

N° 91

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1970-1971

Annexe au procès-verbal de la séance du 10 décembre 1970.

RAPPORT

FAIT

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi, MODIFIÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, portant réforme hospitalière,

Par M. Jean-Pierre BLANCHET,
Sénateur.

TOME I

EXAMEN DES ARTICLES

(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, 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, Yves Villard, Hector Viron, Raymond de Wazières.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (4^e législ.) : 1^{re} lecture : 1430, 1481 (tomes I et II) et in-8° 323.

Sénat : 1^{re} lecture : 365 (1969-1970), 40 et in-8° 17 (1970-1971).

2^e lecture : 85 (1970-1971).

Hôpitaux. — Centres hospitaliers universitaires (C. H. U.) - Médecins - Pharmaciens - Enseignement médical - Sécurité sociale - Collectivités locales - Code de la mutualité - Code de la santé publique - Code de la sécurité sociale - Code pénal.

Mesdames, Messieurs,

Le Sénat retrouve en deuxième lecture le projet de loi portant réforme hospitalière, sur lequel il s'est déjà prononcé le 4 novembre dernier.

Dans la présentation de son rapport à l'Assemblée Nationale notre excellent collègue M. le docteur Peyret a rappelé que c'était la première fois que, depuis un siècle, le Parlement était appelé à discuter un texte en matière de politique hospitalière.

L'importance du sujet est certainement la raison d'être de la montagne d'amendements présentés dans les deux Assemblées du Parlement, mais elle traduit aussi l'émotion qui s'est emparée du monde hospitalier, agité par l'inquiétude, la méfiance et des interprétations contradictoires. Espérons que les décisions du Parlement apaiseront ces craintes.

Mais nous devons souligner que, malgré cette prolifération de tentatives de modifications, le projet a franchi les deux débats de première lecture sans trop de bouleversements. Les grandes options qui avaient présidé à son élaboration ont été conservées par nos Assemblées à une très forte majorité. Les grands principes auxquels notre pays reste fermement attaché sont sauvegardés et même réaffirmés, par exemple, dans l'article premier A nouveau introduit par l'Assemblée Nationale, rappelant que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire ».

Reste acquis, aussi, le principe de l'établissement d'une carte sanitaire de la France. Son élaboration permettra, nous l'espérons fermement, une véritable coordination entre les secteurs public et privé qui doivent être complémentaires.

Notons également le souci d'associer, toutes les fois que cela est nécessaire et possible, les professions de santé ; pour la première fois apparaît cette trilogie : médecins, pharmaciens, odontologistes.

Toutefois, l'Assemblée Nationale a apporté quelques modifications importantes au texte voté par le Sénat.

Elle a supprimé les dispositions prévoyant la création de dossiers individuels de santé, estimant bien aléatoires les avantages que l'on pouvait en attendre au regard des dangers qu'ils pouvaient comporter en ce qui concerne les libertés individuelles. Votre commission, qui s'était ralliée en première lecture sans enthousiasme à cette innovation, vous proposera de suivre l'Assemblée Nationale.

Par contre, l'Assemblée Nationale a rejeté la dérogation que nous avons proposée en faveur des établissements mutualistes. Soucieux de voir ces établissements désintéressés et si utiles à l'organisation sanitaire entrer tous et de plein droit dans le service public hospitalier, le Sénat avait demandé que l'obligation absolue de recevoir n'importe quel malade ne soit pas imposée aux établissements mutualistes qui, de par leur statut légal, sont normalement ouverts aux seuls adhérents-cotisants des organismes gestionnaires. L'Assemblée Nationale ne nous a pas suivis. Votre commission vous demandera de persévérer dans votre position.

Une autre disposition, introduite celle-ci par l'Assemblée Nationale, nous paraît mériter une très grande attention. Elle est grave et votre commission unanime vous en demandera le rejet. Il s'agit de la possibilité, prévue à l'article 26 *sexies*, de recourir aux capitaux privés, aux taux du marché, pour le financement des équipements hospitaliers publics. Cette solution peut certes apparaître séduisante, tant pour le ministre de tutelle qui déplore de ne pas recevoir assez de crédits budgétaires que pour certains élus locaux qui se heurtent au refus de subvention. Mais craignons le désengagement de l'Etat dans un secteur aussi sensible qui doit demeurer l'une de ses vocations essentielles... sûrement l'une des plus exigeantes.

Nous aborderons d'autres problèmes au long de l'examen des articles. Nous espérons que l'accord se fera sans difficulté avec l'Assemblée Nationale car notre volonté est vive et sincère de voir aboutir ce texte. Ce n'est qu'une loi-cadre. Du Gouvernement dépendra que son contenu réponde aux espérances de ceux, nombreux, qui souhaitent conserver à notre pays une politique de santé libérale, efficace, dotée des équipements nécessaires à la satisfaction des besoins de l'ensemble de la population et raisonnable quant à son prix de revient.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier A (nouveau).

En insérant un article premier A (nouveau), l'Assemblée Nationale, par une déclaration liminaire, a voulu, d'une part, marquer son attachement à la notion de libre choix pour les Français de leur médecin et de leurs établissements de soins, et d'autre part, rappeler que toutes les professions de santé, tous les établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés, participent à la protection sanitaire des personnes vivant en France.

Votre Commission des Affaires sociales a accepté à l'unanimité, cette mise en exergue de deux principes fondamentaux de la politique sanitaire française qui, sans être explicités, étaient néanmoins à la base du texte adopté par le Sénat en première lecture.

D'accord sur le fond, votre Commission des Affaires sociales a été amenée à vous proposer de supprimer le membre de phrase suivant : « ... sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale en vigueur à la date de la présente loi ».

Pour quelles raisons ? Tout simplement parce qu'elle a estimé que le principe du libre choix du médecin et de l'établissement de soins devrait être dissocié d'un autre problème : celui de la prise en charge des frais de santé par un organisme de protection sociale. Certes, les modalités de remboursement peuvent influencer sur la décision d'une personne de s'adresser à tel ou tel praticien ou à telle ou telle clinique ; mais cela ne met pas en cause le principe général du libre choix et une telle disposition n'a pas sa place dans un texte sur la réforme hospitalière.

Article premier.

L'Assemblée Nationale a apporté au texte adopté par le Sénat en première lecture de nombreuses modifications. Elle a :

1° Repris l'expression : « assure les examens », au lieu de : « est tenu d'assurer les examens... » ;

2° Supprimé la référence à des ressources nouvelles pour financer les actions supplémentaires auxquelles le service public hospitalier pourra être amené à concourir en application de la loi que nous examinons ;

3° Supprimé la référence aux dossiers individuels de santé ;

4° Etendu au corps pharmaceutique les actions de formation ;

5° Repris l'alinéa offrant aux médecins traitants la possibilité de faire appel à l'aide technique des centres hospitaliers.

