds et qui couvrent des installations mécaniques, thermiques, électriques, électro-mécaniques, thermo-électriques.

Sont considérés comme des équipements lourds, à l'heure actuelle, au regard de certaines réglementations :

- des installations à courant faible (téléphone, interphone) ;
- des installations spéciales : bloc opératoire, unité encastrée, scyaltique, protection contre les rayons X, centrales d'oxygène ;
- des installations de distribution de fluides (eau, gaz, électricité, air comprimé, vide).

C'est évidemment le décret prévu à la fin de l'article qui fixera la liste des équipements ; mais votre commission, dont la plupart des membres font partie, en leur qualité d'élus des collectivités locales, de commissions administratives hospitalières, dont plusieurs aussi sont médecins exerçant des activités hospitalières publiques ou privées, a été unanime à estimer que la liste future devrait être profondément différente de celles qui peuvent être utilisées dans d'autres domaines ; il y va de l'équilibre même du système prévu et de son aptitude à s'adapter aux progrès incessants de la technique et aux variations de prix qui en résultent.

S'il peut être utile d'illustrer cette situation, nous prendrons pour exemple, entre autres, celui des interphones : ce genre d'installations a pu immédiatement après l'intervention de ce type d'appareils, être considéré comme important et donc lourd dans la mesure où, produits en petites séries, ils étaient coûteux, mais il ne serait plus concevable de soumettre leur installation dans les hôpitaux à des procédures longues et complexes en se privant pendant un temps indéterminé des facilités techniques et des économies qu'ils permettent.

Consulté par votre commission, M. le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale a bien voulu donner les assurances qu'elle demandait puisqu'il a indiqué, par exemple, que les blocs opératoires, les appareils simples de radiologie ne seraient pas considérés comme équipements lourds.

Il n'en demeure pas moins que votre commission se demande comment ces équipements pourraient ne pas être considérés comme « lourds » en vertu des critères retenus par le projet de loi : utilisation dans des conditions particulières ou par des personnels spécialisés.

Le critère du coût d'installation ou du coût d'utilisation pourrait également être retenu ; la commission souhaiterait aussi que le décret ne soit pris qu'après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire.

Art. 43.

Texte du projet de loi.

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

Texte proposé par votre commission.

Alinéa sans modification.

*Tout refus d'autorisation prévue à l'article 27 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 :*

*— cinq ans s'il s'agit d'un établissement public,*

*— deux ans s'il s'agit d'un établissement privé.*

*L'autorisation est alors accordée de plein droit, sous réserve des dispositions de l'article 29 ci-dessus à l'auteur de la demande s'il la confirme.*

*Observations.* — Votre Commission des Affaires sociales n'a eu que trop d'occasions, au cours de toutes ces dernières années, de déplorer l'insuffisance et l'inadaptation de la politique de coordination des équipements sanitaires pour ne pas se réjouir à l'avance des effets bénéfiques qu'il est permis d'attendre en la matière de l'établissement d'une carte sanitaire digne de ce nom.

Elle désirerait cependant obtenir du Gouvernement quelques explications complémentaires faisant ressortir comment les « travaux de planification et de programmation » trouveront leur place dans les procédures nouvelles qui seront instituées pour le VI<sup>e</sup> Plan.

Elle ne peut oublier non plus les très vives critiques qu'elle a souvent formulées à propos de la complication et de la longueur des formalités administratives applicables aux projets d'équipement et de la lenteur des réalisations. Se fondant sur ces deux ordres de considérations, elle propose au Sénat l'adjonction d'un alinéa instituant des règles nouvelles inspirées par le désir :

— de favoriser une très sensible accélération des procédures concernant le secteur public comme le secteur privé ;

— de mettre fin au privilège exorbitant institué sans contrepartie valable en faveur du secteur public. Les explications déjà données à propos d'articles précédents permettent de comprendre les différents aspects de son sentiment sur ces problèmes.

Pour des raisons logiques, historiques et juridiques, elle est très attachée au rôle fondamental et en quelque sorte préférentiel que le secteur public doit jouer dans le fonctionnement d'un service public ; il s'agit en l'occurrence du rôle de l'hospitalisation publique dans le service public hospitalier. Mais, à partir du moment où est admise la participation du secteur privé à des missions de service public, votre commission estime que, sous réserve bien entendu du respect des diverses garanties exigibles, cette participation doit être assurée à part entière, sans *capitis diminutio* imposée dès le départ. Il n'est pas admissible qu'un projet du secteur public, si éventuel qu'il pourrait ne voir jamais le jour, puisse bloquer pour l'éternité la réalisation possible d'un projet du secteur privé.

Tel est le sens de l'amendement qui vous est présenté.

Au cas où la caducité d'une autorisation pour absence dans les délais prévus d'un commencement d'exécution des travaux interviendrait, entraînant *ipso facto* l'octroi de l'autorisation demandée, il semble juste de réserver prioritairement celle-ci à son auteur originaire dès lors qu'il le souhaite.

#### Art. 44.

##### Texte du projet de loi.

Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 42 de la présente loi.

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

##### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Votre commission n'a pas retenu divers amendements qui lui ont été soumis, tendant à :

— subordonner l'autorisation à la justification des moyens de financement de l'établissement projeté ;

- conserver à l'autorisation ses effets pendant un délai de cinq ans pour les établissements publics et de deux ans pour les établissements privés, étant entendu qu'à l'expiration de ces délais le retrait d'autorisation serait prononcé, sauf justification d'un sérieux début d'exécution ;
- compléter l'article par un alinéa aux termes duquel toute approbation que ne serait pas suivie de réalisation dans un délai de cinq ans deviendrait caduque ;
- remplacer le deuxième alinéa par deux alinéas selon lesquels :

Seuls peuvent approuvés les programmes ou projets correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire et dont le financement est également défini et approuvé.

En cas de concours de deux programmes ou projets, l'un public, l'autre privé, le choix sera décidé par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale après avis de la Commission nationale d'hospitalisation visée par l'article 30, au mieux des intérêts de la collectivité.

Le rejet de certains amendements se justifie par le fait que la commission s'est efforcée d'en extraire et d'en retenir l'esprit que la plupart d'entre eux pouvaient avoir de positif :

- l'incitation à des opérations menées dans des délais courts, à des conditions financières par conséquent plus économiques (nouvelle rédaction de l'article 43) ;
- une émulation de bon aloi entre les secteurs concernés, concourant à un meilleur équilibre entre leurs charges et leurs prérogatives respectives.

La commission souhaite que des éclaircissements et des précisions lui soient fournis sur l'« approbation » prévue au début de cet article, notamment en ce qui concerne ses modalités et, surtout, l'autorité habilitée à la délivrer.

Bien entendu, les observations présentées à l'article 42 à propos des équipements matériels lourds trouvent également leur place ici.

## CHAPITRE IV

### Dispositions diverses.

#### Art. 45.

**Texte du projet de loi.**

Des mesures réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

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

**Texte proposé par votre commission.**

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article n'appelle pas d'observation particulière.

#### Art. 46.

**Texte du projet de loi.**

Les dispositions du chapitre premier de la présente loi peuvent être adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille.

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

**Texte proposé par votre commission.**

Article sans modification.

*Observations.* — Votre commission s'est longuement penchée sur cet article, à propos duquel se pose le problème très particulier des hôpitaux publics de Paris (1), de Lyon et de Marseille qui — rappelons-le — représentent à eux seuls près de 60.000 lits d'hospitalisation publique sur les 330.000 que compte le pays.

---

(1) Une étude approfondie a été faite, à la demande de la Commission, sur la situation de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. On la trouvera en annexe n° 1 et 2.

En considérant l'importance même de cette proportion, et l'ensemble très compact et structuré que constitue chacun des trois groupes — celui de Paris, en particulier — on mesure le rôle pilote que, d'une façon ou d'une autre, ils sont et seront amenés à jouer dans le système hospitalier national.

C'est pourquoi le problème de la place qui leur sera assignée dans la réforme présente un intérêt primordial.

Que prévoit en fait le projet de loi ? Sauf en ce qui concerne le statut du personnel de l'Assistance publique de Paris qui restera inchangé et d'ordre réglementaire, les dispositions du chapitre premier pourront « être adaptées par décret... ».

Cela signifie-t-il que, jusqu'au moment où ces décrets auront été pris, ces dispositions nouvelles s'appliqueront d'emblée aux trois groupes d'établissement considérés, ou bien, au contraire, que jusqu'à parution des décrets la nouvelle loi resterait lettre morte ? Et qu'advierait-il si, pour diverses raisons, ces décrets ne pouvaient voir le jour ?

Votre commission a finalement pensé qu'aucune de ces solutions ne relevait d'une bonne méthode.

Dans la première hypothèse, la période initiale d'application automatique introduirait sans grand profit et pendant une durée encore indéterminée un important facteur de trouble dans le fonctionnement de machines extrêmement complexes, aux rouages nombreux et souvent délicats ; dans leur état actuel, et principalement en raison de l'existence de règles de fonctionnement souvent exorbitantes du droit les trois structures visées ne paraissent pas préparées à l'application pure et simple de dispositions telles que certaines de celles qui font l'objet des articles 5 à 9 du projet de loi, par exemple.

Dans la seconde hypothèse, celle de l'exclusion, au moins initiale, du champ d'application de la loi, il est apparu à votre commission que cette mise en marge des trois institutions pilotes auxquelles il a été fait allusion risquerait, compte tenu de leur importance relative sur le plan national, de vider la réforme de son objet et peut-être de provoquer son échec. C'est la raison pour laquelle votre commission s'est finalement ralliée à une rédaction qui lui semble permettre une solution à la fois plus précise, plus rapide, plus ordon-

née du problème ; elle est au surplus très simple, consistant seulement dans la substitution des mots : « seront adaptées » aux mots : « peuvent être adaptées ».

Ainsi verra-t-on disparaître l'incertitude planant quant à la simple faculté actuellement prévue, si souple qu'elle en perd tout contenu ; ainsi évitera-t-on la profonde désorganisation qui caractériserait très vraisemblablement une application *ex abrupto* de la loi.

