

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1983-1984

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 décembre 1983.

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ AVEC MODIFICATIONS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN DEUXIÈME LECTURE, portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.*

par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

---

(1) *Cette Commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, président ; Bernard Lemarié, Victor Robini, Jean Chérioux, Robert Schwint, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roger Lise, Hector Viron, Mme Cécile Goldet, secrétaires ; MM. Jean Amelin, Pierre Bastié, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Paul Bénard, Jean Béranger, Guy Besse, André Bohl, Charles Bonifay, Jean Boyer, Louis Boyer, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Henri Collard, Georges Dagonis, Marcel Debarge, Franz Duboscq, Marcel Gargar, Claude Huriet, Roger Husson, André Jouany, Paul Kaus, Louis Lazuech, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, André Méric, Michel Moreigne, Arthur Moulin, Marc Plantegenest, Raymond Poirier, Henri Portier, André Rabineau, Gérard Roujas, Olivier Roux, Edouard Soldani, Paul Souffrin, Louis Souvet, Georges Treille.*

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7<sup>e</sup> législ.) : 1<sup>re</sup> lecture : 1722, 1732 et in-8° 452.

2<sup>e</sup> lecture : 1821, 1837 et in-8° 496.

Sénat : 1<sup>re</sup> lecture : 9, 51 et in-8° 25 (1983-1984).

2<sup>e</sup> lecture : 96 (1983-1984).

---

Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure.

## SOMMAIRE

	Pages
<b>Avant-propos :</b>	
Des points de divergence irréductibles ; la recherche de l'efficacité sur certains articles .....	3
<b>I. — La coopération interhospitalière .....</b>	<b>5</b>
<i>Examen des articles :</i>	
— Article premier. — Syndicats interhospitaliers .....	6
— Article 2. — Abrogations diverses .....	7
— Article 3. — Suppression .....	7
<b>II. — La départementalisation .....</b>	<b>9</b>
<i>Examen des articles :</i>	
— Article 4. — Modification de l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970 ..	10
— Article 4 bis. — Des services .....	10
— Article 5. — Des départements .....	11
— Article 5 bis. — Départements d'activités médicales associées .....	12
— Article 5 ter. — Départements de gestion commune .....	12
— Article 5 quater. — Champ d'application de la départementalisation ....	12
— Article 6. — Conséquences de la disparition de la notion de service - Suppression de l'article .....	13
— Article 13. — Dispositions transitoires .....	13
— Article additionnel. — Avenir de la départementalisation .....	14
<b>III. — Les compétences des instances de décision de l'hôpital et la tutelle .....</b>	<b>15</b>
<i>Examen des articles :</i>	
— Article 7. — Compétences du conseil d'administration et modalités d'exer- cice de la tutelle .....	16
— Article 8. — Compétences du directeur .....	19
— Article 11. — Tutelle sur les établissements privés d'hospitalisation ....	18
— Article 12. — Approbation des marchés .....	18
<b>IV. — Les compétences des instances de consultation de l'hôpital .....</b>	<b>21</b>
<i>Examen de l'article .....</i>	<i>22</i>
— Article 10. — Instances consultatives de l'hôpital .....	22
<b>V. — Forfait journalier .....</b>	<b>23</b>
<i>Examen de l'article .....</i>	<i>23</i>
— Article 14. — Forfait journalier .....	23
<b>Conclusions de la Commission .....</b>	<b>25</b>
<b>Tableau comparatif .....</b>	<b>26</b>

**MESDAMES, MESSIEURS,**

Le projet de loi portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier a été examiné, en seconde lecture, par l'Assemblée nationale, le 2 décembre dernier.

Sur les points essentiels, le texte qui nous revient du Palais-Bourbon ne diffère pas fondamentalement de celui que notre Haute Assemblée avait examiné en première lecture.

Un accord ne semble jusqu'à présent possible que sur deux points : la nouvelle législation applicable aux syndicats interhospitaliers et la définition de l'autorité des directeurs d'établissement. D'autres modifications mineures adoptées par notre Assemblée ont également été retenues, totalement ou partiellement, par les députés, qui n'auront pas rendu la navette totalement inutile.

En revanche, aucun rapprochement des thèses de chacune des deux Assemblées n'apparaît possible à ce stade de la procédure sur la départementalisation. Cependant, les députés ont fait droit à certaines dispositions adoptées par le Sénat et, pour n'avoir pas repris l'ensemble du texte retenu par ce dernier, les ont intégrées dans leur propre dispositif, qu'il s'agisse de la reconnaissance du rôle des cadres infirmiers ou de celui des sages-femmes.

Votre Commission a recherché, en ce qui concerne la répartition des compétences au sein de l'hôpital, à définir, par souci d'efficacité, la voie d'un accord ultérieur.

En somme, le travail parlementaire aura permis, sur certains points, une amélioration du texte de la loi, mais, sur l'essentiel, les conceptions politiques des deux Assemblées restent difficilement conciliables.

Le Rapporteur de l'Assemblée nationale a voulu, au-delà de ce qu'il veut bien considérer comme le résultat de la « naturelle divergence politique » entre les majorités respectives des deux chambres du Parlement, stigmatiser les « faux procès » dressés par votre Rapporteur à l'encontre du projet de loi. Il convient cependant d'écarter certaines affirmations de M. Bartolone qui se situent plus sûrement au-delà de « la naturelle divergence ».

D'abord, pour avoir souligné l'intérêt des expérimentations de la départementalisation engagée par certains établissements au cours des

dernières années, votre Rapporteur ne saurait provoquer ni le sourire, ni le courroux de leurs promoteurs. Il a simplement voulu inciter l'ensemble du personnel médical hospitalier à s'engager dans cette voie, d'une manière volontaire, pragmatique et progressive, selon un cadre législatif souple qui renforce en même temps la concertation à l'intérieur de l'hôpital. Il souhaite que le Rapporteur de l'Assemblée nationale lui en donne acte.

De la même manière, à chaque fois qu'il a été possible, votre Rapporteur et le Sénat avec lui ont souhaité réduire les conflits ; l'accord acquis sur les syndicats interhospitaliers et l'autorité du directeur traduisent clairement cette volonté.

Si certains propos ont pu paraître à certains se situer au-delà des intentions du Ministre, elles ont permis une utile mise au point, dont il conviendra, pour chacune des parties, de se souvenir à l'occasion de l'examen des textes ultérieurs qui devront intervenir en matière hospitalière.

Au-delà de ces considérations générales, votre Rapporteur vous propose d'examiner le dispositif adopté par l'Assemblée nationale en seconde lecture ainsi que les amendements de votre Commission en analysant successivement :

- la coopération hospitalière (art. premier à 3),
- la départementalisation (art. 4 à 6 et art. 13),
- les compétences des instances de direction de l'hôpital et la tutelle (art. 7, 8, 11 et 12),
- les compétences des instances de consultation de l'hôpital (art. 10),
- les dispositions diverses.

## I. — LA COOPÉRATION INTERHOSPITALIÈRE

Les articles premier à 3 tendent à réformer les règles de création et de fonctionnement des syndicats interhospitaliers afin de renforcer l'efficacité de la coopération interhospitalière. Les deux Assemblées ont accepté de s'engager, avec le Gouvernement, dans cette démarche.

Le Sénat avait, en première lecture, souscrit à ce dispositif, sous la réserve d'une présentation nouvelle destinée à regrouper, au sein d'une section autonome de la loi du 31 décembre 1970, l'ensemble des dispositions relatives aux syndicats interhospitaliers.

L'Assemblée nationale a accepté le texte adopté par le Sénat en l'améliorant encore par trois modifications heureuses de forme et, sur le fond, par l'ajout d'un article nouveau relatif à la participation aux syndicats interhospitaliers des établissements privés de moyens d'hospitalisation.