Votre Commission des Affaires sociales :

1° Renonce à la notion d'obligation qui lui semblait s'attacher à l'expression « est tenu d'assurer » ;

2° Reprend la notion des « ressources nouvelles », car il lui a semblé que le prix de journée des hôpitaux ne pouvait être encore alourdi en raison des investissements et des frais de fonctionnement résultant d'actions nouvelles prévues par le texte ; celles-ci sont certes indispensables, mais sans rapport direct avec la mission principale du service public hospitalier qui reste avant tout de dispenser des soins ;

3° Accepte la suppression de la tenue des dossiers individuels de santé. Cette tâche, dont l'urgence n'est pas évidente, aurait nécessité des investissements coûteux pour un intérêt qui n'est pas encore démontré ; elle a paru à l'Assemblée Nationale prématurée d'une part, mais aussi très dangereuse pour la conservation du secret médical et la préservation des libertés individuelles.

En première lecture, votre commission avait marqué de nombreuses réserves devant cette innovation ; aussi, s'est-elle facilement rangée à la position de l'Assemblée Nationale et n'a pas repris l'alinéa relatif aux dossiers individuels de santé ;

4° Accepté l'extension aux pharmaciens des actions de formation ;

5° Accepté la reprise du dernier alinéa sur l'aide technique aux médecins non hospitaliers.

Art. 2.

Plusieurs modifications ont été apportées par l'Assemblée Nationale à cet article. Elles concernent :

1° *La définition des établissements privés.* Le Sénat avait suivi le Gouvernement dans la distinction entre les établissements privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif.

L'Assemblée Nationale les a confondus dans une même rédaction en renvoyant le problème aux articles 36 et suivants.

Votre commission a été sensible à l'argumentation de l'Assemblée Nationale qui estime que le terme lucratif avait une consonance quelque peu péjorative. Elle a recherché une rédaction susceptible d'être acceptée par l'Assemblée Nationale. Elle pense l'avoir trouvée en faisant référence, pour les établissements à but non lucratif, aux fondations, aux associations de la loi de 1901, aux groupements mutualistes et aux organismes de sécurité sociale.

2° *L'accueil des malades.* L'Assemblée Nationale a précisé les obligations des établissements assurant le service public hospitalier. Elle a notamment décidé que lesdits établissements devaient accueillir de jour et de nuit les malades et leur a interdit d'opérer une discrimination en ce qui concerne les soins. Pour les conditions d'hébergement, les éventuelles différenciations doivent être prévues par les textes en vigueur et les malades doivent manifester la volonté d'avoir un régime plutôt qu'un autre.

Votre commission vous propose deux amendements :

— le premier tend à supprimer la notion très vague d' « obligation de répondre aux besoins de la population » pour la remplacer par l'obligation faite aux établissements d'assurer l'admission des malades dans un autre établissement en cas d'absence de place ;

— le second vise à supprimer la disposition relative aux modalités d'hébergement. En effet, ce texte est imprécis car il laisse supposer que la volonté des malades porte sur l'organisation des régimes d'hébergement, alors qu'elle n'intervient que pour choisir entre les régimes lorsque ceux-ci sont organisés. De plus, il est inutile, puisqu'il fait référence à des textes législatifs ou réglementaires en vigueur. Votre commission ne voit pas comment un établissement pourrait organiser des régimes d'hébergement sans respecter les textes en vigueur.

3° *Participation du service de santé des armées au S. P. H.* Cette participation était déjà prévue à l'article 45. Il paraît plus judicieux, comme l'a décidé l'Assemblée Nationale, d'y faire référence dès l'article 2.

4° *Situation particulière de la Mutualité* : votre commission a décidé de reprendre les dispositions, que le Sénat avait adoptées en première lecture, tendant à autoriser les organismes mutuels à adhérer au S. P. H. sans être dans l'obligation de recevoir tous les malades dans les établissements dont ils ont la gestion.

Le caractère désintéressé de ces organismes, la place importante qu'ils tiennent dans la protection sanitaire justifient pour votre commission la disposition dérogatoire qu'elle vous propose. Les statuts de ces établissements sont régis par le Code de la Mutualité et ce sont, normalement, les seuls adhérents-cotisants des organismes gestionnaires qui y ont accès.

Art. 3.

Votre commission vous propose une nouvelle rédaction du début de cet article, en amalgamant à son propre texte une notion intéressante introduite par l'Assemblée Nationale, à savoir la distinction qui doit se faire à l'intérieur d'un même centre hospitalier de trois sortes d'unités de soins différenciés : les premières destinées aux techniques de pointe, les secondes aux pratiques médicales et chirurgicales courantes et les troisièmes aux convalescences, aux cures ou à la réadaptation.

Cette rédaction reprend, en plus, la différenciation qui nous a paru essentielle entre le plateau technique pour les affections aiguës et le centre de convalescence pour les hospitalisations de longue durée qui ne font pas appel à des méthodes thérapeutiques particulières. Elle fait de surcroît appel à la notion d'hospitalisation de courte durée.

Votre commission a accepté la disposition relative à la pratique des soins hospitaliers à domicile, cette procédure devant permettre de replacer le malade dans son milieu familial en laissant la place d'hôpital à de nouveaux malades.

Art. 3 bis (nouveau).

L'Assemblée Nationale a adopté sous la forme d'un article 26 septies une disposition prévoyant la réforme, dans le délai d'un an, de la tarification des soins dispensés dans les

établissements d'hospitalisation publics, étant entendu que devra apparaître le coût réel des diverses prestations fournies par chacune des unités d'hospitalisation telles que définies à l'article 3, et notamment les frais d'acquisition des prothèses et des médicaments coûteux.

Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale ayant confirmé que des études sont actuellement en cours pour réformer le mode de calcul si critiqué du prix de journée, l'Assemblée Nationale a entendu donner un cadre à ces travaux en indiquant dans quel sens il était souhaitable de voir ceux-ci évoluer.

Votre commission a, bien entendu, accepté le principe de cette adjonction au projet de loi.

Elle a cependant estimé que la recherche de nouvelles formules devait s'appliquer à l'ensemble des établissements assurant le service public hospitalier et que le nouvel article, qui devait viser à la fois les établissements publics et privés participant au service public hospitalier ainsi mis sur un pied de relative égalité, trouverait mieux sa place dans les dispositions générales du projet de loi.

Art. 4.

Cet article a été adopté sans modification.

Art. 5 à 10 et 12.

Ces articles fixent le statut juridique des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics en précisant notamment les modalités de leur création et la nature de leurs instances d'administration et de direction.

Ils constituent, au surplus, une série de dispositions faisant l'objet d'une section II traitant des « établissements d'hospitalisation publics » au sein d'un chapitre premier intitulé « Du service public hospitalier ».