Votre commission espère que les décrets d'adaptation qui paraîtront nécessaires seront pris assez rapidement pour ne pas affecter le « démarrage » de la réforme.

Ceci étant indiqué, la commission n'aurait vu que des avantages à l'incorporation au projet de loi, donc sous la forme législative, desdites mesures d'adaptation.

Enfin, la commission a hésité à proposer au Sénat un amendement tendant à modifier la dénomination des institutions qui sont les assistances publiques de Paris et de Marseille et les hospices publics de Lyon. Comme il a été observé à l'article 3, les mots d' « assistance » et d' « hospice » ont pris à la fin du *xx*<sup>e</sup> siècle une résonance quelque peu péjorative qu'ils n'avaient certes pas à l'époque de Saint-Vincent de Paul et même jusqu'à une période récente ; cela est devenu particulièrement net après l'adoption de la Constitution du 27 octobre 1946, dont le préambule, expressément confirmé par celui de la Constitution du 4 octobre 1958, « garantit à tous... la protection de la santé... ». Dès lors le droit à la santé était proclamé et ce n'est pas demander l'assistance que d'exercer un droit solennellement reconnu.

Votre commission, respectueuse des prérogatives des collectivités locales et autorités qui ont la tutelle des établissements hospitaliers, n'a pas voulu imposer un changement d'appellation, elle serait heureuse que celui-ci puisse cependant intervenir à bref délai.

#### Art. 47.

##### Texte du projet de loi.

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

##### Texte proposé par votre commission.

Article supprimé.

*Observations.* — Cet article a été longuement étudié par la commission qui a très attentivement discuté des diverses solutions possibles en la matière :

- exclusion pure et simple des établissements à caractère social (1) du champ d'application de la loi ;
- rédaction d'un texte fixant définitivement un régime commun pour les établissements d'hospitalisation ;
- adoption de la formule transitoire retenue par le Gouvernement.

La seconde hypothèse a dû être écartée en raison du très court délai imparti à la commission pour examiner le projet de loi, de la nécessité absolue de pouvoir procéder posément aux très

---

(1) Nomenclature des équipements sociaux :

1° *Enfance protégée.*

1. — Etablissements pour pupilles et assimilés.
2. — Maisons d'enfants à caractère social.
3. — Clubs de prévention.
4. — Villages d'enfants.
5. — Hôtels maternels.
6. — Maisons maternelles.
7. — Centres maternels.

2° *Enfance handicapée et inadaptée.*

1. — Etablissements spécialisés pour certaines catégories.
2. — Etablissements polyvalents.
3. — Etablissements pour caractériels.
4. — Etablissements pour débiles mentaux.
5. — Etablissements pour déficients sensoriels.
6. — Etablissements pour handicapés moteurs.
7. — Centres médico-psycho-pédagogiques.
8. — Centres de consultations spécialisées.
9. — Etablissements divers pour enfants handicapés et inadaptés.

3° *Handicapés et inadaptés adultes.*

1. — Etablissements spécialisés pour certaines catégories.
2. — Etablissements polyvalents.
3. — Centres de rééducation professionnelle.
4. — Etablissements de travail protégé.
5. — Maisons d'accueil et foyers spécialisés.
6. — Etablissements sociaux d'accueil et d'hébergement.

4° *Action sociale en faveur de l'hébergement des travailleurs.*

1. — Hébergement des travailleurs migrants.
2. — Aires de stationnement pour nomades.
3. — Foyers de jeunes travailleurs.

5° *Action sociale en faveur de la famille.*

1. — Crèches, haltes-garderies, garderies, jardins d'enfants.
2. — Centres sociaux.
3. — Maisons familiales de vacances.
4. — Locaux des services sociaux et services d'action éducative en milieu ouvert.

6° *Action sociale en faveur des personnes âgées.*

1. — Maisons de retraite hospitalière publique.
2. — Maisons de retraite du secteur privé et des bureaux d'aide sociale.
3. — Résidences ou logements-foyer et services collectifs intégrés.
4. — Foyers restaurants et centres de services collectifs autonomes.

7° *Formation des personnels sociaux.*

1. — Etablissements polyvalents.
2. — Ecole de service social.
3. — Ecole de formation d'éducateurs spécialisés.
4. — Autres écoles spécialisées.

amples consultations et études qui s'imposent, de la constatation enfin que, même s'il avait été matériellement possible d'élaborer ce statut dans un très court laps de temps, celui-ci n'aurait pas trouvé sa place dans un projet de réforme hospitalière.

La commission n'a pas non plus retenu la troisième des formules possibles.

Les établissements faisant partie de l'armement social du pays souhaitent très légitimement être un jour dotés d'un statut légal à la condition que celui-ci tienne compte de leur vocation spécifique et technique et leur assure une place qui tienne véritablement compte du caractère des équipements qu'ils représentent.

Il ne semble pas que la « mise en remorque » prévue par l'article 47 réponde à ces exigences.

C'est la raison pour laquelle votre commission propose la disjonction pure et simple de l'article. Il est bien entendu que, comme le Sénat, sans aucun doute, elle fera, le moment venu, toute diligence pour examiner le projet de loi portant statut des établissements sociaux qui pourrait lui être renvoyé.

#### Art. 48.

Texte du projet de loi.	Texte proposé par votre commission.
L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des personnels dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.	L'Etat prend à sa charge les dépenses... ... des personnels et la recherche médicale, dans la limite... ... finances.

*Observations.* — Votre commission a considéré qu'à partir du moment où était créé un S. P. H. auquel sont imparties, entre autres missions, celle de concourir à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical et celle de participer à la recherche médicale (art. 1<sup>er</sup>) ; il n'était pas possible de ne pas mettre à la charge de l'Etat sous l'égide juridique duquel fonctionnera précisément ce service, les dépenses de formation des personnels et de recherche pour la part de ces missions qu'il exercera.

C'est, en l'état actuel des choses, le seul moyen de ne pas voir ces dépenses peser sur le prix de journée, comme l'exposé des motifs du projet de loi montre que le Gouvernement le désire au moins pour les premières d'entre elles (p. 9-II-4).

Telle est la portée des deux amendements qui vous sont présentés.

L'inspiration générale de la loi a, par ailleurs, conduit votre commission à estimer que, dans la limite également des crédits ouverts par la loi de finances, il n'existait aucune raison de ne pas subventionner les établissements privés qui consacrent à la formation des personnels et à la recherche médicale au prorata de la contribution apportée par eux au service public de l'enseignement et de la recherche.

#### Art. 49.

##### Texte du projet de loi.

Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi, notamment les articles L. 230, le premier et le second alinéas de l'article L. 678 (sauf en ce qui concerne les hospices), les articles L. 679, L. 681 à L. 683, L. 686, L. 733, L. 734 et L. 734-2 à L. 734-5 du Code de la santé publique, ainsi que le premier alinéa de l'article L. 893 dudit code, sauf en ce qui concerne l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

##### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Comme il est de règle en tous domaines lorsqu'une réforme de quelque importance est mise en place, le projet de loi comporte, dans ses dispositions finales, un article portant abrogation des dispositions antérieures qui deviennent contraires au texte nouveau ou incompatibles avec lui.

Telles sont les conditions dans lesquelles sont prévues l'abrogation de divers articles du Code de la Santé publique dont le texte est rappelé dans l'annexe III du présent rapport.

« Art. L. 230. Admission des assurés sociaux et bénéficiaires de l'aide médicale dans les établissements privés, soumise à la condition que ceux-ci aient été agréés par le Ministre de la Santé publique (art. 36, 38 et 51 du projet de loi).

« *Art. L. 678* (alinéas premier et 2), à l'exception des hospices pour lesquels ces dispositions restent valables.

« *Définition juridique des hôpitaux* (voir art. 5) et énumération de leurs missions (art. premier et 3).

« *Art. L. 679*. Ouverture des hôpitaux publics à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services (art. 2, avant-dernier alinéa).

« *Art. L. 681*. Classification des établissements hospitaliers (art. 3).

« *Art. L. 682*. Administration des hôpitaux assurée par une commission administrative (art. 5, 6 et 7).

« *Art. L. 683*. Direction des hôpitaux (article 5).

« *Art. L. 686*. Indication des dispositions générales applicables aux établissements publics nationaux, à l'Assistance publique de Paris et de Marseille, aux hospices civils de Lyon (art. 5 et 46).

« *Art. L. 733*. Régime spécial d'administration des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille qui perd son caractère législatif (art. 46).

« *Art. L. 734 à L. 734-5*. Coordination du secteur public et du secteur privé d'hospitalisation, autorisation préalable de création ou d'extension des établissements d'hospitalisation privés et sanctions.

« *Art. L. 893*. Délégation à des règlements d'administration publique du soin de fixer les statuts du personnel de l'Assistance publique à Paris, de l'Assistance publique de Marseille, des Hospices civils de Lyon et des établissements hospitaliers départementaux de la Seine (art. 7, 9 et 46). »

L'article 49 a été adopté sans modification ; on trouvera en annexe n° 3 le texte des articles abrogés.

## Art. 50.

### Texte du projet de loi.

Les dispositions du chapitre II, section I, de la présente loi sont applicables aux établissements privés d'accouchement visés par l'article L. 176 du Code de la Santé publique.

### Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article a été adopté sans modification (voir en annexe n° 3 le texte de l'article L. 176 du Code de la Santé publique).

Art. 51.

Texte du projet de loi.

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

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

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

« Sous réserve des dispositions des articles L. 276 et L. 277 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier, fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative. »

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

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

Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article comporte des dispositions un peu disparates qui ont pour objet commun d'apporter des aménagements au Code de la Sécurité sociale pour le mettre en harmonie soit avec l'esprit soit avec la lettre de la loi en discussion.

Les modifications portent sur les points suivants :

I. — *Modification de l'article L. 271 du Code de la Sécurité sociale.*

L'actuel article L. 271 prévoit, dans son alinéa premier que les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics au tarif prévu pour les malades payants de la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Il est bien évident qu'il faut désormais assimiler tous les établissements qui assurent le service public hospitalier aux établissements publics.

II. — *Suppression du dernier alinéa de l'article L. 272 du Code de la Sécurité sociale.*

Cette disposition prévoit que l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux ne peut être confiée qu'aux seuls établissements apportants des garanties techniques au moins égales à celles offertes par les établissements publics du même ordre.