Votre Rapporteur vous demande de vous reporter à l'examen des articles pour une analyse plus détaillée des articles premier, 2 et 3, qu'il vous propose d'adopter sans les modifier.

Il tient toutefois, au préalable, à formuler trois observations.

S'agissant d'abord de l'interprétation qu'avait donné votre Rapporteur de la décision du Conseil constitutionnel sur la loi de démocratisation du secteur public, le Rapporteur de l'Assemblée nationale a voulu considéré que le législateur ne saurait intervenir dans la détermination de la composition des conseils d'administration des établissements publics que dans la seule hypothèse d'une représentation du personnel supérieure au tiers des membres dudit conseil.

Un examen plus attentif de la décision du Conseil constitutionnel lui aurait sûrement permis de constater que, s'agissant de l'article 4 de la loi soumise à l'examen de la haute juridiction, cette dernière a refusé de laisser au Gouvernement le pouvoir discrétionnaire de fixer la représentation des salariés dans des établissements publics qui, pour comporter certes une majorité de salariés soumis à un statut de droit privé, n'en peuvent pas moins compter des agents de droit public. En outre, la réflexion de votre Rapporteur valait, plus que pour la composition des conseils des syndicats interhospitaliers, pour celle des conseils des établissements eux-mêmes, dont la rumeur venue jusqu'à lui, a pu lui laisser penser qu'elle serait prochainement remise en cause.

S'agissant, d'autre part, des inquiétudes exprimées par votre Rapporteur, elles ont été sensiblement déformées par son homologue à l'Assemblée nationale :

— le risque de transfert financier de l'Etat vers les régions de la charge de la dépense hospitalière ne résulte pas du seul maintien des groupements interhospitaliers, dont chacun sait que le sort sera réglé par la prochaine loi relative à la planification sanitaire. Il résulte bien plus sûrement d'une proposition contenue dans la deuxième loi de Plan qui stipule que « un débat devra s'engager sur une régionalisation de la maîtrise des dépenses de santé » ;

— le risque de « nationalisation rampante » souligné par votre Rapporteur, que le Ministre a utilement rassuré, résulte de l'analyse des intentions exprimées par M. Ralite, toujours à l'ordre du jour, et qui laissaient supposer la création prochaine de groupements d'intérêt public associant secteurs hospitaliers privé et public ;

— l'évocation du risque d'émergence de la notion nouvelle de secteur national de la santé résultait de la précédente réflexion.

## EXAMEN DES ARTICLES

### *Article premier.*

#### **Syndicats interhospitaliers.**

L'Assemblée nationale a approuvé l'économie du dispositif adopté par votre Haute Assemblée sous la réserve de deux modifications de forme :

— à l'article 14-1, elle a souhaité, afin d'éviter toute ambiguïté, indiquer qu'un syndicat peut être créé à l'initiative de deux ou plusieurs établissements. Votre Rapporteur maintient que, dans son acception la plus pure, le terme « plusieurs » signifie bien « plus d'un ». Le Rapporteur de l'Assemblée nationale le reconnaît ; défendant toutefois l'usage courant de ce terme et appelant à son secours les meilleurs auteurs, il a aisément convaincu votre Rapporteur qui vous suggère d'accepter cette modification ;

— à l'article 14-2, l'Assemblée nationale a retenu un amendement purement rédactionnel, au demeurant parfaitement justifié, que votre Rapporteur vous suggère également d'adopter.

A ces modifications formelles, l'Assemblée nationale a ajouté un amendement plus conséquent tendant à insérer un nouvel arti-

cle 14-6. Le regroupement de l'ensemble des dispositions relatives aux syndicats interhospitaliers justifiait notamment, à l'article 14 de la loi du 31 décembre 1970, la suppression de toute référence aux syndicats interhospitaliers. Toutefois, une telle suppression avait pour conséquence de ne plus permettre aux établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation de participer à un syndicat interhospitalier. Or, le maintien d'une telle faculté apparaît nécessaire au moment où chacun s'accorde sur la nécessité de développer les alternatives à l'hospitalisation. L'Assemblée nationale a donc fort utilement rétabli cette faculté et votre Rapporteur vous suggère donc, en conséquence, de retenir l'article 14-6.

En somme, compte tenu de ses observations, votre Rapporteur vous demande d'adopter l'article premier sans le modifier.

### *Article 2.*

#### **Abrogations diverses.**

L'Assemblée nationale a, sur cet article, corrigé une erreur matérielle qui s'était glissée dans le texte adopté par le Sénat. Votre Rapporteur vous propose donc d'adopter cet article sans le modifier.

### *Article 3.*

#### **Suppression.**

L'Assemblée nationale, ayant suivi le Sénat à l'article 2, a donc, de la même manière que notre Haute Assemblée, supprimé l'article 3.

## II. — LA DÉPARTEMENTALISATION

S'il est une partie du dispositif sur laquelle tout accord apparaît désormais impossible entre les deux Assemblées, c'est bien celle qui est relative à la départementalisation des hôpitaux. Le Rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a, très naturellement, à cette occasion, mis en cause les analyses de votre Commission. La seconde lecture ne doit pas être l'occasion de réouvrir l'ensemble du débat et votre Rapporteur s'en tiendra, à cet égard, à deux remarques.

D'une part, au contraire de ce que prétend le rapport présenté à l'Assemblée nationale, le département, dans la forme défendue par le Sénat, n'a pas « perdu sa consistance ». M. Bartolone a rappelé les nombreuses expérimentations développées au cours des dernières années et en a souligné l'intérêt. Le texte adopté par le Sénat n'est rien d'autre que la leçon tirée par le législateur de ces expérimentations et tout particulièrement de celles qui ont été développées à l'Assistance publique de Paris.

D'autre part, le schéma retenu par notre Haute Assemblée ne traduit pas une conception « fixiste » de l'hôpital :

— si les services sont maintenus, les chefs de service ne sont plus inamovibles. Le texte adopté par le Sénat exprime donc sa double volonté d'éliminer les effets regrettables du « mandarinat » et de respecter la hiérarchie du savoir ;

— le service est, avec le département, le lieu d'un dialogue constant entre les responsables médicaux et leurs personnels ;

— le rôle des cadres infirmiers et des sages-femmes est pleinement reconnu ;

— l'article 13, dans le texte adopté par le Sénat, ouvre la voie, dans un délai de cinq ans, à une extension de la structure départementale.

Notre Haute Assemblée a donc voulu permettre un authentique progrès de l'organisation hospitalière, à travers un dispositif pragmatique, qui respecte la volonté du corps médical. La réforme de la médecine hospitalière ne saurait se faire contre les médecins



L'Assemblée nationale a d'ailleurs, sur deux points, répondu aux préoccupations sénatoriales. Elle a, d'une part, accepté d'inscrire dans la loi que le chef de département est assisté par un cadre infirmier, nommé par le directeur, sur la proposition du responsable infirmier de l'établissement. Elle a, d'autre part, ajouté les sages-femmes au collège électoral constitué pour l'élection des chefs de département, selon des modalités définies par voie réglementaire.

Toutefois, les députés ont maintenu le principe de l'élection et n'ont pas voulu préciser la durée du mandat et les conditions du renouvellement des chefs de département. Quant au délai de mise en œuvre de la réforme, le Gouvernement a vainement tenté de le porter à cinq ans. Le texte qui nous vient du Palais-Bourbon comporte donc toujours un délai d'application de trois ans, à l'évidence insuffisant.