L'Assemblée Nationale a préféré extraire l'ensemble des articles 5 à 10 et 12 de ce chapitre pour les regrouper dans un chapitre premier *bis* (nouveau) qui, devenu chapitre II dans le texte définitif, fera pendant au chapitre III intitulé « Des établissements privés ».

Votre commission s'est montrée favorable à ce remaniement qui donnera un équilibre plus harmonieux au plan d'ensemble de la loi.

Art. 13.

La suppression du dernier alinéa de cet article est demandée par votre commission ; celle-ci estime que l'autorisation donnée par la loi aux groupements interhospitaliers de proposer la création des services communs, par convention bilatérale, risque de rendre sans intérêt la création de syndicats interhospitaliers pour les établissements intéressés. En tout état de cause, il ne nous paraît pas rationnel d'indiquer dans un texte législatif qu'un groupement peut avoir un rôle d'incitation... ceci allant de soi, s'il le désire.

Art. 14.

L'Assemblée Nationale a apporté à cet article des précisions qui ont semblé inutiles à votre commission. Elle vous propose, en conséquence, de revenir au texte adopté en première lecture, en acceptant toutefois la présence aux réunions des conseils de groupements, avec voix consultative, des directeurs des établissements.

Elle vous propose, en outre, de rejeter le dernier alinéa de l'article. La présence de droit des présidents des commissions médicales consultatives et d'un pharmacien n'a pas semblé nécessaire, puisque, de toute façon, ces personnes pourront faire connaître leur sentiment sur les propositions du conseil de groupement lorsque ces dernières seront examinées par les conseils d'administration des différents établissements. Il lui paraît peu souhaitable d'élargir démesurément la composition d'organismes de concertation démunis de pouvoirs de décision.

Art. 15.

Votre commission a adopté cet article dans le texte de l'Assemblée Nationale.

Art. 16.

La commission a accepté à cet article :

— de confier au Ministre le soin de nommer le secrétaire général d'un syndicat hospitalier simplement après avis du Président du conseil d'administration et non plus en choisissant sur une liste dressée par le conseil d'administration ;

— de ne pas permettre à un établissement de détenir au sein du conseil d'administration la majorité absolue des sièges.

Par contre, elle n'a pas cru devoir accepter la présence au sein de ce conseil d'un représentant des pharmaciens hospitaliers ès qualités.

Elle vous propose, enfin, pour des raisons de forme, une nouvelle rédaction du dernier alinéa de cet article.

Art. 17.

Cet article a été adopté sans modification.

Art. 18.

Dans l'énumération des articles, rendus applicables aux syndicats interhospitaliers, l'attention de votre commission a été retenue par la référence au nouvel article 26 *octies* (ancien article 8). Cet article rend obligatoire, dans les établissements, la création d'une commission médicale consultative et d'un comité technique paritaire. Sauf si un syndicat interhospitalier décide la création de services hospitaliers communs, l'institution de ces organismes ne semble pas nécessaire en son sein.

Art. 21.

Cet article prévoyait la possibilité pour les établissements sanitaires ne comportant pas de moyens d'hospitalisation et gérés par une collectivité publique ou une institution privée à but non lucratif, de faire partie d'un groupement ou d'un syndicat interhospitalier.

L'Assemblée Nationale a considéré qu'à partir du moment où cette intégration ne peut intervenir que sur demande et par autorisation préfectorale, après avis conforme du conseil de groupement ou du conseil d'administration du syndicat, il était possible d'étendre cette faculté à l'ensemble des institutions privées sans distinction de nature ; la procédure prévue semble, en effet, entourée d'assez de précautions pour que les pouvoirs publics ne se privent pas du concours de certains centres de santé privés dès lors qu'ils offrent toutes garanties sur le plan médical et sur celui de la gestion.

Votre commission a adopté sans modification le texte de l'Assemblée Nationale.

Art. 23.

L'Assemblée Nationale a ajouté à cet article un second alinéa ainsi conçu :

« Les mêmes dispositions s'appliquent aux unités d'enseignement et de recherche pharmaceutique. »

A la demande de M. le Ministre de la Santé publique et de la sécurité sociale, votre commission a décidé de supprimer ce dernier alinéa. Si elle était définitivement votée, cette disposition impliquerait la création de postes hospitaliers pour tous les enseignants des U. E. R. de pharmacie. Cette solution n'est pas réclamée par les intéressés, ni souhaitable sur le plan financier, car elle aboutirait à la création, par un biais, de véritables C. H. U. pharmaceutiques.

Art. 25.

Trois amendements vous sont proposés à cet article :

— les deux premiers tendent à supprimer les références aux U. E. R. pharmaceutiques. Ils sont la conséquence de celui présenté à l'article 23 ;

— le troisième vise à reprendre, pour définir la compétence du comité de coordination hospitalo-universitaire, la rédaction adoptée en première lecture par le Sénat. Sans méconnaître l'intérêt

de l'énumération proposée par l'Assemblée Nationale, votre commission vous propose de la supprimer car elle risque d'être incomplète et relève uniquement du pouvoir réglementaire.

Art. 25 bis.

Les dispositions de cet article vont permettre de résoudre les délicats problèmes que pose la présence au sein d'une même académie de deux villes importantes susceptibles de voir leur centre hospitalier érigé en C. H. U. Votre commission l'a adopté sans modification.

Art. 26.

Cet article, qui créait les dossiers individuels de santé, a été supprimé par l'Assemblée Nationale. Votre commission ayant, à l'article premier, renoncé à ces dossiers s'est, bien entendu, ralliée à la demande de suppression.

Art. 26 bis.

Les trois modifications adoptées par l'Assemblée Nationale à cet article, à savoir une nouvelle référence à la carte sanitaire pour la création des établissements hospitaliers, la nomination du directeur après avis du président du conseil d'administration et le renvoi à un décret de la définition des normes d'équipement et de fonctionnement, ont été approuvées par votre commission.

Art. 26 ter.

Quatre problèmes se posent à propos de cet article.

Composition du conseil d'administration des établissements : alors que le texte adopté par le Sénat en première lecture avait laissé le soin à un décret de déterminer la composition des conseils, l'Assemblée Nationale a voulu entrer dans le détail en attribuant à chaque catégorie une représentation chiffrée. Cette solution n'a

pas pu être acceptée par votre commission bien qu'elle n'y soit pas hostile. Elle a remarqué que l'adjonction de membres de droit, tel que le président de la commission médicale consultative, venait rompre l'ordonnance mathématique proposée par l'Assemblée Nationale, et qu'elle impliquait pour les différents conseils un nombre de membres multiple de dix.