Les conditions mises désormais par l'article 29 de la présente loi à l'ouverture d'un établissement sanitaire privé rendent cette stipulation inutile. En effet, nul ne pourra créer un établissement de soins qui ne répondrait pas à des normes de construction d'équipement définies par décret bien évidemment par référence aux critères retenus pour les établissements publics. De plus, la demande devra être assortie à l'obligation de respecter les normes relatives à la qualification des personnels.

Après l'abrogation du deuxième alinéa de cet article, les seules dispositions restant en vigueur sont les suivantes :

*Art. L. 272. — L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de cure ou de prévention de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.*

Disparaissent donc les dispositions relatives à la procédure d'octroi de cette autorisation qui confiaient à des commissions régionales le soin d'examiner les demandes d'autorisations.

Cette procédure avait été déclassée de la compétence législative par un décret du 25 mai 1965. Ce texte confiait à des commissions d'une composition différente la compétence anciennement dévolue aux commissions de l'article L. 272.

L'article 30 de la présente loi habilite une commission régionale de l'hospitalisation non seulement à autoriser la création ou l'extension d'un établissement privé de soins mais encore à lui accorder d'emblée le droit de recevoir les assurés sociaux. Les commissions du décret du 25 mai 1965 deviennent donc inutiles.

### III. — *Modification de l'article L. 275.*

Dans l'état actuel de sa rédaction, l'alinéa premier de l'article L. 275 stipule que :

*« Sous réserve des dispositions des articles L. 276 et L. 277 des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans ces établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses; les tarifs inscrits dans les conventions sont soumis à l'homologation des commissions prévues à l'article L. 272 du Code de la Sécurité sociale. »*

La modification proposée tend, d'une part à exclure tous les établissements assurant le service public hospitalier de la procédure de fixation des tarifs par voie de convention, et, d'autre part, à transférer à l'autorité administrative la compétence dévolue anciennement aux commissions de l'article 272 en matière d'homologation des conventions.

Ainsi donc le Gouvernement vous demande de rédiger l'article L. 275 :

- pour le mettre en harmonie avec les dispositions de la présente loi, ce que votre Commission des Affaires sociales accepte bien volontiers ;
- pour rectifier par la loi l'omission commise à deux reprises en 1965 (lors de la parution du décret du 25 mai) puis en 1967 (lors de la publication des ordonnances sur la Sécurité sociale) de supprimer la référence à des commissions qui n'avaient plus d'existence.

Bien que le décret du 25 mai 1965 n'ait pas fait l'objet d'un recours contentieux, le Gouvernement préfère supprimer sans discussion possible les anciennes commissions de l'article L. 272.

Votre commission accepte cette procédure qui a le mérite de la clarté. Dorénavant, les conventions passées entre la Sécurité sociale et les établissements privés de soins seront homologuées par l'autorité administrative.

Il faut signaler qu'en application du second alinéa de l'article L. 275, les caisses continuent à fixer unilatéralement les tarifs de responsabilité applicables à défaut de convention ou en cas de non-homologation des tarifs conventionnels.

IV. — *Modifications de l'article L. 276  
du Code de la Sécurité sociale.*

Dans la mesure où votre commission a accepté la rédaction nouvelle du premier alinéa de l'article, elle doit accepter les modifications corrélatives de l'article L. 276.

Art. 52.

Texte du projet de loi.

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

Texte proposé par votre commission.

*Dans les Départements d'Outre-Mer, les attributions dévolues par la présente loi aux préfets de région sont dévolues aux préfets des départements.*

*Observations.* — Comme il est hélas trop souvent de tradition, le projet de loi qui nous est soumis comporte dans ses dispositions finales un article qui tend à régler de façon particulière la situation dans les départements d'outre-mer.

Votre commission se doit de déplorer une fois encore l'annonce d'une grave entorse aux règles qui devraient découler de la « départementalisation » de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion.

Dans l'esprit de la commission, l'article 73 de la Constitution et sa référence à la « situation particulière » des D. O. M. doivent s'entendre au sens étroit : les mesures d'adaptation ne sont fondées, à son sens, que si d'évidentes exceptions ou adaptations s'imposent, pour des raisons locales de fait ou d'harmonisation avec les séquelles de législations particulières antérieures.

Tel ne semble pas être le cas en matière hospitalière ; la seule particularité qui paraît justifier l'introduction d'un article visant spécialement les départements d'outre-mer réside dans l'inexistence en ce qui les concerne de régions ou de rattachement à des régions.

Dans ces conditions, il paraît nécessaire de prévoir que les attributions confiées par divers articles (par exemple : art. 30) du projet aux préfets des régions seront dévolues aux préfets des départements.

Art. 53.

Texte du projet de loi.

Dans le délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, ses dispositions seront insérées dans le Code de la Santé publique par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret procédera aux aménagements de forme qui s'avèreraient nécessaires.

Texte proposé par votre commission.

Article sans modification.

*Observations.* — Cet article a été adopté sans modification.

## Conclusion.

Le projet de loi a pour objectif essentiel :

- de créer un service public hospitalier ;
- d'harmoniser les rapports des établissements publics et privés ;
- de créer la carte sanitaire ;
- d'instaurer le livret de santé individuel.

Votre Commission des Affaires sociales, à une très grande majorité, s'est attachée à préciser ces points essentiels.

Par ses amendements et par les explications qu'elle a obtenues, elle a voulu garantir l'indispensable notion du libre choix, l'assouplissement des règles de fonctionnement des services hospitaliers, afin de les rendre plus attirants et de faciliter, par cette incitation, la coordination. Elle a voulu réaliser un heureux équilibre entre les rôles des conseils d'administration et des directeurs.

Tout en reconnaissant l'intérêt que représente un livret de santé, elle est restée intransigeante sur les principes d'inviolabilité du secret médical en interdisant toute possibilité de divulgation qu'entraînerait la connaissance, et à plus forte raison, la modification de son contenu.

A ceux qui se réclament d'un service national de santé, elle dit non, devant les conséquences désastreuses pour les malades qui ne sont plus que des matricules aiguillés, comme avec un dispatching, sur tel ou tel praticien du secteur.

A ceux qui souhaitent l'instauration d'une médecine fonctionnarisée où l'on doit être malade à certaines heures et certains jours, elle dit non, le respect de la personnalité et de la liberté de chacun étant la condition de l'épanouissement de l'homme.

A une heure qui est celle de l'Europe, où se discutent les problèmes de santé du Marché commun, elle confie aux représentants de la C. E. E. l'avenir de la médecine de ce pays : il n'y a pas si longtemps que, devant le Parlement européen, les directives de Bruxelles avaient pour conclusions celles qui avaient été élaborées dans les commissions médicales françaises.

Bien sûr, votre commission sait que tout n'est pas parfait dans ce projet gouvernemental. On ne manquera pas d'objecter le délicat problème de l'harmonisation des tarifs, en particulier. Il est évident que tout cela est étroitement lié au problème des crédits si l'on ne veut pas que ce texte ait mis en place des mécanismes vides de sens.

Il y a des lacunes profondes si on considère ce projet comme devant tout régler mais elle considère qu'un effort important a été tenté pour remettre de l'ordre dans la maison.

En étudiant les articles, elle s'est consacrée avec méthode, sagesse et objectivité à la tâche. Compte tenu des assurances données par le Ministre dont la volonté — qui rejoint la nôtre — est d'offrir à la population de notre pays un cadre législatif assurant un système hospitalier efficace et adapté aux exigences d'une mutation qui transforme à chaque instant notre vie. Elle souhaite que ce travail soit pris en considération par la Haute Assemblée : c'est un jugement qu'elle attend avec confiance, consciente d'avoir rempli la mission pour le plus grand bien de la santé publique.

En conclusion, votre Commission des Affaires sociales vous demande de modifier le texte du Gouvernement en adoptant les amendements ci-après :

## AMENDEMENTS PRESENTES PAR LA COMMISSION

### Article premier.

**Amendement :** Remplacer les deux premiers alinéas de cet article par les dispositions suivantes :

Le service public hospitalier est tenu d'assurer les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, des blessés et des femmes enceintes, leur hébergement éventuel et la tenue des dossiers individuels de santé.

**Amendement :** Rédiger comme suit les alinéas 2°, 3° et 4° de cet article :

De plus, le service public hospitalier :

- concourt à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ;
- concourt aux actions de médecine préventive ;
- participe à la recherche médicale et à l'éducation sanitaire.

**Amendement :** Supprimer le dernier alinéa de cet article.

### Art. 2.

**Amendement :** Rédiger comme suit le début de l'alinéa 2° de cet article :

2° Le cas échéant par ceux...

*(Le reste sans changement.)*

**Amendement :** Dans l'avant-dernier alinéa de cet article, après les mots :

1°, 2°...

ajouter les mots :

...(à l'exception des établissements régis par le Code de la Mutualité)

### Art. 3.

**Amendement :** Au début du deuxième alinéa de cet article, remplacer le mot :

... hôpitaux...

par les mots :

... centres hospitaliers...

**Amendement :** Dans le deuxième alinéa de cet article, remplacer les mots :

... de courte durée...

par les mots :

... pour affectations graves dans leur phase aiguë, les accouchements...

**Amendement :** Supprimer le troisième alinéa de cet article.

**Amendement :** Au quatrième alinéa de cet article, remplacer les mots :

... l'hébergement...

par les mots :

... l'accueil...

**Amendement :** Rédiger comme suit le cinquième alinéa de cet article :

Certains de ces établissements ou services ont une vocation régionale ou nationale. Lorsque le centre hospitalier a une vocation régionale, il porte le nom de centre hospitalier régional.

#### Art. 4.

**Amendement :** Remplacer les deux derniers alinéas de cet article par les dispositions suivantes :

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.

Les établissements qui forment un groupement interhospitalier de secteur peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur. Les établissements qui forment un groupement interhospitalier régional peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.

#### Art. 5.

**Amendement :** Compléter le deuxième alinéa de cet article par les mots :

... après avis du conseil d'administration.