Telles sont les raisons pour lesquelles votre Commission ne saurait, dans l'instant, accepter de rechercher avec l'Assemblée nationale, une conciliation qui apparaît impossible, tant les conceptions des deux chambres sont divergentes.

Elle vous propose donc de reprendre, purement et simplement, le texte que vous aviez retenu en première lecture.

## EXAMEN DES ARTICLES

### *Article 4.*

#### **Modification de l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970.**

L'Assemblée nationale a adopté l'article 4 sans le modifier. Cet article supprime le troisième alinéa de l'article 23 de la loi de 1970, qui remettait au décret le soin de définir les conditions de la participation des chefs de service à la gestion de l'établissement et à l'élaboration de son budget.

### *Article 4 bis.*

#### **Des services.**

Votre Commission vous propose de rétablir l'article 4 *bis* dans la rédaction que vous aviez retenue en première lecture.

Cet article rappelle d'abord que, pour l'accomplissement de leur mission, les établissements publics hospitaliers sont organisés en services.

Il précise ensuite que le fonctionnement médical du service est placé sous la direction technique d'un chef de service, nommé pour six ans par le ministre chargé de la Santé, sauf opposition exprimée par le conseil d'administration sur l'avis conforme de la commission médicale consultative et, s'agissant des C.H.U., du conseil d'unité de formation et de recherche.

Il indique, en outre, les conditions de la participation du chef de service à l'élaboration du programme et du budget de l'établissement et confie audit chef de service le soin d'élaborer un rapport sur l'activité de son unité de soins, qui est transmis à la commission médicale consultative.

Il définit enfin les rapports qui s'établissent entre le chef de service et son personnel. Le chef de service est assisté par un cadre infirmier ou, le cas échéant, par une sage-femme, nommés par le directeur, sur la proposition de leurs responsables hiérarchiques dans l'établissement. Un comité de gestion, composé des praticiens, des cadres infirmiers et, le cas échéant, de sages-femmes, est consulté au moins une fois par trimestre par le chef de service sur le fonctionnement du service. Le personnel est réuni en assemblée générale au moins une fois par an, en vue d'orienter le chef de service dans la définition des prévisions d'activité et de moyens afférentes à l'unité de soins.

#### *Article 5.*

#### **Des départements.**

Votre Commission vous propose de rétablir l'article 5 dans la rédaction que vous aviez retenue en première lecture.

Cet article prévoit qu'à l'initiative des chefs de service intéressés, il peut être constitué des départements, associant les services en vue d'une activité médicale ou d'une gestion communes.

La création du département est décidée par le conseil d'administration, sur l'avis de la commission médicale consultative.

Les activités du département sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur, choisi par les chefs de service et assisté par un cadre infirmier, ou, le cas échéant, par une sage-femme.

L'article 5 précise enfin que le coordonnateur représente le département.

*Article 5 bis.*

**Départements d'activités médicales associées.**

Votre Commission vous propose de rétablir l'article 5 *bis* dans la rédaction que vous aviez retenue en première lecture. Cet article prévoit l'organisation de la forme « légère » de département, dite « d'activités médicales associées ».

Dans cette hypothèse, le coordonnateur est chargé de définir une stratégie thérapeutique et d'organiser les moyens nécessaires à sa réalisation.

Il rend compte de son activité au comité de coordination, composé des chefs de services et du cadre infirmier ou, le cas échéant, de la sage-femme, placé auprès de lui.

*Article 5 ter.*

**Départements de gestion commune.**

Votre Commission vous propose de rétablir l'article 5 *ter* dans le texte que vous aviez retenu en première lecture.

Cet article définit les départements de gestion commune, qui conduisent à une intégration plus poussée des services.

Dans cette hypothèse, le coordonnateur du département participe au lieu et place des chefs de services, à l'élaboration du programme et du budget de l'établissement. Il est assisté d'un comité permanent de gestion composé des chefs de service intéressés et du cadre infirmier ou, le cas échéant, de la sage-femme, placé auprès de lui.

En outre, un conseil de département est institué qui, se substituant aux comités de gestion des services, ajoute aux membres du comité permanent de gestion des praticiens titulaires du département et des représentants des praticiens non titulaires et du personnel infirmier. Le conseil est consulté sur la définition des prévisions d'activité et des moyens afférentes au département.

*Article 5 quater.*

**Champ d'application de la départementalisation.**

Votre Commission vous propose de rétablir l'article 5 *quater* dans la rédaction que vous aviez retenue en première lecture.

Cet article dispose que la départementalisation ne saurait être mise en œuvre dans les hôpitaux locaux, ainsi que dans les établis-

sements qui ne répondent pas à des normes techniques définies par décret. Il précise en outre que, lorsqu'ils sont associés à un département, ou à un service, les pharmaciens et les odontologistes sont associés à leurs instances au même titre que les médecins.

#### **Article 6.**

##### **Conséquences de la disparition de la notion de service.**

##### *Suppression de l'article.*

Supprimant la notion de service, l'Assemblée nationale a logiquement abrogé, dans la loi du 31 décembre 1970, toute référence à cette notion. Souhaitant maintenir ladite notion, votre Commission ne peut que vous suggérer de supprimer l'article 6.

#### **Article 13.**

##### **Délai de mise en œuvre de la départementalisation.**

Votre Commission a procédé à un examen attentif de l'article 13 tel qu'il résulte du texte adopté par l'Assemblée nationale.

Dès lors qu'il prévoit que des dispositions transitoires peuvent être adoptées par décret en Conseil d'Etat, cet article est applicable autant au texte proposé par votre Haute Assemblée qu'au texte retenu au Palais-Bourbon. En effet, les expérimentations que votre Commission vous a suggérées en première lecture et qu'elle vous demande à nouveau de retenir en seconde lecture, devront faire l'objet, à l'issue d'un délai de cinq ans, d'un rapport qui définira les conditions de l'extension de la structure départementale.

Dans ces conditions, l'article 13, adopté par les députés, paraît acceptable sous la réserve des deux amendements. Le premier, de pure forme, tend à remplacer la référence aux articles 5 et 6 par celle aux articles 5 à 5 *quater*. Le second sous-amendement, de fond tend à porter de trois à cinq ans le délai d'application de ces dispositions transitoires.

Tels sont les motifs pour lesquels votre Commission vous demande d'adopter l'article 13 tel qu'il revient de l'Assemblée nationale sous la réserve de ces deux amendements.

*Article additionnel après l'article 13.*

**L'avenir de la départementalisation.**

Votre Commission vous propose dès lors de reprendre, après l'article 13 tel qu'il vient d'être modifié, les dispositions du même article que vous aviez retenues en première lecture. Il s'agit de prévoir qu'à l'issue du délai de cinq ans visé à l'article précédent, un rapport établira le bilan des expériences de départementalisation et envisagera les conditions de l'extension des structures départementales.

Tel est l'objet de l'amendement de votre Commission tendant à insérer un article additionnel après l'article 13.

### III. — LES COMPÉTENCES DES INSTANCES DE DÉCISION DE L'HOPITAL ET LA TUTELLE

Votre Commission ne reviendra pas, à l'occasion de cette seconde lecture, sur les considérations qui justifient, de sa part, une opposition toujours ferme à la dotation globale et à la nouvelle logique de la procédure budgétaire qui s'appliquera désormais aux établissements publics d'hospitalisation.

Elle souhaite simplement rechercher avec l'Assemblée nationale et le Gouvernement, sur les articles 7, 8, 11 et 12, une conciliation qui lui paraît possible.