Les problèmes posés par l'importance variable des centres hospitaliers requièrent une certaine souplesse dans la composition de leur conseil d'administration. Un décret peut y pourvoir avec plus de sélectivité.

Présidence des conseils d'administration : par inadvertance, semble-t-il, l'Assemblée Nationale a supprimé la disposition qui confiait au président du conseil général ou au maire la présidence des conseils d'administration des établissements.

Un amendement proposé par votre commission tend à combler cette omission.

Incompatibilités relatives aux fonctions de président du conseil d'administration : selon le texte du Sénat, seul, parmi les membres du personnel hospitalier, le directeur, maire de la commune siège du centre hospitalier, ou président de conseil général ne pouvait présider le conseil d'administration de l'établissement où il exerce. L'Assemblée Nationale n'a pas accepté cette solution et a étendu à l'ensemble du personnel salarié cette interdiction, en en exceptant toutefois les médecins et pharmaciens.

Le Sénat avait voulu éviter les conflits qui pourraient naître entre le directeur et un de ses subordonnés, si celui-ci devenait président du conseil d'administration en sa qualité d'élu.

Votre commission estime donc que la mesure, si elle est décidée, doit être générale et s'appliquer aussi bien aux médecins et pharmaciens qu'aux membres du personnel non médical.

Suppléance du président du conseil d'administration : certains départements et certaines communes gèrent plusieurs établissements hospitaliers. Le président du conseil général ou le maire ne peut pas toujours assurer matériellement la présidence, qui lui

revient de droit, de tous ces conseils d'administration. Il importe donc de l'autoriser à déléguer, à un autre membre de l'assemblée qu'il préside, le soin de le représenter au sein des conseils d'administration des différents établissements relevant de sa compétence.

Art. 26 *quater*.

Cet article nouveau résulte de l'adoption par l'Assemblée Nationale d'un amendement qui lui était présenté par sa Commission, sous-amendé sur deux points par le Gouvernement et sur un troisième par MM. Saint-Paul et Benoist.

Il tend à confier à un décret le soin de fixer la composition du conseil d'administration des centres hospitaliers dès lors qu'ils font partie d'un centre hospitalier et universitaire et précise que le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche ou, s'il y a lieu, le président du comité de coordination de l'enseignement médical ou leur représentant sera membre de droit du conseil, étant entendu que les incompatibilités établies à l'article précédent lui sont applicables. Il était même prévu dans la rédaction initiale de l'amendement, et avant l'adoption du sous-amendement de M. Saint-Paul, que le « régime administratif » des centres hospitaliers à vocation universitaire serait aussi fixé par décret.

Votre commission n'a pas compris que, compte tenu de la place prééminente qu'occupent, pour bien des raisons, les C. H. U. dans l'équipement sanitaire du pays, le texte législatif soit muet sur la composition de leurs conseils alors qu'il serait relativement explicite à propos des conseils des autres établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics (art. 26 *ter*).

Nous estimons que l'article 26 *ter* est applicable aux C. H. U. au même titre qu'aux autres établissements publics et qu'en conséquence l'article 26 *quater* n'a pas raison d'être, puisque le directeur de l'U. E. R. ou le président du comité de coordination ont leur place toute trouvée au sein du conseil comme « personnes qualifiées ».

Telles sont les raisons qui ont conduit à la suppression de l'article.

Art. 26 *quinquies*.

Votre commission a adopté la modification apportée par l'Assemblée Nationale à la rédaction du 6°, estimant que la référence au règlement intérieur répondait en réalité de façon suffisante à ses préoccupations quant aux compétences en ce domaine du Conseil d'administration.

Par contre, elle a estimé qu'il convenait d'explicitier la précision apportée par l'Assemblée Nationale au 8°, en visant les services de *clinique ouverte*, cette expression étant plus conforme à la terminologie en vigueur.

Pour le dernier alinéa de l'article, elle a adopté la rédaction votée par l'Assemblée Nationale qu'elle a estimé à la fois plus précise, dans la mesure où le problème de la compétence du directeur est mieux cerné que dans le texte initial, et plus satisfaisante en ce sens que les obligations du directeur, défini comme l'exécutif du conseil d'administration, sont fixées de façon à assurer une information plus régulière, plus méthodique et plus complète de ce dernier sur la marche générale des services et sur la *gestion de l'établissement*.

Art. 26 *sexies*.

Ce nouvel article voté par l'Assemblée Nationale et tout spécialement ses alinéas 2 et 4 ont fait l'objet d'une discussion très approfondie au sein de votre commission car ils posent en fait — et surtout le premier d'entre eux — un problème de philosophie politique tout à fait capital.

L'alinéa premier soulève entre autres, sans d'ailleurs la régler car elle semble relever, dans ses modalités tout au moins, du domaine réglementaire, la question fort importante du prix de journée des hôpitaux publics.

Depuis bien des années déjà le Sénat, comme d'autres assemblées et comme beaucoup d'organismes spécialisés se sont inquiétés de l'inadaptation croissante des principes présidant au calcul de ce prix aux nécessités d'une bonne politique de la santé.

Les critiques très vives qui sont faites contre le système du prix de journée sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de leur consacrer de longs développements. Nous rappellerons simplement, de façon énumérative, les principales. Le prix de journée :

— comporte des composantes dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles devraient en être exclues : dépenses d'enseignement, dépenses de recherche médicale et scientifique et, pour une part au moins, dépenses d'investissement ;

— constitue l'un des plus importants éléments parmi ceux qui s'opposent à une meilleure utilisation des équipements existants en freinant la rotation des malades puisqu'en définitive le prix de journée est d'autant moins élevé que plus de lits sont occupés par des malades peu onéreux ; il s'ensuit, sans aucun fondement légitime et sans aucun profit pour personne, un surcroît des charges nationales et individuelles puisque c'est essentiellement la Sécurité sociale, c'est-à-dire en fin de compte les assurés sociaux, qui font les frais de cette utilisation souvent critiquable.

Au surplus, la plupart des membres du Sénat qui, en leur qualité d'élus locaux, font partie des commissions administratives, savent que la gestion administrative et financière des hôpitaux est lourde, « tâtilonne », « paperassière » et accapare des énergies qui devraient et pourraient mieux s'employer.

Pour cet ensemble de raisons, votre commission n'a pas accueilli défavorablement le premier alinéa de l'article nouveau voté par l'Assemblée Nationale ; elle l'a fait sans enthousiasme exagéré car elle est, par expérience, devenue sceptique sur l'efficacité de dispositions prévoyant « dans le délai d'un an » l'aboutissement d'une réforme réglementaire ! Elle sait, au surplus, que le problème n'est pas simple et qu'on ne peut jamais être à l'avance assuré qu'un nouveau système, dont on sait peu encore, sera d'une qualité supérieure à celui qu'il remplace.

