

# SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

Annexe au procès-verbal de la séance du 18 octobre 1979.

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, relatif aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière,*

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; René Touzet, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, secrétaires ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Michel Darras, Jean Desmarests, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Jean Gravier, André Jouany, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Serge Mathieu, Marcel Mathy, André Méric, Henri Moreau, Michel Moreigne, Jean Natali, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Georges Treille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (6<sup>e</sup> législ.) : 995, 1051 et in-8° 192.  
Sénat : 427 (1978-1979).

---

Hôpitaux. — Carte sanitaire · Commission régionale de l'équipement sanitaire · Equipement sanitaire et social · Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure.

## SOMMAIRE

	Pages.
<b>Introduction.</b> — Le projet de loi, qui tend à une meilleure maîtrise de l'équipement sanitaire, s'inscrit dans un ensemble de mesures relatives au freinage de la croissance des budgets hospitaliers .....	5
<b>I. — L'opportunité du projet de loi : pourquoi donner au ministre de la Santé le pouvoir de supprimer les capacités hospitalières excédentaires ?</b> .....	8
A. — Il existe des capacités hospitalières excédentaires .....	8
B. — Elles représentent un coût inutile pour la collectivité .....	9
C. — Les procédures en vigueur ne permettent pas de les résorber ..	11
<b>II. — Les grandes lignes du dispositif proposé</b> .....	13
A. — Un caractère relativement novateur .....	13
B. — Une procédure souple .....	13
C. — Un champ d'application limité au service public hospitalier ..	14
<b>III. — La portée pratique du projet de loi</b> .....	17
A. — La difficulté d'apprécier les capacités hospitalières excédentaires au coup par coup .....	17
B. — Les problèmes de personnel .....	18
C. — La nécessité pour le ministre de la Santé de disposer de moyens de négociation avec les conseils d'administration des hôpitaux .....	19
<b>IV. — Travaux de la commission</b> .....	21
A. — Auditions .....	21
B. — Examen du projet de loi .....	28
<b>V. — Examen des articles</b> .....	30
Article premier A (art. 4, loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970). — Hôpitaux locaux .....	30
Article premier (art. 4, loi susvisée). — Procédure de classement des établissements publics (amendement) .....	30
Article 2 A (art. 20, loi susvisée). — Création des établissements publics (amendement) .....	31
Article 2 (art. 22-1 nouveau, loi susvisée). — Suppression des capacités excédentaires dans les établissements publics .....	33
Article 2 bis (art. 25, loi susvisée). — Pure forme .....	35
Article 3 (art. 31, loi susvisée). — Création de certains établissements et services sanitaires privés .....	35
Article 3 bis (art. 32, loi susvisée). — Visite de conformité dans les établissements sanitaires privés .....	36
Articles 4 et 5 (art. 34 et 37, loi susvisée). — Fusion des commissions de l'hospitalisation avec les commissions de l'équipement sanitaire (suppression conforme de l'article 5) .....	35

	Pages.
Article 6 (art. 42-1 <i>nouveau</i> , loi susvisée). — Suppression des capacités excédentaires dans les établissements participant au service public .....	37
Article 7 (art. 44, loi susvisée). — Commissions restreintes de l'équipement sanitaire (suppression conforme) .....	38
Article 8 (art. 48-1 <i>nouveau</i> , loi susvisée). — Procédure applicable en l'absence de carte sanitaire (suppression conforme) .....	38
Article 9. — Pouvoirs de contrôle des agents du ministère de la Santé dans les établissements sanitaires et sociaux .....	39
Article 10 (art. 44, loi susvisée). — Composition des commissions de l'équipement sanitaire .....	39
<b>Tableau comparatif</b> .....	41
<b>Conclusion</b> .....	55
<b>Amendements</b> .....	57
<b>Annexe.</b> — Note sur les mesures récentes prises par le Gouvernement pour freiner la croissance des dépenses hospitalières .....	61

---

Mesdames, Messieurs,

Voici vingt ans, le parc hospitalier français était considéré comme très insuffisant eu égard aux besoins, et sa vétusté indigne d'une nation moderne.