S'agissant d'abord de l'article relatif aux compétences des directeurs, votre Commission constate que l'Assemblée nationale a adopté, sans le modifier, l'alinéa relatif à l'autorité exercée par le directeur sur les personnels, médicaux ou non médicaux. S'agissant de l'autre alinéa, relatif aux conditions d'élaboration du budget de l'établissement, il paraît donc possible de ne pas le rétablir, dès lors que les consultations qu'il prévoit sont par ailleurs définies dans d'autres articles du projet de loi. Une telle solution permettrait d'adopter sans le modifier l'article 8 dudit projet.

S'agissant ensuite de la tutelle, votre Commission vous propose de modifier, en tenant compte des préoccupations exprimées à la fois par le Sénat et par le Gouvernement, l'alinéa relatif aux critères de son exercice.

Elle renoncerait, dès lors, à la procédure complexe qui devait permettre, selon elle, de « responsabiliser » les acteurs de notre système hospitalier. En revanche, elle vous propose de rétablir, dans la procédure de consultation de la chambre régionale des comptes, la faculté reconnue au président du conseil d'administration de faire valoir oralement ses observations à ladite chambre.

Ce faisant, elle reprend purement et simplement l'article 13 de la loi du 2 mars 1982, qui définissait une procédure identique dans l'hypothèse où le conseil municipal n'avait pas adopté son budget au 1<sup>er</sup> mars (art. 7 de la même loi du 2 mars 1982).

S'agissant, en outre, de l'article 11, votre Commission constate également que l'Assemblée nationale a entendu, comme le Sénat, définir précisément les modalités d'exercice de la tutelle sur les

établissements privés d'hospitalisation participant au service public hospitalier. Elle vous demandera donc de l'adopter sans le modifier.

S'agissant enfin de l'article 12, votre Commission observe que, là aussi, l'Assemblée nationale a tenu compte de ses propositions, notamment en ce qui concerne la référence aux règles du Code des marchés publics. Elle note également que le Gouvernement a bien voulu indiquer que le contrôle exercé par le représentant de l'Etat ne saurait être, à ce niveau de la procédure, qu'un seul contrôle de pure légalité. Dans ces conditions, votre Commission vous demandera d'adopter cet article sans le modifier.

Les concessions de votre Commission au texte gouvernemental sont importantes. Elle veut donc espérer, de la part du Ministre, qu'il adopte une attitude semblable sur les amendements qu'elle soumet à votre examen. Elle souhaite enfin que l'Assemblée nationale tire toutes les conséquences d'un éventuel accord.

## EXAMEN DES ARTICLES

### *Article 7.*

#### **Compétences du conseil d'administration et modalités d'exercice de la tutelle.**

L'Assemblée nationale a, sur cet article, apporté de nombreuses modifications au texte retenu par le Sénat en première lecture.

Elle a, en premier lieu, réintroduit dans les délibérations du conseil d'administration la définition de la politique générale de l'établissement. Dès lors que votre Commission a admis, à l'article 8, qu'une telle définition sera soumise à la tutelle, la rédaction retenue par les députés paraît satisfaisante.

L'Assemblée nationale a, en second lieu, modifié très logiquement le septième paragraphe de l'article 22, pour supprimer toute référence aux services médicaux. Poursuivant sa propre logique, votre Commission vous propose très précisément le contraire. Tel est l'objet de son premier amendement à cet article.

L'Assemblée nationale a, en troisième lieu, repris purement et simplement son texte pour le vingtième alinéa de l'article 22, relatif aux critères de la tutelle. Votre Commission vous propose sur ce point une rédaction nouvelle :

— s'agissant du premier critère, elle vous suggère d'introduire la référence à la satisfaction des besoins de la population en rédigeant comme suit le membre de phrase qui le définit :

« des possibilités de soins, qui répondent aux besoins de la population, » ;

— s'agissant du second critère, elle vous demande de retenir le texte suivant :

« Un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est arrêté à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat. »

Au contraire de la rédaction que vous avez retenue en première lecture, le premier critère ne fait plus référence au programme. Ceui-ci définissant toutefois les besoins de la population n'en devra pas moins constituer, pour l'autorité de tutelle, un document de référence. Votre Commission interrogera le Gouvernement sur ce point.

Quant au second critère, votre Commission accepte finalement d'introduire une référence aux hypothèses économiques pour une seule raison : ces hypothèses doivent servir de base à l'appréciation de l'évolution de la politique salariale des établissements. Il convient de rappeler que les salaires représentent 70 % des dépenses des hôpitaux.

L'Assemblée nationale a en quatrième lieu supprimé la procédure budgétaire complexe qui, selon le Sénat, visait à « responsabiliser » les acteurs du système de santé. Votre Commission renonce, à ce stade de la procédure, à réintroduire ce dispositif.

Enfin, les députés n'ont repris que l'une des deux dispositions introduites par le Sénat dans la procédure de consultation de la Chambre régionale des comptes, qui oblige le représentant de l'Etat à motiver explicitement sa décision s'il ne suit pas l'avis de la Chambre.

En revanche, elle n'a pas voulu reconnaître au président du conseil d'administration le droit de se faire entendre par la Chambre, alors que des dispositions analogues ont été introduites dans la loi du 2 mars 1982, qui méritent d'être intégralement reproduites ici :

#### *Article 7.*

« Dans le cas où le budget de la commune n'a pas été adopté avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice auquel il s'applique, le maire est en droit, jusqu'à l'adoption de ce budget, de mettre en recouvrement les recettes et d'engager les dépenses de la section de fonctionnement dans la limite de celles inscrites au budget de l'année précédente.



« Si le budget n'est pas adopté avant le 31 mars de l'exercice auquel il s'applique, le représentant de l'Etat dans le département saisit sans délai la Chambre régionale des comptes qui, dans le mois, et par un avis public, formule des propositions pour le règlement du budget. Le représentant de l'Etat règle le budget et le rend exécutoire. Si le représentant de l'Etat dans le département s'écarter des propositions de la Chambre régionale des comptes, il assortit sa décision d'une motivation explicite.

« Ces dispositions ne sont pas applicables quand le défaut d'adoption résulte de l'absence de communication avant le 15 mars au conseil municipal d'informations indispensables à l'établissement du budget. La liste de ces informations est fixée par décret. »

### *Article 13.*

« Lorsque la Chambre régionale des comptes est saisie en application des articles 7, 8, 9 et 11 de la présente loi, le maire ou son représentant peut, à sa demande, présenter oralement ses observations. Il peut être assisté par une personne de son choix. »

Dans ces conditions, votre Commission vous demande de rétablir l'ensemble du texte que vous aviez retenu en première lecture pour la définition de la procédure de consultation de la Chambre régionale des comptes. Tel est l'objet de son troisième amendement à cet article.

### *Article 11.*

#### **Tutelle sur les établissements privés d'hospitalisation.**

Compte tenu des observations formulées dans l'introduction à la présente partie du rapport, votre Commission vous demande d'adopter cet article sans le modifier.

### *Article 12.*

#### **Approbation des marchés.**

Compte tenu des observations formulées dans l'introduction à la présente partie du rapport, votre Commission vous demande d'adopter cet article sans le modifier.

*Article 8.*

**Compétences du directeur.**

Pour les motifs qui ont été exposés précédemment, votre Commission vous demande d'adopter l'article 7 sans le modifier.

Certes, la première phrase de l'alinéa relatif à l'autorité du directeur aurait mieux trouvé sa place au début de cet article.

Votre Commission laisse le soin à la doctrine de porter à l'encontre d'une telle rédaction des critiques juridiques qui ne sauraient suffire à justifier la remise en cause d'un accord politique si difficilement réalisé.

#### **IV. — LES COMPÉTENCES DES INSTANCES DE CONSULTATION DE L'HOPITAL**

A l'article 10, relatif à la commission médicale consultative et au comité technique paritaire, l'Assemblée nationale est revenue purement et simplement à son texte d'origine. S'agissant de la consultation du comité technique paritaire, sur le budget et les comptes de l'établissement, le Gouvernement a réitéré son opposition à ce principe.