*

* *

Le deuxième alinéa fait apparaître la possibilité d'une réforme, par décret, « du mode de financement des équipements hospitaliers publics permettant, notamment, aux établissements de recourir aux capitaux privés, aux taux du marché, dans une limite compatible avec leurs possibilités financières ».

Après avoir très longuement réfléchi et discuté sur ces dispositions fondamentales, les membres de votre commission, unanimes, se sont prononcés en faveur de leur suppression. Nous pensons qu'il faut très minutieusement expliquer les motivations et les raisons de ce vote fondamental.

Celles-ci sont, en effet, de diverses natures.

Raisons de principe. — Ce sont celles auxquelles nous faisons allusion au début de ce commentaire : est-il normal de permettre, en quelque sorte, à l'État de se mettre dans la dépendance de milieux financiers qui, bien normalement, cherchent la rémunération de leur capital ? Est-ce, plus particulièrement, admissible quand il s'agit de ce service public essentiel qu'est celui de la maladie, qui doit rester moralement privilégié ? Votre commission ne le pense pas.

Est-il normal que la collectivité publique, la sécurité sociale et, une fois encore, en fin de compte, les assurés sociaux assurent la rémunération de ce capital, dont on ne voit pas comment elle pourrait ne pas avoir d'incidences, au titre des amortissements, sur le prix de journée actuel ou sur le système qui le remplacera ?

Votre commission ne le pense pas.

Raisons financières. — Elles sont, elles aussi, multiples. Tout d'abord, le marché financier n'est pas inépuisable ; à partir du moment où, dans des conditions sur lesquelles ce n'est sans doute pas le moment de rouvrir la discussion, l'État a déjà partiellement confié aux capitaux privés, déjà tellement sollicités, le soin de financer des équipements publics, tels que certains équipements routiers et les télécommunications, bon nombre de spécialistes autorisés redoutent les effets d'une dispersion excessive des efforts qui préjudicierait à chacune des actions entreprises.

Que faut-il exactement entendre, au surplus, par les « taux du marché » conçus sous l'angle des grands principes de la comptabilité publique, auxquels il est malgré tout permis d'espérer que les hôpitaux resteraient soumis ? Quelqu'un a-t-il, enfin, jamais conçu que les établissements hospitaliers pourraient recourir aux capitaux privés hors de la « limite compatible avec leurs possibilités financières », puisqu'il a semblé nécessaire de préciser qu'un tel recours devait rester à l'intérieur de cette limite ?

Précisément, cette restriction fait apparaître un autre vice fondamental du système prévu. Depuis bien des années déjà votre commission, avec beaucoup d'autres organismes, déplore l'exiguïté de ces possibilités financières par rapport aux besoins sanitaires du pays. Comment pourraient-elles de surcroît rémunérer le service rendu par des financiers ou groupes financiers prêteurs de capitaux ! Cette rémunération, au demeurant normale, s'il était fait appel à de tels capitaux, viendrait encore diminuer le volume des réalisations dont nous critiquons chaque année et presque chaque jour la faiblesse.

Car, pourquoi ne pas le dire, votre commission redoute, comme une quasi-certitude, l'un des effets seconds les plus néfastes de ce recours au capital privé : le désengagement de l'Etat, peut-être timide au début, mais inéluctablement progressif, en matière d'équipement sanitaire.

Nous noterons enfin qu'à deux reprises, au cours des débats de l'Assemblée Nationale, le Ministre de la Santé, qui avait par son amendement demandé la suppression du deuxième alinéa de l'article nouveau proposé, a opposé l'article 40 de la Constitution à l'amendement qui allait devenir cet alinéa que nous examinons, comme à celui qui allait devenir l'alinéa 4 ; la Commission des Finances a permis son adoption, son porte-parole faisant observer que l'article 40 ne paraissait « pas applicable à une disposition qui ne constitue guère autre chose qu'un programme ou une politique ». S'il s'agit d'un programme ou d'une politique, ceux-ci nous paraissent dangereux, et, s'il ne s'agit pas d'un programme ou d'une politique, les dispositions législatives prévues nous semblent également inquiétantes pour les raisons qui viennent d'être exposées. Votre commission unanime a donc voté la suppression de l'alinéa en cause.

Elle a, par contre, adopté le troisième alinéa qui prévoit l'association possible des chefs de service des établissements d'hospitalisation publics à la gestion de leur service et aux responsabilités qui en découlent ; ces médecins peuvent, en effet, apporter une collaboration fertile aux efforts entrepris pour rationaliser le fonctionnement de leur service et il est permis d'espérer que, par ce biais, ils seront à même d'exercer, dans de meilleures conditions, les fonctions d'ordonnateur des dépenses dont ils sont, en fait, investis.

Enfin, votre commission a rejeté le quatrième alinéa qui invite le Gouvernement à prendre par décret toutes mesures de nature à assurer une parité réelle de remboursement des actes médicaux quel que soit l'établissement dans lequel ils sont effectués, en tenant compte des charges particulières de chaque secteur.

La commission a été très sensible à l'argumentation développée à ce propos devant l'Assemblée Nationale par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale; celui-ci a, en effet, exprimé la crainte que la disposition proposée aille, par le jeu des règles sur la masse des honoraires, à l'encontre même du but poursuivi par ses auteurs, en ne réglant pas le problème de la distorsion existant entre le secteur public et le secteur privé, tout en accroissant celle qui existe entre les médecins à plein temps et leurs confrères à temps partiel.

Votre commission a estimé qu'il serait souhaitable de voir s'instituer, à égalité de compétence, de charges de toutes sortes et d'astreintes, une meilleure harmonisation — bien entendu dans le sens favorable, mais sans surcharge nouvelle pour la sécurité sociale, ce qui n'est pas évident à la lecture du texte étudié — des rémunérations dans les divers secteurs et à l'intérieur même de chacun d'eux; elle formule le vœu que les études en cours aboutissent rapidement mais n'a pas, pour autant, retenu la disposition votée par l'Assemblée Nationale.

Art. 26 septies.

Cet article a été supprimé puisque ses dispositions ont été reprises et étendues à l'article 3 bis nouveau dont votre commission vous a proposé l'adoption.

Art. 26 octies.

Le projet de loi initial prévoyait que, dans les établissements hospitaliers publics, une commission consultative médicale serait obligatoirement consultée sur le budget, les comptes, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux.

Le Sénat, désireux d'accélérer dans toute la mesure du possible la procédure législative, avait extrait d'un autre projet de loi, modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique,

un article instituant un comité technique qui serait « consulté obligatoirement sur *le fonctionnement* des services ». L'Assemblée Nationale a préféré faire référence à « *l'organisation* » des services. Votre commission vous propose de résoudre ce léger point de désaccord en associant les deux notions.