**Amendement :** Entre le deuxième et le troisième alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

Peuvent être membres d'un conseil d'administration des représentants des populations voisines au même titre que ceux des habitants de la commune siège de l'établissement concernés par son fonctionnement.

## Art. 6.

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, après les mots :  
... personnel médical et non médical...

ajouter le mot :

... hospitalier.

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, remplacer les mots :

..., le cas échéant, ...

par les mots :

... dans les centres hospitaliers universitaires, avec voix consultative, ...

**Amendement :** Dans le deuxième alinéa de cet article, après les mots :

..., les modalités de désignation...

ajouter les mots :

... ou d'élection....

**Amendement :** Au dernier alinéa de cet article, remplacer le mot :

... fermiers...

par les mots :

...preneurs de baux à ferme de l'établissement...

**Amendement :** Au dernier alinéa de cet article, supprimer les mots :

*... ou agents rétribués de l'établissement, sauf, dans ce dernier cas, s'ils sont médecins ou pharmaciens.*

**Amendement :** Ajouter à la fin de cet article un nouvel alinéa ainsi conçu :

Au cas où il est fait application des dispositions des trois alinéas ci-dessus, le Conseil général, le Conseil municipal ou la délégation spéciale, élit un suppléant.

## Art. 7.

**Amendement :** Rédiger ainsi le début du 10° :

10° Le tableau des effectifs du personnel, à l'exception...

*(Le reste sans changement.)*

**Amendement : Compléter l'avant-dernier alinéa par la phrase :**

Les délibérations sont réputées approuvées si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de leur transmission.

**Art. 8.**

**Amendement : Rédiger ainsi cet article :**

Dans chaque établissement public d'hospitalisation, il est institué :

- une commission médicale consultative, qui est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux ;
- un comité technique paritaire, qui est obligatoirement consulté sur le fonctionnement des services et notamment sur les conditions de travail dans l'établissement.

**Art. 9.**

**Amendement : Rédiger ainsi cet article :**

Le personnel des établissements d'hospitalisation publique comprend :

1° Des agents titulaires ou stagiaires soumis aux dispositions du livre IX du code de la Santé publique ;

2° A titre exceptionnel ou temporaire, des agents contractuels ;

3° Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements.

Dans le second cas, sauf démission des intéressés, leur nomination peut être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.

Le conseil d'administration du centre hospitalier 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 du praticien.

Le préfet statue dans les trois mois de la saisine sur avis conforme d'une commission paritaire régionale dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un recours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite, devant une commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.

Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi.

Art. 10.

**Amendement :** Après les mots :

... peuvent être admis à participer,

ajouter les mots :

à titre bénévole...

Art. 11

**Amendement :** Supprimer cet article.

Art. 14.

**Amendement :** Compléter cet article par les mots :

... parmi leurs membres.

Art. 16.

**Amendement :** Compléter le premier alinéa de cet article par les dispositions suivantes :

... et choisi par celui-ci sur une liste établie par le conseil d'administration.

**Amendement :** Compléter cet article par les dispositions suivantes :

... parmi ses membres. Les directeurs de chacun des établissements assistent au conseil d'administration. avec voix consultative.

Art. 17.

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, après les mots :

... peuvent exercer...

ajouter les mots :

... pour le compte de ceux de leurs membres qui en feront la demande...

Art. 18.

**Amendement :** Supprimer cet article.

Art. 22.

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, après les mots :

... le consentement...

ajouter les mots :

... d'un tiers au moins des membres...

Art. 23.

**Amendement :** Compléter cet article par les dispositions suivantes :

... ou avec des établissements du groupement interhospitalier s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier.

Art. 24.

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, supprimer les mots :

... ou d'un autre organisme public...

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, supprimer les mots :

... ou organisme...

**Amendement :** Au deuxième alinéa de cet article, supprimer les mots :

... ou à l'organisme...

**Amendement :** Compléter cet article par un nouvel alinéa ainsi conçu :

Le conseil de l'unité d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques ou le conseil de l'université définit l'enseignement dispensé et désigne nominativement le personnel chargé de cet enseignement.

Art. 26.

**Amendement :** Au troisième alinéa de cet article, après les mots :

... par un médecin...

ajouter le mot :

... traitant...

**Amendement :** Au troisième alinéa de cet article, remplacer les mots :

... ou de leurs ayants cause.

par les mots :

... ou, le cas échéant, celui de leur représentant légal.

**Amendement :** Supprimer le quatrième alinéa.

#### Art. 27.

**Amendement :** A la fin de l'article, ajouter la phrase suivante :

Le refus d'autorisation devra être motivé.

#### Art. 28.

**Amendement :** Rédiger comme suit le début du deuxième alinéa de cet article :

Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner et, sauf mention contraire...

*(Le reste sans changement.)*

#### Art. 29.

**Amendement :** Rédiger ainsi le deuxième de cet 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.

**Amendement :** Rédiger comme suit le dernier alinéa de cet article :

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être :

- refusée ou retirée lorsque le prix prévu ou pratiqué pour le fonctionnement du service est excessif ;
- retirée lorsque le prix pratiqué par l'établissement ne correspond pas à celui convenu dans la convention passée entre l'établissement et une caisse d'assurance maladie.

#### Art. 30.

**Amendement :** Rédiger ainsi le début du premier alinéa de cet article :

L'autorisation visée à l'article 27 ci-dessus est donnée...

*(Le reste sans changement.)*

**Amendement :** Compléter cet article par la phrase suivante :

Des représentants des syndicats médicaux siègent à ces commissions avec voix consultative.

Art. 31.

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

L'autorisation visée à l'article 27 ci-dessus présente un caractère personnel. Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux.

Art. 32.

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, remplacer les mots :

... sont constatées, dans l'établissement, des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique...

par les mots :

... sont constatées des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique entraînant la responsabilité civile ou pénale de l'établissement...

**Amendement :** Au premier alinéa de cet article, après les mots :

... l'autorisation...

ajouter les mots :

... de fonctionner...

Art. 35.

**Amendement :** A la fin de cet article, supprimer les mots :

*... ainsi qu'aux organismes d'assurance maladie intéressés.*

Art. 36.

**Amendement :** Remplacer les trois premiers alinéas de cet article par les dispositions suivantes :

Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif participent, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Toutefois, les établissements régis par le Code la Mutualité ne sont tenus que de recevoir ceux de leurs membres dont l'état requiert leur service.

Art. 40.

**Amendement :** Après le premier alinéa de cet article, insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

La composition des Commissions régionales et de la Commission nationale de l'Équipement sanitaire, qui comprendront notamment des représentants des minis-

tères intéressés, des représentants élus des collectivités locales, des représentants des Caisses d'assurance maladie et des représentants des établissements d'hospitalisation publics et privés, sera définie par décret.

**Amendement :** A la fin du 2° de cet article, ajouter les mots :  
... et aux besoins de l'enseignement médical.

Art. 41.

**Amendement :** Supprimer cet article.

Article additionnel 41 *bis* (nouveau).

**Amendement :** Insérer un article additionnel 41 *bis* (nouveau) ainsi conçu (ancien article 11) :

Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 43.

**Amendement :** Compléter cet article par les dispositions suivantes :

Tout refus d'autorisation prévue à l'article 27 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 :

- cinq ans s'il s'agit d'un établissement public ;
- deux ans s'il s'agit d'un établissement privé.

L'autorisation est alors accordée de plein droit, sous réserve des dispositions de l'article 29 ci-dessus, à l'auteur de la demande s'il la confirme.

Art. 47.

**Amendement :** Supprimer cet article.

Art. 48.

**Amendement :** Dans cet article, remplacer les mots :

... participe aux...

par les mots :

... prend à sa charge les...

**Amendement :** Dans cet article, après les mots :

... pour la formation des personnels ...

ajouter les mots :

... et la recherche médicale,

Art. 52.

**Amendement :** Rédiger ainsi cet article :

Dans les Départements d'Outre-Mer, les attributions dévolues par la présente loi aux préfets de région sont dévolues aux préfets des départements.

## PROJET DE LOI

(Texte présenté par le Gouvernement.)

### CHAPITRE PREMIER

#### Du service public hospitalier.

##### SECTION I

###### *Dispositions générales.*

###### Article premier.

Le service public hospitalier :

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

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

3° Concourt à toutes les actions de médecine préventive ;

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

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.

###### Art. 2.

Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;

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

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

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

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi.

### Art. 3.

Les établissements mentionnés à l'article 2 sont dits :

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

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

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

Certains de ces établissements ont une vocation régionale ou nationale.

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

### Art. 4.

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

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

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

## SECTION II

### *Des établissements d'hospitalisation publics.*

#### Art. 5.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 7, par un directeur nommé par le Ministre chargé de la Santé publique.

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

#### Art. 6.

Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et non médical et, le cas échéant, des personnalités qualifiées.

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

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

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

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

### Art. 7.

Le conseil d'administration délibère sur :

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

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

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

Art. 8.

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

Art. 9.

Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

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

2° Le cas échéant, des agents contractuels ;

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

Art. 10.

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

Art. 11.

Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité, dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 12.

A titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer les services créés avant la promulgation de la présente loi qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier défini à l'article premier ci-dessus.

### SECTION III

#### *Des groupements interhospitaliers et des syndicats interhospitaliers.*

##### Art. 13.

Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 4 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.

Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.

Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 40 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 42 de la présente loi.

##### Art. 14.

Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont composés de représentants de chacun des établissements compte tenu de l'importance de ces derniers. Ils élisent leur président.

##### Art. 15.

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

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

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

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

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

#### Art. 16.

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

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

#### Art. 17.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 18.

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

Art. 19.

Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté préfectoral. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat interhospitalier.

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

Art. 20.

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

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

Art. 21.

Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée à but non lucratif, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.

Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.

L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral sur avis conforme du conseil du groupement ou du conseil d'administration du syndicat intéressé.

Art. 22.

Un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier avec le consentement du conseil d'administration de ce syndicat. Celui-ci fixe en accord avec le conseil d'administration de l'établissement intéressé les conditions dans lesquelles s'opère le retrait.

Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par arrêté préfectoral.

SECTION IV

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

Art. 23.

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

Art. 24.