L'expansion économique battant son plein, s'engageait une politique d'équipement hardie et ambitieuse de construction et de rénovation.

Il y a dix ans, à l'aube du VI<sup>e</sup> Plan, au moment même où s'affirmait la nécessité d'une coordination plus rationnelle entre le secteur public et le secteur privé, sur la base d'une carte sanitaire, préoccupation traduite dans la loi hospitalière du 31 décembre 1970, il fallait encore construire et l'on se désolait de ce que les objectifs du V<sup>e</sup> Plan n'aient pas été atteints.

Mais, vers le milieu des années 1970, le ton change. L'essor de l'équipement hospitalier a dépassé les besoins qui s'avèrent surévalués compte tenu de l'évolution des techniques de soins. Certes, il importe encore de rénover, d'humaniser l'hôpital ; mais l'accroissement des capacités d'hébergement est proscrit. Ainsi, en décide le Conseil des Ministres, en juillet 1976 : la France dispose, globalement, d'assez de lits, même si ici ou là (région Nord-Pas-de-Calais surtout) on constate encore des carences. Une circulaire ministérielle du 1<sup>er</sup> août 1977 remet brutalement en question les programmes d'investissement en cours.

Plus le temps passe, plus la crise économique s'affirme, plus s'avère préoccupante l'augmentation toujours rapide des dépenses de santé, et particulièrement des dépenses hospitalières — 20 % par an en moyenne — qui met en péril l'équilibre des régimes sociaux.

De la notion de stabilisation du nombre de lits, on passe à l'idée de réduire les capacités excédentaires, génératrices de coûts inutiles.

\*  
\* \*

C'est à cet objectif que répond le présent projet de loi.

Sous un intitulé de caractère général, son contenu est, en fait, limité et précis. Il s'agit de donner au ministre de la santé des pouvoirs nouveaux pour supprimer les capacités d'hébergement — ainsi que les équipements lourds — qui excèdent les besoins.

A cette disposition essentielle, qui ne concerne que le service public hospitalier, s'ajoutent, outre divers aménagements de détail de la loi hospitalière de 1970, deux autres mesures.

Tout d'abord, certains types d'établissements ou de services sanitaires privés sans moyens d'hospitalisation traditionnels — rééducation fonctionnelle, hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, hospitalisation à domicile — sont désormais soumis à autorisation.

D'autre part, les deux séries de commissions consultatives qui interviennent à des degrés divers dans la coordination des équipements — commission de l'équipement sanitaire et commissions de l'hospitalisation — sont fusionnées.

\*  
\*\*

Le projet de loi a été discuté et adopté par l'Assemblée Nationale les 20 et 21 juin 1979.

Depuis cette date, le Gouvernement a pris des décisions nouvelles en matière de politique hospitalière, dans le cadre du plan de redressement de l'assurance maladie, adopté par le Conseil des Ministres du 25 juillet.

Les mesures prises, rigoureuses, ont pour objet de freiner la croissance des budgets hospitaliers.

Elles s'articulent autour de trois idées maîtresses :

— attirer l'attention des gestionnaires et des médecins sur le fait que les recettes des hôpitaux sont des dépenses pour les régimes d'assurance maladie, donc pour la collectivité ;

— les inciter à déterminer correctement le budget prévisionnel de leur établissement et à se tenir aux prévisions, moyennant un contrôle suivi de l'exécution du budget ;

— les appeler à raisonner désormais dans le sens, non d'un accroissement, mais d'une utilisation rationnelle des moyens existants, en personnel et en installations.

Votre commission n'a pas manqué de mettre à profit l'étude du présent texte pour interroger les différentes personnalités entendues — et notamment M. le ministre de la Santé — sur les développements récents de la politique hospitalière. Le lecteur le verra en prenant connaissance du compte rendu des auditions. Une note annexe, en outre, rappelle le contenu des différentes circulaires relatives à l'hôpital, prises en application du Plan du 25 juillet.