Art. 26 *nonies*.

Votre commission a adopté les ajustements auxquels a procédé l'Assemblée Nationale pour mieux préciser la place qui revient aux pharmaciens dans les structures hospitalières.

L'Assemblée Nationale a, par ailleurs, introduit dans cet article, après le 3° relatif aux diverses catégories de membres des professions de santé, deux alinéas imposant au Gouvernement l'obligation de fixer par décret, dans le délai d'un an, le statut des membres du personnel médical exerçant leur activité à temps partiel dans les hôpitaux ; il est précisé que « ce statut déterminera les titres, fonctions et rémunérations des intéressés, leurs conditions d'exercice, de promotion, les mesures transitoires et la protection sociale de ces personnels ».

Votre commission est trop persuadée des inconvénients du retard apporté à l'établissement de ces statuts, attendus depuis bien des années avec une impatience légitime par les intéressés, pour ne pas approuver dans leur esprit les amendements votés par l'Assemblée Nationale.

Elle vous propose, cependant, pour une double raison, la suppression de la partie finale du texte, relative à la protection sociale des personnels intéressés :

— une raison de droit : selon les règles constitutionnelles en vigueur, la protection sociale appartient au domaine législatif ;

— une raison de fait : une loi en cours d'élaboration a précisément pour objet de résoudre le problème du régime de protection sociale des intéressés.

Votre commission a adopté la modification, d'apparence rédactionnelle, apportée par l'Assemblée Nationale au septième alinéa pour remplacer la référence « au centre hospitalier » par celle « à l'établissement » ; elle l'a approuvée d'autant plus facilement qu'il convient de prévoir la situation des centres de convalescence, de

cure et de réadaptation qui, aux termes de l'article 3, ne sont pas des centres hospitaliers, et utilisent cependant les services de médecins à temps partiel.

Enfin, votre commission a remarqué que l'article L. 685 du Code de la santé publique renvoyait à un décret le soin de fixer le statut des médecins et biologistes des établissements de soins, qu'ils exercent à temps partiel ou qu'ils y consacrent toute leur activité professionnelle. Cet article du Code de la santé publique et les textes réglementaires pris pour son application ne pourront plus s'appliquer qu'aux personnels médicaux déjà nommés avant la promulgation de la présente loi. Les nouveaux nommés bénéficieront du nouveau statut issu du décret prévu par l'article 26 *novies* que nous examinons.

Art. 26 *decies*.

Cet article résulte d'un amendement au projet de loi initial adopté par le Sénat, à la demande de notre collègue M. Taittinger, pour permettre, en particulier, au personnel médical du Centre ophtalmologique des Quinze-Vingts de sortir de l'isolement anormal dans lequel il se trouve et dont il souffre, cette situation n'ayant d'autre justification que le statut d'établissement national de bienfaisance dont « bénéficie » l'hôpital en question.

Mais M. le Président et M. le rapporteur de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale ont fait valoir que la procédure de la liste d'aptitude n'était pas appropriée, puisqu'elle s'applique au recrutement de jeunes maîtres de conférences agrégés, alors que l'intégration des personnels hospitaliers et universitaires en fonctions au moment de l'introduction de la réforme hospitalière a été prononcée après avis d'une commission nationale d'intégration.

Au surplus, la procédure de l'inscription sur une liste d'aptitude n'est ouverte qu'aux personnes âgées de moins de quarante-cinq ans, alors que tous les membres du personnel médical concernés ont dépassé cet âge et ne pourraient de ce fait bénéficier de la légitime mesure prévue pour eux.

Votre commission a donc adopté les aménagements apportés par l'Assemblée Nationale au texte de cet article.

Article 26 *undecies*.

Nous voyons reparaître sous cette nouvelle numérotation l'article 10 dit de « la blouse à l'hôpital » qui avait longuement retenu l'attention de votre commission en première lecture. Considérant d'une part l'intérêt psychologique que cette innovation pourrait présenter pour les malades, les avantages pour le médecin hospitalier et pour le médecin de ville d'une meilleure connaissance réciproque et d'un enrichissement de leur information et de leur formation respectives, d'autre part, les risques de conflits délicats entre l'un et l'autre à propos du traitement et des responsabilités éventuellement encourues, votre commission avait adopté une formule quelque peu hybride, manifestant son manque d'enthousiasme pour une disposition, à son sens, lourde de périls. Elle avait prévu que cette participation s'exercerait bénévolement.

L'Assemblée Nationale a, semble-t-il, voulu être à la fois plus prudente et plus audacieuse, en supprimant la clause du bénévolat et en ne précisant plus, même grammaticalement ce que les médecins et sages-femmes sont « admis » ... à faire dans les services d'hospitalisation.

Votre commission a marqué sa préférence pour un retour au texte qu'elle avait proposé ; elle a, en outre, accepté l'adjonction d'un nouvel alinéa adopté par l'Assemblée Nationale pour préciser que les praticiens seront tenus informés des soins qui auront été dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation.

Cette disposition lui a semblé opportune en ce sens que l'information *a posteriori* permet — sans aucun risque quant aux responsabilités — de conserver l'avantage le plus important de ceux que pouvait comporter l'institution de dossiers individuels de santé, en regard d'inconvénients tels que sa suppression a été décidée par l'Assemblée Nationale et retenue par votre commission.

Article 26 *duodecies*.

Ce nouvel article introduit dans le projet de loi, sur la proposition de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, procède du même esprit que le nouvel alinéa 2 de l'article 26 *undecies* qui vient d'être commenté et justifié.

Votre Commission des Affaires sociales l'a accueilli favorablement dans la mesure où il extrait, pour la conserver, la meilleure partie des dispositions sur les dossiers individuels de santé, si contestables, pour le reste, qu'elles ont été finalement supprimées par l'Assemblée Nationale et que votre commission s'est ralliée à cette position.

Art. 26 *tredecies*.

Cet article comporte des dispositions qui sont, pour l'essentiel, la reprise du texte de l'article 2 du projet de loi (Sénat n° 79, session 1970-1971) modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique.

Il s'agit de la modification de l'article L. 578 de ce code, relatif aux pharmacies hospitalières.

Votre commission en a adopté le principe, se contentant d'adopter un amendement d'ordre rédactionnel portant sur la terminologie applicable aux établissements hospitaliers privés.

Art. 29.

Cet article est relatif :

— d'une part, aux conditions d'octroi de l'autorisation de création ou d'extension d'un établissement ou d'installation d'équipements matériels lourds et, par voie de conséquence, de l'autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux ;

— d'autre part aux conditions de refus ou de retrait de cette autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Le Sénat avait adopté sans modification, en ce qui concerne l'autorisation, les conditions prévues par le projet de loi. L'Assemblée Nationale a cru devoir restreindre la faculté de subordonner l'autorisation aux conditions particulières déjà prévues « dans l'intérêt de la santé publique » en substituant à ces conditions particulières celles qui devront avoir été « inscrites dans la carte sanitaire ».