Lorsque l'association d'un ou plusieurs services d'un établissement hospitalier public ou d'un autre organisme public aux missions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établissement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de le faire par décision conjointe du Ministre chargé de la Santé publique et du Ministre de l'Education nationale.

Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention ; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'Etat.

Art. 25.

Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent, d'une part, des représentants du centre hospitalier régional et, le cas échéant, des syndicats interhospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, d'autre part, des représentants des unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques.

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

SECTION V

*De la tenue des dossiers individuels de santé.*

Art. 26.

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

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

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

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

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

## CHAPITRE II

### Des établissements privés.

#### SECTION I

##### *Dispositions générales.*

#### Art. 27.

Sont soumises à autorisation :

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

2° L'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 42 de la présente loi.

#### Art. 28.

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

Elle vaut, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 272 du Code de la Sécurité sociale.

#### Art. 29.

L'autorisation est accordée si l'opération envisagée :

1° Répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 40, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;

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

L'autorisation peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la Santé publique ou à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un accord d'association au fonctionnement du service public hospitalier selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi.

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

#### Art. 30.

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

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

Dans chaque cas, la décision du Ministre ou du Préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.

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

#### Art. 31.

L'autorisation présente un caractère personnel.

#### Art. 32.

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

Lorsque les normes sont modifiées, les établissements sont tenus de se conformer aux nouvelles normes dans un délai déterminé par décret ; ce délai court à compter de la mise en demeure qui leur est adressée.

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

#### Art. 33.

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

#### Art. 34.

Toute personne qui ouvre ou gère un établissement sanitaire privé ou installe dans un établissement privé concourant aux soins médicaux des équipements matériels lourds en infraction aux dispositions des articles 27 et 29 ci-dessus est passible d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 2.000 à 30.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.

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

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

#### Art. 35.

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

## SECTION II

*Des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier et de l'association des autres établissements d'hospitalisation privés au fonctionnement dudit service.*

### Art. 36.

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

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

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

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

### Art. 37.

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

Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.

Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les statuts du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.

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

### Art. 38.

Les contrats de concession conclus pour l'exécution du service public hospitalier en vertu de l'article 2 (3°) de la présente loi comportent :

1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement d'hospitalisation, public ou privé, de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ;

2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article 36 ci-dessus sous réserve de l'adaptation des règles comptables au caractère lucratif de l'établissement.

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

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

Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.

### Art. 39.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure pour un objectif déterminé, soit avec un établissement d'hospitalisation public, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de Sécurité sociale.

Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du secteur sur lequel ils sont implantés. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 21 ci-dessus.

## CHAPITRE III

### De l'équipement sanitaire.

#### Art. 40.

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

Ce document détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :

1° Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;

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

3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.

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

La carte sanitaire peut être révisée à tout moment ; elle est révisée obligatoirement avant l'adoption de chaque plan de modernisation et d'équipement.

#### Art. 41.

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

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

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

Art. 42.

Sont considérés comme équipements matériels lourds au sens de la présente loi les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique, ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information, et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation particulières ou par des personnels spécialisés. La liste de ces équipements est établie par décret.

Art. 43.

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

Art. 44.

Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 42 de la présente loi.

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

## CHAPITE IV

### Dispositions diverses.

#### Art. 45.

Des mesures réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

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

#### Art. 46.

Les dispositions du chapitre premier de la présente loi peuvent être adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille.

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

#### Art. 47.

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

#### Art. 48.

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

#### Art. 49.

Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi, notamment les articles L. 230, le premier et le second alinéas de l'article L. 678 (sauf en ce qui concerne les hospices), les

articles L. 679, L. 681 à L. 683, L. 686, L. 733, L. 734 et L. 734-2 à L. 734-5 du Code de la Santé publique, ainsi que le premier alinéa de l'article L. 893 dudit code, sauf en ce qui concerne l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

#### Art. 50.

Les dispositions du chapitre II section I de la présente loi sont applicables aux établissements privés d'accouchement visés par l'article L. 176 du Code de la Santé publique.

#### Art. 51.

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

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

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

« Sous réserve des dispositions des articles L. 276 et L. 277 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier, fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative. »

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

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

**Art. 52.**

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

**Art. 53.**

Dans le délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, ses dispositions seront insérées dans le Code de la Santé publique par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret procédera aux aménagements de forme qui s'avèreraient nécessaires.

## ANNEXES AU RAPPORT

### ANNEXE N° 1

#### NOTE RELATIVE AU STATUT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

A côté des établissements hospitaliers publics dits du « Régime général », soumis intégralement à la législation et à la réglementation hospitalières, il existe quelques établissements et groupements hospitaliers dotés de statuts particuliers, dits « régimes spéciaux ». Ce sont (art. L. 626 du Code de la Santé publique) : les établissements nationaux, l'Assistance publique à Paris, les hospices civils de Lyon et l'Assistance publique de Marseille. Leur statut est fixé par règlement d'administration publique. En fait, toute la législation et la réglementation hospitalières et hospitalo-universitaires (C. H. U.) sont communes. Seules diffèrent l'organisation et la tutelle administratives.

Comme les autres C. H. R., l'Assistance publique est un groupement hospitalier, doté d'une administration centrale et de services communs. Elle n'en diffère que par la taille, qui est à la mesure de l'agglomération parisienne : 24.000 lits d'hôpital, 20.000 lits de centres de réadaptation et d'établissements de personnes âgées, 37 établissements (ou groupes) inclus dans le C. H. R. Au regard, les plus importants C. H. R. réunissent : 9.100 lits pour Lyon, 5.600 lits pour Marseille, 4.500 lits pour Montpellier, 4.350 lits pour Lille et 4.180 lits pour Strasbourg.

\*  
\* \*

#### I. — Particularités du statut de l'Assistance publique à Paris.

Les particularités du statut de l'Assistance publique à Paris s'expliquent par l'importance du groupement hospitalier qu'elle constitue, et surtout par sa situation à Paris, ville siège du Gouvernement, dotée d'un statut particulier, à la fois communal et départemental, et placée sous une tutelle administrative étroite. Ces particularités concernent l'organisation et la tutelle administratives (décret n° 61-777 du 22 juillet 1961 modifié, complété par les décrets n° 64-478 du 23 juin 1965 et n° 70-493 du 5 juin 1970).

##### 1° Statut des organes de direction.

L'Assistance publique est administrée par un Conseil d'administration et par un Directeur général.

Le Conseil d'administration, dont la dénomination différait jusqu'à présent de celle des organes délibérants des hôpitaux du régime général, a une composition particulière : quarante-quatre membres, les membres nommés étant, en l'occurrence, désignés par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, au lieu du Préfet. Le Préfet de Paris en est Président de droit.

Sous l'empire de la législation actuelle, la différence entre les pouvoirs du Conseil d'administration de l'Assistance publique et ceux des Commissions administratives des hôpitaux est considérable, puisque les Commissions administratives règlent l'ensemble des affaires alors que les attributions du Conseil d'administration de l'Assistance publique sont énumérées limitativement.

Le projet de loi atténuera sensiblement cette différence puisque le régime général se rapprochera désormais de celui de l'Assistance publique, les Conseils d'administration des hôpitaux n'ayant plus que des attributions limitées. Toutefois, des différences notables demeurent dans l'esprit même de l'institution et dans l'énoncé des attributions :

Le projet de loi (art. 5) spécifie que les pouvoirs du Directeur s'exercent dans le cadre des délibérations du Conseil d'administration, mentionnées à l'article 7, alors que le statut de l'Assistance publique stipule expressément que celle-ci est administrée par un Conseil d'administration et un Directeur général (art. 1<sup>er</sup> du décret de 1961) et que « d'une façon générale » celui-ci règle les affaires non réservées au Conseil d'administration.

S'agissant de l'énoncé d'attributions déterminées, les principales différences portent sur : les règles d'organisation, d'activité et de fonctionnement, la réglementation intérieure, y compris celle qui est afférente au personnel, et diverses mutations, dans le sens de l'allègement, à l'intervention du Conseil d'administration (transformation des effectifs n'entraînant pas augmentation des charges budgétaires, affaires domaniales et contentieuses, en dessous d'un certain seuil), enfin l'intervention préalable des commissions de surveillance des établissements et groupes d'établissements, notamment en matière budgétaire, d'effectifs de personnel et d'opérations de travaux et d'équipement.

L'expérience acquise depuis les décrets du 22 juillet 1961 et du 23 juin 1965 démontre l'intérêt de maintenir les dispositions réglementaires régissant les attributions du Conseil d'administration et du Directeur général de l'Assistance publique.

Le Directeur général, assisté d'un Secrétaire général, est nommé par décret en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé publique, alors que les Directeurs généraux des C. H. R. sont nommés par arrêté du même ministre.

Ses attributions, comme nous venons de le voir, sont plus importantes que celles qui sont prévues par le projet de loi pour les établissements du régime général. Il convient d'ajouter sur ce point qu'il nomme le personnel médical sous réserve des dispositions du statut hospitalo-universitaire, ainsi que les pharmaciens (art. 11, 6°).

### 2° Organisation des établissements relevant de l'Assistance publique.

Afin de déconcentrer la gestion des établissements, et à la différence du droit commun qui ne prévoit aucune réglementation dans ce domaine, le décret de 1961 modifié par le décret de 1965 :

a) Détermine les attributions des directeurs des établissements ou des groupes d'établissements ;

b) Crée pour chacun d'eux des commissions de surveillance et fixe leur composition et leurs attributions. Ces attributions, d'ordre consultatif, sont très importantes puisqu'elles concernent l'établissement des budgets d'exploitation, les prix de revient, les plans directeurs, la création, la division et la suppression des services, les projets de travaux, les programmes de travaux et d'équipement, les transformations des effectifs du personnel (à l'exception du personnel médical). De plus, l'article 3 du décret n° 69-661 du 13 juin 1969 prévoit que le Directeur général peut déléguer une partie de ses attributions aux directeurs d'établissements. Par ces moyens, une large déconcentration est rendue possible et, d'ores et déjà, la déconcentration budgétaire de l'Assistance publique est chose faite.