Dans ces conditions et comme aux articles précédents, votre Commission vous propose de rechercher, avec les hôtes du Palais-Bourbon et le Gouvernement, une rédaction de synthèse autour de trois orientations principales :

— d'abord, la commission médicale consultative doit être consultée sur le programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire ;

— ensuite, le rapport sur l'évaluation des soins ne saurait être transmis qu'au seul conseil d'administration. Celui-ci compte, parmi ses membres, des administrateurs représentant le personnel non médical, qui en auront donc connaissance. En revanche, dès lors que le comité technique paritaire n'est pas appelé à formuler un avis sur ce rapport, il paraît inutile de le lui transmettre. Cet amendement paraît devoir, selon votre Commission, apaiser les craintes des praticiens hospitaliers. Dans les circonstances actuelles, cela paraît bien nécessaire...

Enfin, le comité technique paritaire ne saurait être consulté sur le budget et sur les comptes. Telles sont les raisons qui ont conduit votre Commission, sous la réserve d'une modification de forme, à reprendre le texte initial présenté par le Gouvernement, que le Sénat n'a d'ailleurs jamais pu examiner.

## **EXAMEN DE L'ARTICLE**

### *Article 10.*

#### **Instances consultatives de l'hôpital.**

Compte tenu des observations qui viennent de vous être présentées, votre Commission vous propose d'adopter, à cet article, trois amendements.

## V. — FORFAIT JOURNALIER

Notre Haute Assemblée avait, en première lecture, sur la proposition du groupe U.C.D.P., voulu prévoir que le montant du forfait journalier est fixé par la loi de finances.

Votre Commission vous demande de maintenir cette disposition.

### EXAMEN DE L'ARTICLE

#### *Article 14.*

#### **Forfait journalier.**

En conséquence, il vous est proposé de rétablir l'article 14 dans la rédaction que vous aviez retenue en première lecture.

## CONCLUSIONS

Votre Commission a voulu, à l'occasion de cette seconde lecture, que les navettes parlementaires ne soient pas parfaitement inutiles. Elle a donc recherché, aussi souvent qu'il était possible, une rédaction qui puisse rapprocher les points de vue des deux Chambres du Parlement et du Gouvernement. Elle espère que ce dernier manifesterà en seconde lecture la même volonté. Elle souhaite surtout que l'Assemblée nationale tienne compte du débat qui aura eu lieu au palais du Luxembourg.

Certes, compte tenu de l'opposition irréductible des deux Assemblées sur les dispositions relatives aux départements hospitaliers, un accord en commission mixte paritaire ne sera pas possible. Toutefois, les lectures ultérieures devraient être l'occasion d'un rapprochement utile, au-delà « de la naturelle divergence politique des majorités des deux Assemblées ».

Si l'esprit d'ouverture de votre Commission ne trouvait pas un juste accueil, elle ne pourrait, à l'occasion des navettes postérieures à la commission mixte paritaire, que retourner à son texte d'origine qui constitue, quoi qu'il arrive, son texte de référence politique.

## TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.			
<p><i>Art. 5.</i> — Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs d'action sanitaire.</p>			
<p>Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur.</p>			
<p>Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional.</p>			
<p>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.</p>			

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
<p>Section II. — <i>Des groupements interhospitaliers et des syndicats interhospitaliers.</i></p>			
<p>Art. 6. — Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.</p>			
<p>Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.</p>			
<p>Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur ou de région sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 46 de la présente loi.</p>			
<p>Les conseils de ces groupements proposent la création de services communs, soit dans le cadre des dispositions de l'article 8, soit par voie de convention bilatérale entre établissements.</p>			
<p>.....</p>			
	Article premier.	Article premier.	Article premier.
	<p>Il est inséré, après l'article 14 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, une section II bis ainsi rédigée :</p>	Alinéa sans modification.	Conforme.
	« Section II bis.	« Section II bis.	
	« <i>Des syndicats interhospitaliers.</i>	« <i>Dcs syndicats interhospitaliers.</i>	
<p>Art. 8. — Les syndicats interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi sont des établissements publics dont la création est autorisée par arrêté préfectoral.</p>	« Art. 14-1. — Un syndicat interhospitalier peut être créé	« Art. 14-1. — Un syndicat interhospitalier peut être créé	



Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
<p>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.</p>	<p>à la demande de plusieurs établissements assurant le service public hospitalier. Sa création est autorisée par arrêté du représentant de l'Etat dans le département siège du syndicat.</p>	<p>à la demande de deux ou plusieurs établissements...</p>	
<p>Un syndicat interhospitalier peut être créé dans une région d'action sanitaire entre le ou les centres hospitaliers régionaux et soit un ou plusieurs syndicats interhospitaliers de secteur, soit un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande des organismes intéressés.</p>	<p>« Le syndicat interhospitalier est un établissement public.</p>	<p>... du syndicat.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
<p>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.</p>	<p>« Art. 14-2. — Le syndicat interhospitalier est administré par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la Santé, après avis du président du conseil d'administration.</p>	<p>« Art. 14-2. — Alinéa sans modification.</p>	
<p>Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges du conseil. Il élit son président parmi ses membres. Le président de la commission médicale consul-</p>	<p>« Le conseil d'administration du syndicat est composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie, compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges. Il élit son président parmi ces représentants. Le président</p>	<p>« Le conseil d'administration du syndicat est composé de représentants de chacun des établissements qui font partie de ce syndicat, compte tenu...</p>	

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Propositions de la Commission

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

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

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

« Le conseil d'administration peut déléguer à un bureau élu en son sein certaines de ses attributions. Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 7° de l'article 22 qui demeurent de la compétence exclusive du conseil d'administration. Lors de chaque réunion du conseil d'administration le bureau et le président rendent compte de leurs activités.

« La composition du bureau et le mode de désignation de ses membres sont fixés par décret.

... avec voix consultative.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

..... « Art. 143. — Conforme. ....

..... « Art. 144. — Conforme. ....

..... « Art. 145. — Conforme. ....

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
<p><i>Art. 14.</i> — Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.</p>		<p>« <i>Art. 14-6 (nouveau).</i> — Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un syndicat interhospitalier.</p>	
<p>Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.</p>		<p>« Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.</p>	
<p>L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral, sur avis conforme du conseil du groupement ou du conseil d'administration du syndicat intéressé.</p>		<p>« L'autorisation est accordée par le représentant de l'Etat sur avis conforme du conseil d'administration du syndicat intéressé. »</p>	
Art. 2.	Art. 2.	Art. 2.	Art. 2.
I à III. — Conforme.			

<p><i>Art. 43.</i> — Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement d'hospitalisation public, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de sécurité sociale.</p>			
<p>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 14 ci-dessus.</p>	<p>IV. — Dans la première phrase du second alinéa de l'article 43 de ladite loi, après les mots :</p> <p>« syndicat hospitalier »</p> <p>les mots :</p> <p>« du secteur sur lequel ils sont implantés »</p> <p>sont remplacés par les mots :</p> <p>« du lieu de leur implantation ».</p>	<p>IV. — Dans la première...</p> <p>...les mots : « syndicat interhospitalier », les mots : « du secteur... ..implantés » sont remplacés par les mots : « du lieu de leur implantation ».</p>	<p>IV. — Sans modification.</p>

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

Art. 3.

..... Suppression conforme .....

Art. 4.

..... Conforme .....

Art. 4 bis (nouveau).

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-1 ainsi rédigé :

« Art. 20-1. — Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services.