Mais on ne trouvera, dans le présent rapport, ni analyse ni critique des mesures adoptées car elles concernent davantage la

gestion des hôpitaux que l'investissement. Il faut signaler toutefois une directive intéressante pour notre propos, à laquelle nous aurons l'occasion de faire référence : les investissements nouveaux ne sont désormais autorisés que dans la mesure où les dépenses de fonctionnement qu'ils engendrent sont gagés sur des économies (circulaire du 4 septembre 1979). Précision importante : les opérations d'humanisation échappent à cette règle.

\*  
\* \*

*Le présent texte ayant pour principal objet de donner au Ministre de la Santé des moyens d'intervention nouveaux pour supprimer les capacités excédentaires, c'est à cette innovation principale que l'exposé général sera consacré. Les autres dispositions seront analysées au cours de l'examen des articles.*

Nous nous demanderons tout d'abord si ce texte est opportun. Puis nous présenterons les grandes lignes du dispositif proposé, avant de nous interroger enfin sur sa portée pratique.

**I. — L'OPPORTUNITE DU PROJET DE LOI :  
POURQUOI DONNER AU MINISTRE DE LA SANTE  
LE POUVOIR DE SUPPRIMER  
LES CAPACITES HOSPITALIERES EXCEDENTAIRES ?**

Les motifs qui fondent le projet de loi peuvent s'articuler autour des trois propositions suivantes :

- il existe aujourd'hui des capacités excédentaires ;
- elles représentent un coût inutile pour la collectivité ;
- les procédures en vigueur ne suffisent pas à permettre de les résorber.

**A. — Il existe des capacités hospitalières excédentaires.**

Les investissements hospitaliers ont connu une expansion rapide au cours des quinze dernières années. Les capacités d'hébergement, tous établissements confondus, sont passées de 663 000 lits en 1963 à 824 700 en 1979, soit une augmentation de 25 p. 100 du parc hospitalier.

Sur ce total, on évalue à environ 50 000 le nombre de lits insuffisamment occupés, soit 8 p. 100 du parc hospitalier, hospices non compris. Pourquoi cet excédent, alors que les équipements hospitaliers font, particulièrement depuis 1970, l'objet d'une planification en principe rigoureuse ?

Comme on le sait, la réforme hospitalière du 31 décembre 1970 a instauré une procédure de coordination des équipements publics et privés — lits et matériel médical lourd — et prévu l'instauration d'une carte sanitaire. La carte sanitaire définit des indices de besoins par grandes régions et, à l'intérieur de celles-ci par secteur géographique. Il s'avère que la carte sanitaire a été très longue à élaborer, et qu'elle a d'abord été établie sur la base d'indices de besoins qui se sont avérés par la suite surévalués. Aussi n'a-t-elle pas constitué l'instrument de mesure adéquat que l'on espérait.

Sous l'effet de l'évolution des techniques médicales, les soins ambulatoires, l'hospitalisation de jour, se sont développés et, tandis que le nombre de malades soignés à l'hôpital croissait régulièrement, la durée moyenne de séjour a singulièrement diminué, passant en quinze ans de 28 à 12,5 jours en médecine et de 16 à moins de 10 jours en chirurgie. La hausse du niveau de vie, l'amélioration des logements, l'augmentation du nombre des médecins de ville ont contribué à accélérer ce phénomène.

Or malgré ces évolutions, l'investissement s'est poursuivi, jusqu'en 1976, à un rythme fondé sur une appréciation devenue erronée des besoins. Un long délai, plus de dix ans parfois, s'écoule entre le moment où un investissement est décidé et celui où il devient opérationnel. La lourdeur des opérations engagées, souvent de grande envergure, ne permettait pas aisément la remise en question des programmes.

Les autorités locales avaient plutôt tendance naturellement à pousser à l'investissement, que l'aisance financière apportée au pays par l'expansion économique rapide permettait.

Il a fallu attendre 1977 pour qu'un coup d'arrêt soit donné, par la circulaire du 1<sup>er</sup> août 1977 déjà citée. Mais il était déjà trop tard.

Certes, aujourd'hui encore, il existe des régions déficitaires, et singulièrement le Nord-Pas-de-Calais, où cependant l'exécution des programmes en cours permet d'escompter une couverture prochaine des besoins.