### 3° Tutelle administrative.

A la différence des hôpitaux publics du régime général qui resteront soumis à la tutelle du Préfet, même si celle-ci est éventuellement allégée, l'Assistance publique est soumise à la tutelle du Ministre de la Santé publique ou à la tutelle conjointe de celui-ci, du Ministre de l'Economie et des Finances et du Ministre de l'Intérieur.

L'exercice de cette tutelle a été aménagé depuis le décret de 1961 par l'institution de délais et surtout d'un « Conseil de tutelle » composé d'un représentant de chacun des trois ministres. Le Conseil de tutelle :

a) Donne son avis sur les prix de journée qui sont fixés par arrêté du Ministre de la Santé publique après avis du Contrôleur financier placé près de celui-ci ;

b) Examine les budgets qui sont soumis ensuite à l'approbation des trois ministres ;

c) Approuve certains arrêtés en matière de personnel, chaque ministre pouvant prononcer la suspension provisoire de l'arrêté, l'affaire étant portée alors devant les trois ministres.

En outre, comme les autres administrations parisiennes (Préfecture de Paris et de Police) et à l'imitation des Administrations centrales de l'Etat, un *contrôleur financier*, représentant direct du Ministre des Finances, est placé auprès du Directeur général afin de viser tous les engagements financiers avant leur règlement.

#### 4° *La commission médicale consultative.*

Le décret du 9 juillet 1962, modifié par le décret du 4 septembre 1970, confie des attributions supplémentaires aux commissions médicales consultatives des Administrations hospitalières de Paris, Lyon et Marseille, s'agissant de la création, de la division, de suppression des services et de la répartition des lits.

Ce même décret fixe la composition de la Commission médicale consultative de l'Assistance publique. Celle-ci, à la différence de celle des autres établissements y compris Lyon et Marseille, ne comprend pas tous les médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux, chefs de service ou non, mais trente membres élus par discipline. De ce fait, il n'est pas créé de section permanente.

Le décret du 4 septembre 1970 prévoit la création de comités consultatifs médicaux par établissement ou groupes d'établissements.

#### 5° *Statut du personnel.*

Le personnel de l'Assistance publique, à l'exception depuis 1969 du personnel de direction, est actuellement soumis aux dispositions du décret n° 60-729 du 25 juillet 1960 portant statut du personnel des Administrations parisiennes, alors que le personnel des hôpitaux du régime général est régi par les dispositions du Livre IX du Code de la Santé publique.

Le statut parisien donne au personnel l'assurance de bénéficier des avantages qui seraient donnés aux employés de la Préfecture de Paris et surtout des Administrations centrales de l'Etat. D'autre part, bien que les statuts des différents corps se soient rapprochés dans les dernières années très sensiblement du statut général, des différences subsistent, en particulier dans le personnel ouvrier, en faveur des personnels parisiens.

Enfin, le personnel de l'Assistance publique voit dans le maintien du statut parisien la garantie du maintien d'une gestion centralisée du personnel aussi bien que le maintien de divers avantages acquis garantis lors des accords de Grenelle du 4 juin 1968 dans un protocole propre à l'Assistance publique.

Il semble que toute atteinte au statut actuel du personnel de l'Assistance publique se heurterait à une opposition très vigoureuse de la part de celui-ci et de ses syndicats et il apparaîtrait inopportun de modifier la situation par voie législative. C'est pourquoi la disposition prévue au deuxième alinéa de l'article 46 du projet de loi prévoit que le statut des personnels demeure fixé par un texte particulier.

## II. — Portée et justification du statut particulier de l'Assistance publique à Paris.

Ainsi, les particularités du statut de l'Assistance publique correspondent à des exigences propres au contexte hospitalier parisien en ce qui concerne les organes de direction, la déconcentration interne et le régime de tutelle.

Il va de soi que, sous l'empire de la future loi, comme dans la législation actuelle, l'Assistance publique est, pour le surplus, soumise à la réglementation générale.

C'est ainsi que l'ensemble des dispositions du projet de loi peut s'appliquer à l'Assistance publique sans aménagement d'aucune sorte, à l'exception des seuls articles 5, 6, 7, 8 et 9 de la section II du chapitre premier. L'existence même des secteurs d'action sanitaire prévus à l'article 4 est parfaitement compatible avec la situation parisienne, tout en étant affaire d'application. Deux variantes sont possibles, en raison de la proximité relative des établissements, de la densité et des mouvements de la population: ou bien étendre la notion de secteur au-delà de la norme de 200.000 habitants et constituer un secteur groupant la ville de Paris et une grande partie, sinon la majeure partie, des départements de la première couronne, ce qui aurait l'heureux effet d'instituer une collaboration permanente entre les hôpitaux de l'Assistance publique et les autres hôpitaux publics du secteur. Ou bien, tout en constituant une pluralité de secteurs, mettre l'accent sur le groupement interhospitalier régional.

Quoi qu'il en soit, pour permettre de doter l'Assistance publique à Paris d'une réglementation particulière, s'agissant de son organisation administrative interne et de son régime de tutelle, il est nécessaire que le projet de loi prévoie expressément la possibilité d'adapter, par décret en Conseil d'Etat, les dispositions législatives et réglementaires générales aux conditions particulières de fonctionnement de l'Assistance publique à Paris. C'est l'objet du premier alinéa de l'article 46 du projet de loi, la même faculté étant étendue aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique de Marseille.

A ce sujet, il faut observer que, sous l'empire de la législation actuelle, l'article L. 686 du Code de la Santé publique dispose :

« L'Assistance publique de Paris, l'Assistance publique de Marseille et les hospices civils de Lyon sont assujettis aux dispositions des articles L. 678, L. 679, L. 680, L. 681, L. 685, L. 696, L. 708 et L. 709 du présent Code :

« Des règlements d'administration publique détermineront les régimes des établissements susindiqués ».

En l'occurrence, le texte législatif laisse une liberté plus grande au pouvoir réglementaire puisqu'il ne précise pas qu'il doit se limiter à adapter aux établissements en cause les dispositions du régime général.

S'agissant enfin du statut du personnel de l'Assistance publique, il convient de maintenir, en sa rédaction actuelle, le deuxième alinéa de l'article 46 du projet de loi, ainsi qu'il l'a été précédemment exposé.

ANNEXE N° 2

COMPARAISON ENTRE LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI  
PORTANT REFORME HOSPITALIERE  
ET LE STATUT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Seuls les articles 5, 6, 7, 8 et 9 de la section II du chapitre premier du projet de loi ne peuvent être appliqués sans adaptation à l'Assistance publique à Paris.

C'est ce qui ressort de l'examen des tableaux suivants :

PROJET DE LOI	STATUT de l'Assistance publique à Paris (décret de 1961 modifié).	OBSERVATIONS
<p>Article 5.</p> <p>Ils sont administrés par un Conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations sanctionnées à l'article 7, par un Directeur nommé par le Ministre chargé de la Santé publique.</p> <p>Ils sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement peuvent leur être imposées par décret.</p>	<p>Article 1<sup>er</sup> <i>in fine</i>.</p> <p>Cet établissement public est administré par un Conseil d'administration et un Directeur général.</p> <p>Article 10.</p> <p>Le directeur général et le Secrétaire général sont nommés par décret en Conseil des ministres sur proposition du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.</p> <p>Articles 14 à 19 prévoyant la tutelle des Ministres de la Santé publique et de la Sécurité sociale, de l'Economie et des Finances et de l'Intérieur, et l'institution d'un conseil de tutelle.</p>	<p>Le partage de compétence entre Conseil d'administration et Directeur général (ou Directeur) est différent. Voir article 7 du projet de loi.</p> <p>La nomination du Directeur général (et du Secrétaire général) de l'Assistance publique se fait par décret en Conseil des Ministres et non par arrêté.</p> <p>Bien qu'encore non précisée, la tutelle administrative des hôpitaux sera confiée par la force des choses au Préfet.</p>
<p>Article 6.</p> <p>(Composition du Conseil d'administration et présidence du maire pour les établissements communaux.)</p>	<p>Article 2.</p> <p>Le Conseil d'administration de l'Assistance publique comprend 44 membres. Ses membres nommés sont désignés par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.</p>	<p>La composition du Conseil d'administration de l'Assistance publique est différente de celle des C. H. R. du régime général.</p>
<p>Article 7.</p> <p>Le conseil d'administration délibère sur :</p> <p>1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;</p>	<p>Article 7.</p> <p>Le conseil d'administration délibère sur les objets suivants :</p> <p>1° Même texte.</p>	<p>L'article 13 <i>ter</i> du décret de 1961, modifié par le décret de 1965, prévoit l'intervention préalable des commissions de surveillance des établissements, en ce qui concerne les pré-</p>

PROJET DE LOI	STATUT de l'Assistance publique à Paris (décret de 1961 modifié).	OBSERVATIONS
<p>2° Les propositions de prix de journée ;</p> <p>3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de 18 ans ;</p> <p>4° Les emprunts ;</p> <p>5° Le plan directeur, ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;</p>	<p>2° Les prix de journée.</p> <p>5° } 6° } Même texte.</p> <p>7° Même texte.</p> <p>3° Les programmes de travaux de construction, grosses réparations et démolition.</p>	<p>visions de recettes et de dépenses. Cette disposition est le fondement de la déconcentration des budgets d'exploitation de l'Assistance publique.</p> <p>Différence de pure forme.</p> <p align="center">»</p> <p align="center">»</p> <p>Trois différences :</p> <p>a) Le projet de loi ajoute le plan directeur ;</p> <p>b) Il emploie l'expression « projets de travaux » au lieu de celle de « programme ».</p> <p>c) Quand les délibérations du Conseil d'administration de l'Assistance publique concernent un ou plusieurs établissements déterminés, elles doivent intervenir après avis de la commission de surveillance du ou des établissements intéressés.</p>
<p>6° Les règles d'organisation de l'établissement et de ses activités ; les conventions conclues en vue de cette organisation et les règles de fonctionnement de l'établissement, notamment le règlement intérieur ;</p>	<p>11° Les conventions passées avec les collectivités locales ou établissements publics de la région parisienne, en application du 2° alinéa de l'article premier.</p>	<p>Deux différences :</p> <p>a) Aucune disposition ne prévoit actuellement pour l'Assistance publique l'intervention du Conseil d'administration en ce qui concerne l'organisation, les conventions afférentes à celle-ci, et les règles de fonctionnement, notamment le règlement intérieur.</p> <p>Ce dernier est d'ailleurs fixé pour chaque établissement par le Directeur après avis de la commission de surveillance (article 13, 6°) dans le cadre d'un règlement intérieur type établi par le Directeur général (article 11, 13°).</p> <p>b) A l'inverse, du fait de la compétence reconnue à l'Assistance publique, sur le plan régional, s'agissant d'une assistance technique, au sens large (article premier, 2° alinéa du décret de 1961 modifié), le statut de l'Assistance publique soumet au Conseil d'administration les conventions auxquelles cette attribution donne lieu.</p>