« Le fonctionnement médical de chaque service est placé sous la direction technique d'un praticien chef de service. Le chef de service est désigné, pour six ans, par le ministre chargé de la Santé, qui exerce son choix sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret ; ses fonctions sont automatiquement renouvelées, sauf opposition exprimée par le conseil d'administration de l'établissement où il exerce, après avis conforme de la commission médicale consultative ainsi que, pour les centres hospitaliers universitaires, du conseil d'unité de formation et de recherche, ces deux instances siégeant en formations restreintes aux praticiens exerçant des fonctions équivalentes à celles de l'intéressé. Cette opposition est transmise pour décision au ministre chargé de la Santé.

Art. 4 bis.

*Supprimé.*

Art. 4 bis.

*Reprise intégrale du texte adopté par le Sénat en première lecture.*

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

« Le personnel non médical du service est, pour l'administration des soins aux malades, placé sous l'autorité exclusive du chef de service.

« Un décret détermine les modalités selon lesquelles le chef de service est associé à la gestion administrative de son service et aux responsabilités qui en découlent et notamment les conditions de sa consultation, par le directeur, lors de l'élaboration du budget de l'établissement et du programme visé à l'article 22, 1°, de la présente loi, sur les prévisions d'activité et de moyens afférentes audit service. En outre, le chef de service établit un rapport annuel d'activité portant sur les aspects médicaux, infirmiers et économiques. Celui-ci est examiné par la commission médicale consultative et inséré dans un rapport d'activité de l'établissement que le directeur remet chaque année au conseil d'administration.

« Le chef de service est assisté, dans sa gestion, par un cadre infirmier, nommé par le directeur sur proposition du responsable infirmier de l'établissement, ou, dans les services intéressés, par une sage-femme, nommée par le directeur sur la proposition de sa responsable hiérarchique. Ses attributions sont fixées par décret.

« Un comité de gestion, composé des praticiens à temps plein, des cadres infirmiers et, le cas échéant, des sages-femmes, est consulté, au moins une fois tous les trois mois, par le chef de service sur l'activité et le fonctionnement du service. Si le service ne comporte pas ou ne com-

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

porte qu'un praticien à temps plein, le comité comprend les praticiens à temps partiel.

« Avant d'arrêter les prévisions d'activité et de moyens afférentes au service visées au quatrième alinéa du présent article, le chef de service réunit, au moins une fois par an, l'ensemble des personnels. »

Art. 5.

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-2 ainsi rédigé :

« Art. 20-2. — A l'initiative conjointe des chefs de service intéressés, il peut être constitué des départements regroupant des services ou certaines activités des services, soit pour l'accomplissement d'une activité médicale commune par la nature de l'affection prise en charge ou par les techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre, soit en vue d'une gestion commune. La création du département est décidée par le conseil d'administration, sur l'avis de la commission médicale consultative.

« Les activités du département sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur choisi par les chefs de service intéressés. Le coordonnateur est assisté par un cadre infirmier nommé par le directeur sur proposition du responsable infirmier de l'établissement, ou, dans les départements intéressés, par

Il est inséré, dans la loi du 31 décembre précitée, un article 20-1 ainsi rédigé :

« Art. 20-1. — Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi, les établissements d'hospitalisation publics, à l'exception des hôpitaux locaux visés au 4° de l'article 4 de la présente loi, sont organisés en départements. Chaque département groupe ceux des membres du personnel de l'établissement qui concourent à l'accomplissement d'une tâche commune caractérisée par la nature des affections prises en charge ou des techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre, ou qui sont chargés de recueillir et de traiter les informations de nature médicale de l'établissement.

« Les activités du département sont placées sous l'autorité d'un chef de département. Cette autorité ne porte pas atteinte aux responsabilités médicales des praticiens telles qu'elles résultent de l'organisation interne de l'établissement. Le chef de département est assisté par un cadre infirmier nommé par le

Reprise intégrale du texte adopté par le Sénat en première lecture.

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

une sage-femme nommée par le directeur, sur la proposition de sa responsable hiérarchique. Leurs attributions sont fixées par décret.

« Le coordonnateur représente le département. »

directeur sur proposition du responsable infirmier de l'établissement. Il est consulté par le directeur, lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activités et de moyens afférentes au département.

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

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

« Les membres du conseil de département sont élus par trois collèges formés respectivement des médecins ainsi que, le cas échéant, des pharmaciens et des odontologistes, des personnels paramédicaux et des autres membres du

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

personnel. Lorsque l'activité d'un département requiert la présence permanente de sages-femmes, celles-ci sont représentées au conseil du département. Dans ce cas, un collège spécifique comportant l'ensemble des sages-femmes élit son ou ses représentants.

« Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

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

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

Art. 5 bis (nouveau).

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-3 ainsi rédigé :

« Art. 20-3. — Lorsque le département est créé en vue de l'accomplissement d'une activité médicale commune par la nature de l'affection prise en charge ou par les techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre, le coordonnateur est chargé de définir une stratégie thérapeutique et d'organiser les moyens nécessaires à sa réalisation.

« Il rend compte de son activité au comité de coordination, composé des chefs de service intéressés et du

Art. 5 bis.

Supprimé.

Art. 5 bis.

Reprise intégrale du texte adopté par le Sénat en première lecture.



Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

cadre infirmier ou, le cas échéant, de la sage-femme placé auprès de lui. »

Art. 5 *ter* (nouveau).

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-4 ainsi rédigé :

« Art. 20-4. — Lorsque le département est créé en vue d'une gestion commune, le coordonnateur exerce, au lieu et place des chefs de service, les fonctions dévolues à ces derniers par le quatrième alinéa de l'article 20-1 de la présente loi.

« Dans l'accomplissement de sa mission, le coordonnateur est assisté d'un comité permanent de gestion, composé des chefs de service intéressés et du cadre infirmier ou de la sage-femme attaché au département, qui définit notamment les modalités de répartition des moyens et du personnel au sein du département.

« Un conseil de département est institué, qui, se substituant aux comités de gestion des services visés au sixième alinéa de l'article 20-1 de la présente loi, comprend, outre les membres du comité permanent de gestion, tous les praticiens titulaires du département, un représentant des praticiens non titulaires par service et un cadre infirmier ou, le cas échéant, une sage-femme, par service.

« Le conseil est tenu informé de l'activité du département et est consulté sur les

Art. 5 *ter*.

*Supprimé.*

Art. 5 *ter*.

*Reprise intégrale du texte adopté par le Sénat en première lecture.*

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

prévisions d'activité et de moyens afférentes audit département et destinés à la préparation du budget de l'établissement. »

Art. 5 *quater* (nouveau).

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 20-5 ainsi rédigé :

« Art. 20-5. — Les dispositions des articles 20-2 à 20-4 de la présente loi ne sont pas applicables aux établissements visés au 4° de l'article 4 de la présente loi. Elles s'appliquent aux seuls établissements d'hospitalisation publics dont la capacité répond à des normes techniques définies par décret.

« Un décret précise en tant que de besoin les modalités de la participation des pharmaciens et des odontologistes aux instances des services et des départements institués par les articles 20-1 à 20-4 dans des conditions analogues à celles qui sont réservées aux praticiens. »

Art. 6.

*Supprimé.*

Art. 5 *quater*.

*Supprimé.*

Art. 6.

Aux articles 17 et 27 de la loi du 31 décembre 1970, précitée, les mots : « services » et « chefs de service » sont remplacés respectivement par les mots : « départements » et « chefs de département ».

Art. 5 *quater*.

*Reprise intégrale du texte adopté par le Sénat en première lecture.*

Art. 6.