Mais, presque partout ailleurs, les capacités sont suffisantes et même excédentaires. Les excédents sont particulièrement notables dans certaines disciplines comme l'obstétrique — compte tenu de la baisse de la natalité — les services de réanimation, trop nombreux et présentant parfois des garanties de sécurité insuffisantes dans les établissements de moyenne importance, et la psychiatrie. Dans cette discipline, les investissements ont été poursuivis sans tenir compte des moyens thérapeutiques nouveaux et de la mise en œuvre de la politique de sectorisation, avec pour corollaire le développement des traitements ambulatoires.

#### **B. — Les capacités excédentaires représentent un coût inutile pour la collectivité.**

A l'heure où l'on s'inquiète de l'accroissement continu des dépenses de santé, alors même que les ressources des régimes sociaux sont taries par le freinage des salaires et le chômage, il est inévitable de porter son regard sur la masse considérable que représentent les dépenses d'hospitalisation. Ces dépenses constituent aujourd'hui plus de la moitié des charges de l'assurance maladie (1) et continuent à croître très rapidement (22 % au début de l'année 1979).

---

(1) En 1978, des dépenses d'hospitalisation se sont élevées à plus de 70 milliards (deux tiers secteur public, un tiers secteur privé). Sur ce total, 55 milliards ont été pris en charge par les régimes d'assurance maladie, pour un total de dépenses d'assurance maladie de 101 milliards de francs.

On connaît bien les facteurs qui ont conduit et conduisent encore à l'aggravation des coûts de l'hospitalisation. Les techniques nouvelles de diagnostic et de soins font appel à des installations de plus en plus onéreuses et à un personnel de plus en plus qualifié (radiologie et analyses médicales notamment). L'accroissement des effectifs en personnel médical a été multiplié en dix ans, de 1966 à 1976, par 2,5. L'amélioration concurrente du statut de ces personnels s'est traduite par des augmentations de rémunérations et par des allègements de service, de telle sorte d'ailleurs que l'augmentation des effectifs est peu ressentie au niveau de la vie courante des établissements.

L'effet de ces évolutions sur les coûts paraît inéluctable et difficilement compressible. Tout au plus peut-on espérer infléchir l'accroissement de la dépense en incitant les hôpitaux à une gestion plus rigoureuse, au besoin moyennant une réforme de la tarification hospitalière, attendue depuis longtemps et en cours d'expérimentation, dont il ne faut cependant pas attendre de miracle. Surtout, par tous moyens et notamment l'instauration de budgets de services, il faut sensibiliser les médecins hospitaliers sur les responsabilités qui leur incombent en vue d'une rationalisation de leur comportement en tant que prescripteurs, demandeurs d'installations nouvelles et gestionnaires de leurs services.

Sans doute conviendrait-il de mettre en place une planification plus fine des installations médicales et, dans un avenir plus ou moins proche, de remettre en cause les structures mêmes de l'hôpital. Mais les réformes de structures, génératrices d'économies à terme, sont en général plutôt coûteuses à brève échéance.

Pour l'heure, et pour qui cherche les moyens les plus certains de cerner les dépenses inutiles pour les supprimer, les mesures les plus efficaces à prendre concernent certainement la résorption des capacités d'hébergement excédentaires.

Elles engendrent en effet des dépenses de fonctionnement, en personnel surtout : il est vrai qu'un lit vide coûte presque aussi cher qu'un lit occupé. Elles incitent gestionnaires et médecins à les utiliser, donc éventuellement à gonfler sans nécessité absolue l'activité de l'établissement, génératrice de rentrées de prix de journée. Lorsque des frais sont exposés, il est naturel de tenter de les couvrir par tous moyens.

**C. — Les procédures en vigueur ne permettent pas de résorber les capacités excédentaires.**

Les indices officiels de besoins sur lesquels est fondée la carte hospitalière ont été révisés en baisse, par arrêtés ministériels, au cours de l'année 1977. Une procédure de révision de la carte sanitaire est donc en cours. Les régions qui étaient en retard dans l'élaboration de la carte — Ile-de-France, Centre et Provence-Côte d'Azur notamment — ont publié leur carte récemment en tenant compte des nouveaux indices. L'Aquitaine, dont la carte a été annulée en Conseil d'Etat, devrait suivre prochainement le même chemin. Les autres régions s'attachent, plus lentement, à réviser leurs indices.