PROJET DE LOI	STATUT de l'Assistance publique à Paris (décret de 1961 modifié).	OBSERVATIONS
<p>7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 39 de la présente loi ;</p>	<p>10° Les conventions passées pour le fonctionnement du centre hospitalier et universitaire de Paris ;</p>	<p>Le projet de loi soumet comme le statut de l'Assistance publique les conventions passées en application de l'ordonnance du 30 décembre 1958 à la délibération du Conseil.</p>
<p>8° Les créations, suppressions et transformations de services ;</p>	<p>»</p>	<p>Mais il prévoit une disposition nouvelle, correspondant aux possibilités offertes à certaines établissements d'hospitalisation privée (article 39°). Le Conseil d'administration délibère de ces affaires par application de l'article 8 du décret n° 63-14 du 4 janvier 1963 relatif entre autres à la création, à la division, à la suppression des services médicaux des hôpitaux publics et à la répartition des lits entre les services d'application.</p>
<p>9° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles ne sont pas fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;</p>	<p>»</p>	<p>Ces attributions échappent au Conseil d'administration de l'Assistance publique et sont exercées par le Directeur général.</p>
<p>10° Les effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnel qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958, et les textes subséquents ;</p>	<p>4° Les créations et transformations d'emplois comportant aggravation des charges budgétaires, sous réserve des dispositions de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.</p>	<p>Les attributions du Conseil d'administration de l'Assistance publique sont plus restrictives puisqu'elles ne concernent que les transformations des effectifs de personnel entraînant aggravation des charges budgétaires.</p>
<p>11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;</p>	<p>»</p>	<p>Par ailleurs, quand la délibération ne concerne qu'un ou plusieurs établissements déterminés, elle doit intervenir après avis de la commission de surveillance du ou des établissements intéressés.</p>
<p>12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p>	<p>8° L'acceptation ou le refus des dons et legs lorsqu'ils sont grevés de charges, conditions et affectations immobilières, ou lorsqu'ils donnent lieu à réclamation des familles.</p>	<p>La création des syndicats interhospitaliers est une innovation du projet de loi. L'intervention du Conseil d'administration en la matière pourra être comprise dans les dispositions du décret prévu à l'article 49 du projet de loi.</p>
<p>13° Les actions judiciaires et les transactions ;</p>	<p>9° Les actions judiciaires et les transactions portant sur un litige d'un montant supérieur à 200.000 F.</p>	<p>Le régime applicable à l'Assistance publique est allégé par rapport à celui du projet de loi.</p>
<p>»</p>	<p>12° Le rapport qui lui est présenté annuellement par le Directeur général sur l'activité des services.</p>	<p>Le Conseil d'administration de l'Assistance publique n'intervient qu'au-dessus de 200.000 F. Cette disposition est particulière à l'Assistance publique. Elle pourrait être étendue aux établissements du</p>

PROJET DE LOI	STATUT de l'Assistance publique à Paris (décret de 1961 modifié).	OBSERVATIONS
<p>Avant-dernier alinéa :</p> <p>Les délibérations prévues aux 1° à 11° sont soumises à approbation. L'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes.</p> <p>Le Directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus. Il doit toutefois tenir le Conseil d'administration informé de la marche de l'établissement.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Articles 14 à 19.</i></p> <p>Ces articles prévoient l'institution d'un conseil de tutelle composé des représentants du Ministre de l'Intérieur, du Ministre de l'Economie et des Finances et du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.</p> <p>Il est saisi pour examen des propositions du Conseil d'administration concernant les prix de journée et des budgets et pour approbation de certains arrêtés directoriaux concernant le personnel.</p> <p>Les prix de journées sont approuvés par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale et les budgets par arrêté des trois Ministres de tutelle.</p> <p style="text-align: center;"><i>Article 11.</i></p> <p>Cet article énumère les attributions du Directeur général et stipule, <i>in fine</i> :</p> <p>14° « D'une façon générale, règle les affaires non réservées au Conseil d'administration ».</p>	<p>régime général par mesure réglementaire prévue à l'article 45 du projet de loi.</p> <p>Le régime de tutelle de l'Assistance publique institué depuis le décret de 1961 est tout à fait particulier :</p> <p>a) Outre les approbations requises par ailleurs, par exemple en matière d'emprunt d'opérations d'équipement ou de convention C. H. U., la tutelle prévue organiquement pour l'Assistance publique est limitée aux prix de journée, aux budgets et à certains arrêtés en matière de personnel.</p> <p>b) Cette tutelle est confiée aux trois Ministres (sauf les prix de journée qui sont de la compétence du seul Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale), alors que la tutelle des hôpitaux est et restera sans doute préfectorale.</p> <p>c) Le fonctionnement de cette tutelle ministérielle est facilité par l'organisation d'un Conseil de tutelle.</p> <p>d) Une telle tutelle est complétée par l'institution d'un contrôle financier, analogue à celui des administrations centrales de l'Etat.</p> <p>La situation prévue par le projet de loi se rapproche sensiblement de celle du statut de l'Assistance publique. Toutefois, ainsi qu'il ressort de l'examen détaillé des attributions du Conseil d'administration, il apparaît que les pouvoirs du Directeur général de l'Assistance publique sont plus importants que ceux des directeurs des hôpitaux du régime général, le Directeur général disposant, notamment, du pouvoir réglementaire en matière d'organisation, de fonctionnement et de personnel, de fixation d'effectifs de personnel n'entraînant pas de charges nouvelles, d'affaires domaniales ou contentieuses en-dessous d'un certain seuil.</p>

PROJET DE LOI

STATUT  
de l'Assistance publique à Paris  
(décret de 1961 modifié).

OBSERVATIONS

Article 8.

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

»

Le décret du 9 juillet 1962 confie aux commissions médicales consultatives des administrations hospitalières de Paris, Lyon et Marseille des attributions supplémentaires, s'agissant de la création des services et de la répartition des lits. La commission de l'Assistance publique à Paris a une composition différente de celle des autres hôpitaux et ne comprend pas de section permanente. Le décret du 4 septembre 1970 prévoit l'organisation de comités consultatifs médicaux par établissement ou groupe d'établissements.

Le projet de loi innove en matière de budget et de compte. Il va de soi que ces nouvelles attributions devront être étendues à l'Assistance publique à Paris.

Article 9.

Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :  
1° Des agents titulaires soumis aux dispositions du Livre IX du Code de la Santé publique.

»

A l'exception du personnel des cadres de direction, le personnel de l'Assistance publique est soumis aux dispositions du décret n° 60-729 du 25 juillet 1960. Certaines différences non négligeables existent entre ces deux statuts.

Articles 13, 13 bis et 13 ter.

Ces articles organisent la déconcentration administrative de la gestion de l'Assistance publique et déterminent, au niveau des établissements ou groupes d'établissements qui composent le C. H. R. :

Article 13 : les attributions des directeurs.

Article 13 bis : la composition et le fonctionnement des commissions de surveillance.

Article 13 ter : leurs attributions.

Cette déconcentration institutionnelle est propre à l'Assistance publique de Paris. Elle trouve son fondement dans le régime particulier dont elle est dotée.

## ANNEXE N° 3

### EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### Section I. — Etablissements d'accouchement.

Art. L. 176 (décret n° 55-512 du 11 mai 1955). — Nul ne peut ouvrir ou diriger une clinique ou maison d'accouchement ou un établissement privé recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du Préfet de police, dans le département de la Seine, du Préfet dans les autres départements.

Un règlement d'administration publique fixe les conditions d'ouverture et de fonctionnement que devront remplir les établissements visés à l'alinéa précédent.

Toute personne qui ouvre ou dirige sans autorisation un des établissements visés au présent article ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation, est punie d'une amende de 240.000 à 1.200.000 F (2.400 à 12.000 F) ; l'établissement pourra, en outre, être fermé ; en cas de récidive dans les trois ans, le coupable sera puni, en outre, d'un emprisonnement de six jours à deux ans, le tout sans préjudice des peines plus fortes encourues notamment du fait des crimes et délits prévus par les articles 317, 345 à 351 du Code pénal et par les articles L. 647 et suivants du présent Code.

Art. L. 230 (décret n° 55-512 du 11 mai 1955). — Les assurés sociaux et les bénéficiaires de l'aide médicale ne peuvent être admis dans les établissements privés que si ceux-ci ont été agréés par le Ministre de la Santé publique et de la Population.

#### NATURE ET ROLE DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

Art. L. 678 (ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958). — Les hôpitaux et hospices publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.

Les hôpitaux pourvoient aux examens de médecine préventive et de diagnostic, au traitement avec ou sans hospitalisation des malades, blessés, convalescents et femmes enceintes, y compris, notamment, le cas échéant, leur réadaptation fonctionnelle, ainsi qu'à l'isolement prophylactique. Ils peuvent également comprendre un ou plusieurs services d'hospice.

Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite.

Les hôpitaux, maternités et hospices fonctionnant actuellement comme des services non personnalisés de collectivités publiques seront, dans l'année qui suivra la promulgation de la présente ordonnance, par décret, érigés en établissement public ou rattachés à un établissement public déjà existant.

Art. L. 679 (ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958). — Les hôpitaux et hospices publics sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

## COMMISSIONS ADMINISTRATIVES

### Section I. — Composition et fonctionnement.

Art. L. 681 (ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958). — Les établissements visés à l'alinéa 2 de l'article L. 678 comprennent des centres hospitaliers régionaux, des centres hospitaliers, des hôpitaux et des hôpitaux ruraux.