*Supprimé.*

Art. 17. — 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

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission						
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p><i>Art. 27.</i> — Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles, sous l'autorité des chefs de service, les médecins traitants et sages-femmes peuvent être admis dans les divers services d'hospitalisation publics.</p>	<p>Ces praticiens seront tenus informés des soins qui auront été dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation.</p>	<p><b>Art. 7.</b></p>	<p>L'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p><b>Art. 7.</b></p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p><b>Art. 7.</b></p>	<p>Sans modification jusqu'au huitième alinéa (6° inclus).</p>
<p><i>Art. 22.</i> — Le conseil d'administration délibère sur :</p>	<p>« <i>Art. 22.</i> — Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement.</p>	<p>« <i>Art. 22.</i> — Le conseil d'administration délibère sur :</p>	<p><i>Alinéa supprimé.</i></p>						
<p>« Il délibère sur :</p>	<p>« 1° le programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire ;</p>	<p>1° La politique générale de l'établissement et le programme définissant les be-</p>							

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
<p>5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;</p>	<p>2° le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;</p>	<p>soins que l'établissement doit satisfaire ;</p>	
<p>1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;</p>	<p>« 3° le budget, les décisions modificatives et les comptes ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>2° Les propositions de dotation globale et de tarification des prestations ;</p>	<p>« 4° les propositions de dotation globale et de tarifs des prestations mentionnées à l'article 8 et à l'article 11 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>10° Le tableau des 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 et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques.</p>	<p>« 5° le tableau des emplois permanents à l'exception des catégories de personnel qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>8° Les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de clinique ouverte ;</p>	<p>« 6° les propositions d'affectation des résultats d'exploitation ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;</p>	<p>« 7° les créations, suppressions et transformations des services médicaux et des départements hospitaliers ; les créations, suppressions et transformations des services non médicaux et des cliniques ouvertes ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>« 7° les créations, suppressions et transformations des services médicaux et des départements hospitaliers ainsi que, le cas échéant, leur structure interne ;</p>
<p>4° Les emprunts ;</p>	<p>« 8° les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;</p>	<p>« 7° les créations, suppressions et transformations des départements hospitaliers ainsi que, le cas échéant, leur structure interne ; les créations, suppressions et transformations des services non médicaux et des cliniques ouvertes ;</p>	<p>... des cliniques ouvertes ;</p>
<p>5° Le règlement intérieur ;</p>	<p>« 9° les emprunts ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	<p>« 8° Sans modification jusqu'au 20° alinéa de l'article 22 inclus. (Elles sont réputées... motivé.)</p>
<p>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 ;</p>	<p>« 10° le règlement intérieur ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
	<p>« 11° les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
		<p>Alinéa sans modification.</p>	

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
<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 43 de la présente loi ;</p>	<p>« 12° les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 susvisée, des textes subséquents et de l'article 43 de la présente loi ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;</p>	<p>« 13° la création d'un syndicat interhospitalier et l'affiliation ou le retrait de l'établissement d'un tel syndicat ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p>	<p>« 14° l'acceptation et le refus des dons et legs ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>13° Les actions judiciaires et les transactions.</p>	<p>« 15° les actions judiciaires et les transactions ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</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. 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 réception.</p>	<p>« 16° les hommages publics.</p> <p>« Les délibérations portant sur les matières mentionnées aux 1° à 14° ci-dessus sont soumises au représentant de l'Etat en vue de leur approbation.</p> <p>« Elles sont réputées approuvées si le représentant de l'Etat n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Le délai est de quatre mois pour les délibérations portant sur la matière indiquée au 1° ; de soixante jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux 2° à 8° ; trente jours pour les délibérations portant sur les matières indiquées aux 9° à 14°. Ces délais courent à compter de la réception des délibérations par le représentant de l'Etat. Tout refus d'approbation ou toute modification des délibérations doit être explicitement motivé.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
	<p>« Le représentant de l'Etat peut supprimer ou diminuer des prévisions de dépenses s'il estime celles-ci injustifiées ou excessives, compte tenu, d'une part, de la satisfaction des besoins de la population et de la mise en œuvre conséquente, par le conseil d'administration, du program-</p>	<p>« Le représentant de l'Etat peut supprimer ou diminuer des prévisions de dépenses s'il estime celles-ci injustifiées ou excessives, compte tenu, d'une part, des possibilités de soins qui sont à la disposition de la population, d'autre part, d'un taux d'évolution des dépenses hospita-</p>	<p>Le représentant de l'Etat... ... les prévisions ... de soins qui répondent aux besoins de la population, d'autre part, d'un taux d'évolution...</p>

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

me visé au 1<sup>er</sup> du présent article et, d'autre part, du taux d'évolution des dépenses hospitalières arrêté par les ministres chargés respectivement du Budget, de la Santé et de la Sécurité sociale en fonction des objectifs de la politique sanitaire et sociale de l'Etat.

Il peut augmenter...

...insuffisantes.

« Le taux d'évolution des dépenses hospitalières est arrêté par les ministres intéressés, au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre de l'année précédant l'exercice auquel il s'applique.

« Le budget de l'établissement est adopté par le conseil d'administration et transmis au représentant de l'Etat au plus tard dans un délai d'un mois suivant la date de la publication du taux visé à l'alinéa précédent. Si le budget de l'établissement n'est pas approuvé définitivement par le représentant de l'Etat au 1<sup>er</sup> janvier de l'année à laquelle il se rapporte, la caisse chargée du versement de la dotation globale prévue à l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale verse des acomptes mensuels égaux au douzième de la dotation globale de l'année précédente, majorée du taux d'évolution des dépenses hospitalières précité.

« Si le budget de l'établissement est transmis au représentant de l'Etat au-delà du délai fixé au début de l'alinéa précédent et dans l'hypothèse où le représentant de l'Etat ne l'a pas approuvé définitivement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année à laquelle il s'applique, la caisse chargée du versement de la dotation globale

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

lières qui est arrêté en fonction, notamment, des hypothèses économiques générales par les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

Il peut augmenter les prévisions de dépenses qui lui paraissent insuffisantes.

*Alinéa supprimé.*

*Alinéa supprimé.*

*Alinéa supprimé.*

Propositions  
de la Commission

...est arrêté, à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat, par les ministres chargés respectivement de l'Economie, du Budget, de la Santé et de la Sécurité sociale.

*Maintien  
de la suppression.*

*Maintien  
de la suppression.*

*Maintien  
de la suppression.*

**Texte en vigueur**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture**

**Propositions  
de la Commission**

verse des acomptes mensuels égaux au douzième de la dotation globale de l'année précédente.

« Dans les cas visés aux deux précédents alinéas, les recettes de l'établissement autres que la dotation globale sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

« Si le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice auquel il s'applique, le représentant de l'Etat saisit sans délai la chambre régionale des comptes qui, dans le mois, formule des propositions permettant d'arrêter le budget. Le président du conseil d'administration peut, à sa demande, présenter oralement ses observations à la chambre régionale des comptes. Il peut être assisté par le directeur de l'établissement. Le représentant de l'Etat arrête le budget et le rend exécutoire. Si le représentant de l'Etat s'écarte des propositions de la chambre régionale des comptes, il assortit sa décision d'une motivation explicite.

« En cas de carence de l'ordonnateur, le représentant de l'Etat peut, après mise en demeure et à défaut d'exécution dans un délai d'un mois, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette régulièrement inscrite au budget initial et aux décisions modificatives éventuelles. »

Art. 8.

Il est inséré, dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 22-2 ainsi rédigé :

*Alinéa supprimé.*

Si le budget...

... le budget. Le représentant de l'Etat...

... explicite.

Alinéa sans modification.

Art. 8.

Alinéa sans modification.

Si le budget...