Votre commission a estimé qu'il ne convenait pas d'étendre, au risque d'en alourdir l'établissement et d'en diminuer l'efficacité, le nombre des éléments que devra comporter la carte sani-

taire. Préférant se limiter à la mission confiée à ce document par l'article 40 du projet de loi, elle est revenue, pour l'article 29, au texte initial de celui-ci.

Elle a cependant admis bien volontiers, après l'Assemblée Nationale, qu'il y avait lieu de réparer l'oubli d'une référence à un éventuel engagement de conclure un contrat de concession.

En ce qui concerne l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, l'Assemblée Nationale a maintenu la possibilité de son refus mais reporté à l'article 32 celle de son retrait. Elle a prévu une référence à des normes fixées par décret en Conseil d'Etat pour déterminer le caractère excessif des prix prévus pour le fonctionnement du service.

Votre commission vous propose un second amendement à cet article afin de laisser à de simples textes réglementaires le soin de définir les critères à retenir.

Art. 30.

Cet article définit les instances habilitées à se prononcer sur les demandes d'autorisation visées à l'article 27 (le préfet de région après avis d'une commission régionale de l'hospitalisation et dans certains cas, le ministre après avis d'une commission nationale).

Le ministre et la commission nationale interviennent en premier et dernier ressort pour les établissements, catégories ou groupes d'établissements répondant à des besoins nationaux ou plurirégionaux ; ils interviennent sur recours dans les autres cas.

Il a semblé nécessaire à votre commission d'indiquer que ce recours a un caractère suspensif.

Le dernier alinéa fixe la composition de la commission nationale et des commissions régionales ; le projet de loi initial et le texte adopté par le Sénat en première lecture prévoyaient que la représentation des médecins serait assurée par un représentant du Conseil de l'ordre ; l'Assemblée a substitué à ce représentant ceux des syndicats médicaux les plus représentatifs.

Votre commission a marqué sa préférence, en cette matière, pour un retour aux dispositions originaires.

Art. 32.

Cet article ne comporte pas une disposition pénale au sens propre du mot, mais s'apparente quelque peu à ce domaine dans la mesure où, à des infractions administratives, correspondent les sévères sanctions administratives que constituent le retrait ou la suspension d'autorisation. C'est la raison pour laquelle le Sénat et l'Assemblée ont tour à tour veillé très attentivement à donner aux dirigeants des établissements les plus grandes garanties contre une décision arbitraire ou mal fondée.

Le Sénat avait précisé le texte initial du projet de loi en indiquant que les infractions en cause, constatées dans l'établissement, devaient entraîner la responsabilité de celui-ci ; l'Assemblée Nationale a pris la précaution supplémentaire qui consiste à préciser que les infractions doivent être « du fait » de l'établissement.

Votre commission a accepté cette modification. Elle a, de plus apporté un aménagement rédactionnel à son premier texte en opérant la distinction qui s'impose entre la responsabilité civile de l'établissement et la responsabilité pénale de ses dirigeants.

Ainsi, les garanties offertes contre une application abusive de l'article semblent-elles très grandes.

Par ailleurs, il a paru possible et souhaitable de supprimer, à l'avant-dernier alinéa, la référence à l'article 29, pour les mêmes raisons que celles qui ont été exposées à propos du dernier amendement à cet article.

Art. 33.

Cet article prévoit la possibilité d'édicter, en cas d'urgence et par décision préfectorale, la suspension d'autorisation.

Le Sénat avait prévu, s'agissant de la sécurité des malades, une procédure assez complète et complexe, à laquelle l'Assemblée Nationale a préféré un texte plus simple qui offre cependant des garanties sérieuses aux parties intéressées et qui s'apparente d'ailleurs au système retenu, en matière de transports sanitaires, par l'article L. 51-2 du Code de la santé publique (loi du 10 juillet 1970), à la demande du Sénat.

Votre commission a donc accepté la nouvelle rédaction proposée par l'Assemblée Nationale.

Art. 34.

Cet article fixe les peines applicables aux personnes qui ouvrent ou gèrent un établissement sanitaire ou installent un équipement matériel lourd sans autorisation.

L'Assemblée Nationale a supprimé la peine de un à six mois d'emprisonnement prévue par le Gouvernement dans son texte initial et retenue par le Sénat en première lecture, en portant de 2.000 à 5.000 F le montant minimum de l'amende.

Votre commission a accepté cette modification du premier alinéa, en assortissant sa décision d'un amendement, d'ordre purement rédactionnel, à l'alinéa 2.

L'Assemblée Nationale avait également supprimé la possibilité pour le tribunal de prononcer la confiscation des équipements installés sans autorisation. Votre commission accepte cette atténuation des sanctions dans le cas d'une première infraction ; mais, en présence de la possibilité de voir certains établissements accepter le risque d'amendes répétées compensées par l'utilisation rentable de certains équipements non autorisés, elle a adopté un amendement prévoyant l'éventualité de confiscation dans le cas de récidive.

Art. 35.

Cet article est relatif à la comptabilité des établissements d'hospitalisation privés.

Le Sénat, suivant en cela le projet gouvernemental, avait envisagé que cette comptabilité devrait être tenue en conformité avec les dispositions du Plan comptable général. Mais il n'avait pas accepté que les établissements privés soient mis dans l'obligation de communiquer leur comptabilité aux organismes d'assurance maladie, sur simple demande de ceux-ci. Nous avons considéré que cette communication n'avait lieu d'être que lors de la conclusion des conventions entre les organismes de sécurité sociale et les établissements privés.

L'Assemblée Nationale n'a pas voulu faire obligation de tenir la comptabilité selon le Plan comptable général. Elle a limité à « celle des administrations qui est habilitée à donner son accord sur la détermination du prix de journée » le droit de demander la communication de la comptabilité, cette communication devant se faire sur place.

L'amendement que vous propose votre commission — qui n'est que le retour au texte voté par le Sénat en première lecture — tend :

— à maintenir l'obligation pour les établissements privés de se conformer au Plan comptable général, ceci afin qu'il y ait homogénéité dans les présentations et possibilités d'apprécier à partir d'éléments comparables ;

— à ne pas obliger les représentants du service public à se déplacer pour aller prendre connaissance des comptabilités dans les locaux des établissements privés ;

— à préciser que ce sont seulement les administrations de la Santé publique et de la Sécurité sociale qui ont le droit de demander cette communication de comptabilité. En effet, la rédaction retenue par l'Assemblée Nationale pourrait facilement être détournée de son objectif si l'on considère que, dans un département, le Préfet représente l'ensemble des administrations.