Il résultera de ces travaux que pratiquement dans toutes les régions de France apparaîtront des capacités excédentaires.

Mais comment les résorber ?

La politique d'humanisation — suppression des salles communes et rénovation des plateaux techniques — a fait en la matière œuvre positive, mais non suffisante.

Les établissements eux-mêmes ne sont guère enclins à réduire leurs capacités, même lorsque les taux d'occupation de certains services sont manifestement trop bas. Plusieurs raisons y contribuent, et tout d'abord le statut des directeurs d'hôpitaux, dont la rémunération est liée au nombre de lits (1). Les chefs de service mesurent leur prestige au nombre potentiel de malades qu'ils peuvent héberger. Le même état d'esprit règne le plus souvent au sein des conseils d'administration. Ces facteurs ont été analysés avec la plus grande pertinence par notre collègue Barbier, dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée Nationale sur le présent projet de loi.

Certes, le préfet peut, en application du décret n° 73-935 du 24 septembre 1973, transformer ou supprimer des établissements hospitaliers publics. Mais cette notion de transformation a été interprétée de manière restrictive comme un changement de collectivité territoriale de rattachement.

En tout état de cause, le préfet du département paraît mal placé pour imposer une révision de programme, une fermeture de service ou d'établissement.

---

(1) Directeur de 1<sup>re</sup> classe : C.H.R. et autres établissements de plus de 1500 lits ; directeur de 2<sup>e</sup> classe : établissements de 500 à 1500 lits ; directeur de 3<sup>e</sup> classe : établissements de 201 à 500 lits.

Dans ces conditions, le transfert au Ministre de la Santé, autorité de tutelle suprême, du pouvoir de fermer d'autorité un service ou un établissement, peut apparaître comme une solution efficace, à condition d'être entourée d'une procédure permettant d'éviter l'arbitraire et facilitant la négociation avec les conseils d'administration, naturellement défavorables *a priori* à une telle ingérence dans leurs attributions.

## II. — LES GRANDES LIGNES DU DISPOSITIF PROPOSE

Ce dispositif se caractérise par :

- son caractère relativement novateur ;
- une procédure souple ;
- son champ d'application limité au secteur public.

### A. — Un caractère relativement novateur.

Comme nous venons de le signaler, la Fédération hospitalière de France a manifesté la plus vive opposition aux moyens d'action nouveaux conférés au ministre pour fermer des établissements.

Cette mesure, en effet, porte atteinte aux pouvoirs des conseils d'administration. Elle paraît novatrice dans notre législation. On ne peut manquer de souligner que son caractère centralisateur va à l'encontre de l'esprit du projet de loi tendant à conforter les responsabilités des collectivités locales soumis par ailleurs au Sénat.

Cependant, on peut relever dans une loi récente, celle du 4 janvier 1978, une mesure déjà de même esprit. En effet, le législateur avait alors conféré au ministre le pouvoir de procéder à la transformation des hospices soit en maisons de retraite, soit en établissements pour invalides afin d'accélérer le processus engagé en application de la loi sociale du 30 juin 1975.

Cette disposition n'avait pas alors soulevé, de la part des responsables hospitaliers, les mêmes réserves que le présent projet de loi.

On doit également signaler un autre précédent : un décret du 4 janvier 1963 donnait pratiquement les mêmes pouvoirs de fermeture de lits hospitaliers au ministre de la santé. Mais cette mesure avait été prise dans un contexte différent dû à l'arrivée des rapatriés d'Algérie. Elle n'a jamais été appliquée et le vote de la loi hospitalière de 1970 l'a rendue caduque.

### B. — Une procédure souple.

Il convient que les pouvoirs conférés au ministre soient entourés de garanties suffisantes évitant l'arbitraire et permettant un dialogue constructif avec les conseils d'administration. Tel semble le cas.

En effet, la fermeture ou la transformation de lits ou de services, ou bien la suppression d'équipements lourds ne pourra être effectuée que pour deux motifs :

- soit si l'intérêt des malades est en cause ;
- soit si le fonctionnement de l'établissement n'est pas satisfaisant.