... le budget. Le président du conseil d'administration peut, à sa demande, présenter oralement ses observations à la chambre régionale des comptes. Il peut être assisté par le directeur de l'établissement. Le représentant...

... explicite.

Alinéa sans modification.

Art. 8.

Conforme.

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
<p>Le directeur est chargé de l'exécution des délibérations du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus et doit tenir régulièrement le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.</p>	<p>« Art. 22-2. — Le directeur est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article 22. Il tient le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
	<p>« Le directeur met en œuvre la politique définie par le conseil d'administration et approuvée par le représentant de l'Etat. Il assure la conduite générale de l'établissement. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
	<p>« Le directeur prépare le budget de l'établissement. A cet effet, après avoir consulté les chefs de service ou, le cas échéant, les coordonnateurs des départements et la commission médicale consultative, il établit son budget dans le respect du programme et de la politique décidés par le conseil d'administration en application du 1° de l'article 22.</p>	<p>Alinéa supprimé.</p>	
	<p>« Le directeur peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits dans la limite du dixième des autorisations de dépenses des comptes concernés et dans des conditions qui sont fixées par décret.</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
	<p>« Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre le paiement d'une</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	



Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

« 1° d'insuffisance de fonds disponibles,

« 2° de dépense ordonnée sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants, ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée,

« 3° d'absence de justification du service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.

« L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier-payeur général du département qui le transmet à la chambre régionale des comptes.

« En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité. »

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Art. 10.

L'article 24 de la loi du 31 décembre 1970 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 24. — Dans chaque établissement d'hospitalisation public, il est institué une commission médicale consultative et un comité technique paritaire.

« La commission médicale consultative est obligatoirement consultée sur le budget et sur les comptes de l'établissement ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et, le cas échéant, des départe-

Art. 10.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

« La commission médicale ...  
...le budget sur les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des départements. Elle est également consultée sur le fonctionnement des services non

Art. 10.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

La commission médicale consultative est obligatoirement consultée sur le programme de l'établissement, sur son budget et ses comptes ainsi que sur son organisation et son fonctionnement médicaux.

Art. 24. — 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 ;

Texte en vigueur

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en deuxième lecture

Propositions  
de la Commission

ments. Elle est obligatoirement consultée et, éventuellement, formule des propositions sur le programme de l'établissement décidé par le conseil d'administration, en application du 1° de l'article 22 de la présente loi. Elle est également consultée sur le fonctionnement des services non médicaux qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.

Après avoir examiné les rapports des différents services ou départements, la commission médicale consultative établit chaque année un rapport sur les activités médicales de l'établissement en vue d'une meilleure évaluation des soins. Ce rapport est transmis au conseil d'administration dans des formes de nature à préserver le secret médical.

« Le comité technique paritaire est obligatoirement consulté sur l'organisation et le fonctionnement des services et, le cas échéant, des départements, dans les conséquences qu'ils comportent sur les conditions de travail dans l'établissement.

Art. 11.

Le troisième alinéa de l'article 41 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :

**Art. 41.** — Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont admis à participer, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier.

médicaux qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.

« La commission médicale consultative établit chaque année un rapport sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement qui est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire. »

« Le comité technique paritaire est consulté obligatoirement sur le budget, sur les comptes, sur l'organisation et le fonctionnement des départements et des services non médicaux ainsi que sur les conditions de travail dans l'établissement.

Art. 11.

Alinéa sans modification.

« La commission...

... au conseil d'administration dans des formes de nature à préserver le secret médical.

*Le comité technique paritaire est obligatoirement consulté sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement ainsi que sur les conditions de travail dans ledit établissement.*

Art. 11.

Conforme.

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Ils font partie de plein droit des groupements inter-hospitaliers et, sur leur demande, des syndicats inter-hospitaliers.</p>	<p>« Pour celles de leurs activités qui entrent dans le cadre de leur participation au service public hospitalier, leur budget est soumis à l'approbation du représentant de l'Etat dans les conditions définies au vingtième alinéa de l'article 22.</p>	<p>« Pour celles...</p>	<p>... du représentant de l'Etat dans les délais et selon les critères mentionnés respectivement au dix-neuvième et au vingtième alinéa de l'article 22.</p>
<p>Leurs dépenses de fonctionnement doivent être couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements d'hospitalisation publics.</p>	<p>« Pour le calcul de leur dotation globale et des tarifs de leurs prestations, la prise en compte des dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, des dotations annuelles aux fonds de roulement et des annuités d'emprunts contractés en vue de la constitution de ces fonds est effectuée selon des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les règles selon lesquelles le représentant de l'Etat peut subordonner cette prise en compte à un engagement pris par l'organisme gestionnaire de l'établissement de procéder, en cas de cessation d'activité, à la dévolution de tout ou partie du patrimoine de l'établissement à une collectivité publique ou à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire. »</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.</p>			
<p>Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les statuts du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.</p>			

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
—	—	—	—
	Art. 12.	Art. 12.	Art. 12.
	L'article L. 706 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
Code de la Santé publique.			
Art. L. 706. — Les hôpi-	« Art. L. 706. — Les marchés passés par les directeurs des établissements d'hospitalisation publics et des hospices publics sont soumis à un contrôle préalable de légalité exercé par le représentant de l'Etat selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret adapte à ce contrôle les règles de passation des marchés, telles qu'elles sont définies par le Code des marchés publics.	« Art. L. 706. — Les marchés...	« Art. L. 706. — Les marchés...
en ce qui concerne leurs fournitures et l'exécution de leurs travaux, aux mêmes règles que les communes.		... sont soumis à l'approbation du représentant de l'Etat...	... sont soumis à un contrôle préalable de légalité exercé par le représentant de l'Etat...
Il n'est pas dérogé aux dispositions de la loi du 18 août 1926 relatives aux adjudications et marchés passés avec les sociétés d'ouvriers français.		... Ce décret adapte les règles...	... Ce décret adapte à ce contrôle les règles...
		... marchés publics.	... marchés publics.

Art. 12 bis.

..... Conforme .....

Art. 13.	Art. 13.	Art. 13.
Un rapport établissant un bilan de l'application des articles 5 à 5 <i>quater</i> de la présente loi sera présenté au Parlement dans un délai de cinq ans suivant sa promulgation. Il examinera les conditions selon lesquelles, compte tenu de ce bilan, pourraient être étendues et aménagées les formules de départementalisation, dans le respect des dispositions du premier alinéa de l'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée.	Pour l'application des articles 5 et 6 de la présente loi, les dispositions transitoires pourront être adoptées par décret en Conseil d'Etat; ces dispositions ne seront applicables que durant une période ne pouvant excéder trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.	Pour l'application des articles 5 à 5 <i>quater</i> de la présente loi,...
		... ne pouvant excéder cinq ans à compter... ... présente loi.
		Article additionnel.
		A l'issue du délai fixé à l'article précédent, un rapport établissant un bilan de l'application des articles 5

Texte en vigueur	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Propositions de la Commission
Loi n° 83-25 portant diverses mesures relatives à la sécu- rité sociale.			
Art. 4.	Art 14 (nouveau).	Art. 14.	Art. 14.
Les modalités de détermina- tion de ce forfait journalier sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Le deuxième alinéa de l'ar- ticle 4 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 est complété comme suit :  « Son montant est détermi- né chaque année par la loi de finances. »	<i>Supprimé.</i>	à 5 quater de la présente loi sera présenté au Parlement. Il examinera les conditions selon lesquelles, compte tenu de ce bilan, pourraient être étendues et aménagées les formules de départementali- sation, dans le respect des dispositions du premier ali- néa de l'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décem- bre 1970 précitées.  Reprise intégrale du texte adopté par le Sénat en pre- mière lecture.