Art. 36.

Cet article, dans la présentation que lui a donnée l'Assemblée Nationale, prévoit les conditions dans lesquelles les établissements d'hospitalisation privés seront admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Votre commission vous propose trois amendements :

— Le premier, apparemment formel, pour remplacer l'expression « les établissements d'hospitalisation privés participent, sur leur demande, au S. P. H. » par « les établissements d'hospitalisation privés peuvent participer, sur leur demande, au S. P. H. ». Nous n'avons pas considéré que cette possibilité de participation puisse être un droit absolu pour les établissements privés. Il faut, en effet, qu'ils remplissent un certain nombre de conditions et que la puissance publique accepte cette participation.

Les règles fondamentales du droit public imposent cette conception. Le dernier alinéa de l'article, qui prévoit que la liste des établissements remplissent les conditions exigées est établie par décret, en est une confirmation. Lors du débat à l'Assemblée Nationale, le Ministre de la Santé publique a judicieusement rappelé ce qui peut

paraître une « lapalissade », mais qui plus encore en droit public qu'en droit privé est essentiel : « Encore faut-il que cette demande de participation soit acceptée car, pour se mettre d'accord, il faut être deux ».

— Le second, pour que les obligations de service, de même nature, imposées aux établissements publics et privés participant au S. P. H., soient celles résultant des dispositions législatives et réglementaires en vigueur au jour de la demande. Votre commission a préféré revenir à cette formule, déjà adoptée par le Sénat, plutôt que de se rallier à celle de l'Assemblée Nationale qui a l'inconvénient de figer ces obligations en les limitant à celles seules résultant des articles premier et 2 du présent projet. Comment refuser aujourd'hui aux règlements — et nous sommes hélas dans un domaine essentiellement réglementaire — et *a fortiori* à la loi — la possibilité de faire évoluer une situation juridique ?

— Le troisième, pour rappeler que nous n'entendons pas imposer aux établissements mutualistes qui voudront s'associer au S. P. H. l'obligation de recevoir des malades qui ne soient pas les adhérents cotisants de leur organisme gestionnaire.

Art. 37.

Cet article concerne les établissements privés à but non lucratif. Nous l'avons retenu dans la forme que lui a donnée l'Assemblée Nationale, à l'exception de deux modifications que nous vous demandons d'y apporter :

— l'une formelle faisant disparaître la terminologie d'établissements d'hospitalisation « privés à but lucratif » en utilisant la référence au 2° de l'article 2 du présent projet ;

— l'autre supprimant l'alinéa qui prévoit que les dépenses de fonctionnement de ces établissements doivent être couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements publics. En première lecture, le Sénat avait déjà rejeté cette disposition, qui figurait, alors, à l'article 36 du projet gouvernemental, estimant que tant que le système du prix de journée reste la pratique légale des établissements publics, il n'est pas nécessaire d'aligner obligatoirement les établissements à but non lucratif sur une formule aussi critiquée.

Art. 38.

Cet article a trait aux contrats de concession.

Votre commission vous propose de reprendre le texte de l'Assemblée Nationale sous réserve d'une modification rédactionnelle à l'alinéa premier. En effet, plutôt que la formule « les établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux visés à l'article 37 » nous préférons expliciter qu'il s'agit des établissements privés sans but lucratif qui n'auront pas demandé à faire partie du S. P. H., comme ils en ont de plein droit la possibilité, et des établissements privés à but lucratif, terminologie habituelle mais qui disparaît par la référence aux 2° et 3° de l'article 2 du présent projet.

Nous nous sommes félicités de l'inclusion par l'Assemblée Nationale d'une phrase, au quatrième alinéa, disposant que l'établissement concessionnaire conserve son individualité et son statut propre pour tout ce qui concerne sa gestion.

Art. 39.

Cet article ouvre aux établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux qui assurent le S. P. H., la possibilité de conclure des accords d'association. Suivant en cela le projet gouvernemental, le Sénat avait retenu que ces accords devaient se rapporter à un objectif déterminé. L'Assemblée Nationale a, à juste titre, trouvé la formule trop étroite. Mais sa suppression pure et simple nous a paru présenter, elle aussi, des inconvénients. Aussi, vous proposons-nous de prévoir que ces contrats pourront être conclus « pour un ou plusieurs objectifs déterminés ».

Art. 40.

Cet article, l'un des plus importants du projet de loi, traite de l'établissement de la carte sanitaire de la France.

L'Assemblée Nationale en a amendé le dernier alinéa en demandant que cette carte sanitaire soit obligatoirement révisée non pas « avant l'adoption » mais « lors de l'élaboration » de chaque plan de modernisation et d'équipement.

Nous vous demandons d'accepter cette modification.

Art. 42.

Cet article permet une approche de la définition des « équipements matériels lourds » au sens de la présente loi. Le Sénat, suivant en cela le projet gouvernemental, avait retenu qu'il devait s'agir d'équipements mobiliers utilisables seulement :

- soit dans des conditions d'installation particulières ;
- soit par des personnels spécialisés.

L'Assemblée Nationale a préféré faire référence à des « conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux ».

Nous nous sommes ralliés à cette formule.

Art. 45.

L'Assemblée Nationale a, nous l'avons vu, préféré transférer à l'article 2, c'est-à-dire à l'article énumérant les composantes éventuelles du service public hospitalier, l'alinéa prévoyant qu'un décret fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier. Cette modification nous a paru parfaitement justifiée.

Art. 46.

L'Assemblée Nationale n'a apporté, à cet article, qu'une modification de forme qui n'appelle aucune observation de notre part.

Art. 47.

A cet article, relatif au statut provisoire des établissements à caractère social, l'Assemblée Nationale a ajouté un alinéa précisant que les maisons de retraite détachées de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris et celles fonctionnant comme services non personnalisés de la ville-département de Paris seront rattachées par décret au bureau d'aide sociale de Paris. Il semble ne s'agir que de la régularisation d'une situation de fait. Nous nous y sommes volontiers ralliés.

Art. 48.

Le Sénat avait adopté, pour cet article, la rédaction du projet de loi. L'Assemblée Nationale, judicieusement, a explicité la notion de « formation des personnels » en indiquant qu'il s'agissait des

médecins, des pharmaciens et des personnels para-médicaux. Mais, si les notions de « personnels hospitaliers » ou de « personnels médicaux » englobent les dentistes, il n'en va pas de même du terme « médecins ».

Votre commission a donc, simplement, ajouté la référence aux odontologistes.

Telles sont les conditions dans lesquelles votre Commission des Affaires sociales vous demande de modifier le texte voté par l'Assemblée Nationale en adoptant les amendements qui sont présentés à partir de la page 47 du tome II de ce rapport.