Derrière ces indications relativement larges données par le projet de loi, sont visés essentiellement les services qui n'offrent pas aux malades une sécurité suffisante, comme un certain nombre de maternités rurales, et les services dont le taux d'occupation, manifestement trop bas, pèse lourdement sur la gestion des établissements.

Ne pourront être fermées que les capacités excédentaires par rapport aux besoins définis par la carte sanitaire, ce qui exclut la fermeture de lits dans les secteurs déficitaires.

La procédure prévue par le projet de loi tel qu'il a été modifié par l'Assemblée Nationale est la suivante : le ministre demandera à l'établissement de prendre les mesures qui lui paraissent souhaitables après avoir consulté la commission nationale de l'équipement sanitaire ainsi que la commission régionale compétente.

Le conseil d'administration disposera d'un délai de quatre mois pour mettre en œuvre les directives ministérielles ; à défaut, le ministre pourra prendre ces mesures au lieu et place du conseil d'administration.

### C. — Un champ d'application limité au service public hospitalier.

Ces dispositions s'appliquent exclusivement au secteur public, autrement dit aux hôpitaux publics à proprement parler, ainsi qu'aux établissements qui participent au service public hospitalier. Pour ces derniers, la sanction, en cas de non-exécution des directives ministérielles ne sera pas la fermeture autoritaire des lits par le ministre ; mais l'établissement à but non lucratif pourra être rayé de la liste des établissements participant au service public.

*Pourquoi une procédure analogue n'est-elle pas instituée pour le secteur hospitalier privé dans lequel existent également des capacités d'hébergement excédentaires ?* Tout d'abord, il faut noter que ces capacités excédentaires ne pèsent pas de la même manière sur le budget de la sécurité sociale que celles du secteur public, puisque les déficits ne sont pas réincorporés dans le prix de journée. Du mode de tarification applicable dans le secteur privé, il résulte que les cliniques ne peuvent pas supporter pendant de nombreuses

années la charge très lourde de services non rentables, ce qui les contraint à des fermetures spontanées. On a vu ainsi acculées à la faillite de nombreuses cliniques privées qui ne réussissaient pas à remplir leurs lits, soit du fait de surcapacité compte tenu de la baisse de la natalité, soit parce qu'elles faisaient l'objet d'une désaffectation de la part du public car elles n'offraient pas d'équipements suffisamment modernes.

Ainsi joue, dans le secteur privé libéral, la loi de l'offre et de la demande. En outre, l'autorité de tutelle se trouve d'ores et déjà investie par la loi hospitalière de 1970 du pouvoir de retirer l'autorisation de fonctionner aux cliniques privées dans des hypothèses très comparables à celles qui sont prévues pour les établissements publics par la présente loi.

Ainsi, aux termes de l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970, l'autorisation de création d'un équipement privé peut être retirée :

— lorsque l'équipement ne répond plus aux besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire ;

— lorsqu'il n'est pas conforme aux normes réglementaires.

En l'espèce, l'autorité administrative concernée n'est pas le ministre, mais le préfet de région.

La loi prévoit donc d'ores et déjà des dispositions applicables aux cliniques privées. Mais ces dispositions n'ont, semble-t-il, jamais été appliquées. Il faut d'ailleurs reconnaître qu'il est difficile, pour la puissance publique, de fermer autoritairement tout ou partie d'un établissement privé, sauf dans l'hypothèse où ses conditions de fonctionnement mettraient manifestement en danger la sécurité des malades. Dans le cas de capacités excédentaires, l'établissement concerné pourrait être tenté de demander une indemnisation, ce qui constitue un frein aux initiatives de l'autorité administrative malgré les pouvoirs théoriques que lui donne la loi.

*On pourrait s'interroger sur l'opportunité d'étendre aux établissements sociaux et médico-sociaux les mesures prévues par le projet de loi pour le secteur sanitaire.*

En effet, il existe également dans le secteur social des capacités excédentaires qui grèvent les dépenses d'assurance maladie et d'aide sociale.