Les conditions de leur classement, qui devront tenir compte notamment de leur importance, de leur équipement et de leur spécialisation, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 682 (ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958). — Chacun des établissements visés à l'article L. 678 est administré par une commission administrative.

La composition, les attributions et le régime des délibérations des commissions administratives sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 683 (ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958). — Les pouvoirs de direction sont confiés à un directeur général, à un directeur ou à un directeur économe suivant l'importance de l'établissement.

Les directeurs généraux, les directeurs, les directeurs adjoints, les sous-directeurs et les directeurs économes des établissements de plus de cinquante lits sont nommés par le ministre de la santé publique et de la population dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les directeurs économes des établissements de cinquante lits au plus sont nommés par le préfet.

### Section II. — Attributions.

Art. L. 686 (décret n° 58-1147 du 25 novembre 1958 ; ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958). — Les établissements publics nationaux visés à l'article L. 678, l'assistance publique de Paris, l'assistance publique de Marseille et les hospices civils de Lyon sont assujettis aux dispositions des articles L. 678, L. 679, L. 680, L. 681, L. 685, L. 696, L. 708 et L. 709 du présent code.

Des règlements d'administration publique détermineront les régimes des établissements susindiqués.

## REGIMES HOSPITALIERS SPECIAUX

### Section II. — Hospices civils de Lyon.

Art. L. 733. — L'administration des hospices civils de Lyon est confiée à un conseil général d'administration de trente membres, non compris le maire de Lyon, président de droit.

Vingt membres sont nommés par le préfet du Rhône et dix par le conseil municipal de Lyon.

Les hospices civils de Lyon restent soumis, dans les conditions fixées à l'article L. 275 ci-dessus, à toutes les autres prescriptions législatives ou réglementaires concernant les administrations hospitalières.

### Section III. — Assistance publique de Marseille.

Art. L. 734. — Des règlements d'administration publique déterminent, en tant que de besoin, les conditions dans lesquelles l'organisation de l'assistance publique de Marseille sera modifiée pour rendre celle-ci compatible avec les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation de la ville de Marseille.

## MESURES GENERALES RELATIVES A L'EQUIPEMENT SANITAIRE

Art. L. 734-2 (ordonnance n° 67-829, 23 septembre 1967, article 1<sup>er</sup>). — Le ministre des affaires sociales, assisté par une commission nationale et des commissions régionales, assure la coordination de tous les établissements de soins comportant hospitalisation, quel que soit leur statut, public ou privé, à but lucratif ou non lucratif.

Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition des commissions visées à l'alinéa ci-dessus. Elles comprennent notamment des représentants des diverses catégories d'établissements visés par la coordination et des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ce décret détermine les cas et conditions dans lesquels est requis l'avis de ces commissions.

Art. L. 734-3 (ordonnance n° 67-829, 23 septembre 1967, article 2). — Sans préjudice des obligations imposées par la législation en vigueur à certaines catégories d'établissements, la création ou l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant hospitalisation est subordonnée à une autorisation préalable du ministre des affaires sociales. Celui-ci statue sur la demande d'autorisation après avis des commissions visées à l'article L. 734-2, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'autorisation peut être refusée si le projet ne satisfait pas aux conditions techniques requises, ou s'il ne correspond pas aux besoins de la circonscription appréciés en fonction de la nature de l'établissement dont s'agit.

Le ministre des affaires sociales peut en outre subordonner son autorisation au respect de certaines conditions.

L'autorisation de donner des soins aux assurés sociaux ne peut être accordée pour un établissement de soins visé à l'article L. 272 du Code de la sécurité sociale, ou une partie d'établissement, dont l'ouverture serait intervenue en violation du premier alinéa du présent article, ou nonobstant le rejet de la demande d'autorisation par le ministre des affaires sociales. Les demandes de l'espèce qui seraient présentées aux commissions régionales instituées par l'article L. 272 précité ne seraient pas recevables.

En vertu de conventions passées avec l'Etat, certains établissements privés peuvent participer à l'exécution du service public d'hospitalisation. Leurs droits et obligations sont déterminés par un cahier des charges conforme à un cahier des charges type dont le modèle est établi par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 734-4 (1). — Sans préjudice des sanctions plus fortes encourues pour l'ouverture ou l'extension, sans autorisation, d'établissements soumis à une législation particulière, sera puni d'une amende de 50.000 F à 1 million de francs (500 F à 10.000 F) quiconque, en violation des dispositions du premier alinéa de l'article précédent ou nonobstant l'opposition formulée par le Ministre de la Santé publique et de la population, procédera à l'ouverture ou à l'extension d'un établissement visé audit article.

En cas de récidive, le délinquant sera passible d'une amende de 100.000 F à 2 millions de francs (1.000 F à 20.000 F) et d'un emprisonnement de onze jours à six mois ou de l'une de ces peines seulement.

Dans tous les cas, la fermeture de l'établissement, s'il s'agit d'une création nouvelle, ou de la partie de l'établissement en cause, s'il s'agit d'une extension, sera prononcée.

Art. L. 734-5. — Des décrets en Conseil d'Etat détermineront les modalités d'application des articles L. 734-2 à L. 734-4 ci-dessus, et notamment les justifications qui devront être présentées par les intéressés à l'appui de leurs demandes.

---

(1) Amendes : pour calculer les variations de taux, consultez la fiche orange en tête de chaque volume. — N. D. L. R.

**Art. L. 893.** — Des règlements d'administration publique pris sur le rapport des Ministres de la Santé publique et de la population, de l'Intérieur et des Finances et des Affaires économiques fixeront les statuts des personnels de l'administration de l'Assistance publique à Paris, de l'administration de l'Assistance publique à Marseille, des hospices civils de Lyon et des établissements hospitaliers départementaux de la Seine.

Des décrets pris sur le rapport des Ministres de la Santé publique et de la population, de l'Intérieur et des Finances et des Affaires économiques fixeront les conditions de recrutement et d'avancement des personnels :

- 1° Des hôpitaux et hospices publics dotés ou non de la personnalité morale ;
- 2° Des hôpitaux psychiatriques publics ;
- 3° Des sanatoriums, préventoriuns et aériums publics ;
- 4° Des établissements relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance.

Les mesures de prophylaxie, d'hygiène et de sécurité, qui devront être prises par les administrations hospitalières en vue de la protection médicale de leur personnel, feront l'objet d'arrêtés concertés des Ministres de la Santé publique et de la population et de l'Intérieur.

## ANNEXE N° 4

### EXTRAITS DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Art. L. 271. — Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements hospitaliers publics au tarif prévu pour les malades payants de la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Le tarif de responsabilité des caisses est égal à ce tarif.

Art. L. 272 (partiellement abrogé, décret n° 65-411 du 26 mai 1965, art. 1<sup>er</sup>). — L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements privés de cure et de prévention de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.

L'autorisation ne peut être conférée qu'aux établissements apportant des garanties techniques au moins égales à celles offertes par les établissements publics de même ordre.

Art. L. 275 (décret n° 62-147 du 5 février 1962 ; ordonnance n° 67-829 du 23 septembre 1967, art. 3). — Sous réserve des dispositions des articles L. 276 et L. 277 ci-après des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Les tarifs inscrits dans les conventions sont soumis à l'homologation des commissions prévues à l'article L. 272 du Code de la sécurité sociale.

A défaut de convention ou si les tarifs conventionnels n'ont pas été homologués, les caisses fixent des tarifs de responsabilité applicables auxdits établissements. Ces tarifs sont homologués dans les mêmes conditions que les tarifs conventionnels.

Art. L. 276 (décret n° 58-962 du 27 septembre 1958). — En ce qui concerne les établissements de cure privés visés au livre III, titre 1<sup>er</sup>, chapitre II, du Code de la santé publique relatif à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose, le prix de journée fixé par le préfet pour les assurés sociaux tient lieu de tarif d'hospitalisation et ne comporte pas l'homologation par les commissions prévues à l'article L. 272 (1).

Dans les établissements de cure privés, assimilés aux établissements publics, le tarif de responsabilité des caisses est égal au prix de journée fixé par le préfet pour les assurés sociaux et ne donne pas lieu à homologation par les commissions visées à l'article L. 272.

Dans les établissements de cure privés, non assimilés, ayant passé convention avec un département pour recevoir des malades bénéficiaires en totalité ou partiellement de l'aide sociale, et recevant effectivement des malades de cette catégorie, le tarif de responsabilité des caisses est fixé comme à l'alinéa précédent.

Il en sera de même dans les autres établissements visés à l'article L. 272 lorsque ces établissements ne poursuivent pas un but lucratif. Un décret en Conseil d'Etat (2) en fixe les conditions d'application.

---

(1) Dispositions réglementaires, loi du 4 août 1954 ; loi n° 55-349 du 2 avril 1955.

(2) Décret n° 61-26 du 11 janvier 1961.

Dans les établissements de cure privés, non assimilés, ne recevant pas de malades bénéficiaires de l'aide sociale, des conventions conclues entre les caisses d'assurance maladie et ces établissements fixent les tarifs de responsabilité des caisses dans les limites du prix de journée fixé par le préfet pour les assurés sociaux. Ces tarifs sont homologués par les commissions prévues à l'article L. 272.

A défaut de convention ou si la convention n'a pas été homologuée, les caisses fixent un tarif de responsabilité qui ne peut être supérieur au tarif le plus élevé appliqué dans l'un des établissements de cure de même nature les plus proches publics, privés assimilés ou privés recevant des bénéficiaires de l'aide sociale.

En ce qui concerne les cliniques médicales ou chirurgicales visées à l'article L. 250, 2<sup>e</sup> alinéa, du Code de la santé publique, les tarifs d'hospitalisation et de responsabilité sont fixés conformément aux dispositions de l'article L. 275. Toutefois, pour celles d'entre elles situées dans les stations de cure pour tuberculeux, les tarifs de responsabilité des caisses de sécurité sociale pour l'ensemble des frais de séjour et des frais médicaux ou pharmaceutiques ne peut excéder le prix de journée du sanatorium le plus proche.

**Art. L. 277.** — Les dispositions de l'article précédent sont applicables aux établissements de rééducation fonctionnelle.