*Votre commission n'a pas voulu cependant prendre une telle initiative qui aurait considérablement élargi la portée du présent texte. Mais il serait bon que le Gouvernement étudie la question en vue de l'élaboration d'un projet de loi distinct de celui-ci et applicable aux établissements sociaux.*

On doit noter, à ce propos, que la loi sociale du 30 juin 1975 (art. 14) donne à l'autorité de tutelle le pouvoir de fermer les établissements sociaux privés dans plusieurs cas : non-respect des normes réglementaires, infraction à la législation ou à la réglementation, menace pesant sur la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral des usagers.

L'hypothèse d'un excédent de capacités par rapport aux besoins n'est pas envisagée. Cependant, l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux ou de recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée lorsque le prix pratiqué est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement de l'établissement.

Mais ces dispositions ne sont applicables qu'aux établissements privés. La loi sociale ne contient aucune mesure particulière donnant base légale à une éventuelle intervention de l'autorité de tutelle pour prendre l'initiative de supprimer les capacités excédentaires des établissements publics.

Dans ces établissements, la création, la transformation ou la suppression de services entre dans les attributions des conseils d'administration.

\*  
\* \*

Après avoir ainsi souligné l'opportunité du dispositif proposé et présenté ses caractéristiques, il importe de s'interroger sur sa portée pratique.

### III. — LA PORTEE PRATIQUE DU PROJET DE LOI

*Il serait illusoire d'attendre des mesures proposées aujourd'hui à l'approbation du Parlement qu'elles permettent la résorption de toutes les capacités excédentaires du secteur hospitalier public. En effet, le Ministre de la Santé sera contraint d'user avec précaution des prérogatives nouvelles que le législateur va lui conférer. Son action ne sera efficace que si elle est prudente, donc limitée — du moins dans un premier temps — à quelques situations incontestablement abusives, et ce pour plusieurs raisons que l'on peut ainsi tenter de qualifier :*

— *la difficulté de l'appréciation, cas par cas, des capacités excédentaires manifestes, donc de l'opportunité des interventions ministérielles ;*

— *les problèmes de personnel ;*

— *la nécessité d'éviter autant que possible l'hostilité des conseils d'administration, et pour cela de disposer de moyens de négociation.*

#### A. — **La difficulté d'apprécier les capacités excédentaires au coup par coup.**

Compte tenu des obligations du service public qui pèsent sur les établissements relevant du secteur public, on considère en général qu'un service tourne efficacement avec un taux d'occupation moyen de l'ordre de 80 à 85 %. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'un service occupé à 70 % doit fermer ou être réduit. Encore faut-il savoir que faire des malades qui s'y trouvent, et tenir compte des moyens de soins existant à l'entour. En revanche, un établissement ou un service qui tourne, plusieurs années de suite, avec un taux d'occupation de 15 à 20 % — il en existe paraît-il — représente un cas beaucoup plus simple.

Le projet de loi, comme nous l'avons déjà souligné, laisse au Ministre de la Santé une large marge de latitude pour apprécier l'opportunité de ses interventions : aucun taux d'occupation, par exemple, n'est cité. Aucun même n'a été avancé avec précision par les interlocuteurs du ministère avec lesquels votre rapporteur s'est entretenu. L'imprécision de la loi est certes gage de souplesse. Mais elle peut être aussi source de contentieux, surtout dans les régions ou secteurs dans lesquels la carte sanitaire est en cours de révision ou inexistante. Or, *s'il existe maintenant partout une*

*carte pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, on attend encore celles du moyen séjour, du long séjour et surtout du psychiatrique. Nous n'insisterons pas ici sur les insuffisances de la carte sanitaire M.C.O. comme mesure adéquate de la couverture des besoins d'hospitalisation soulignées par l'Inspection générale des Affaires sociales dans son rapport de 1977-1978, et fort opportunément commentées par notre collègue Barbier dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée nationale.*

*Plus grave encore paraît l'absence pure et simple de carte de la psychiatrie, secteur dans lequel il y a des excédents de capacités d'hébergement importants. Car une carte sanitaire, lorsqu'elle existe, offre malgré tous ses défauts une base de discussion.*

En outre, qu'on veuille ou non l'admettre, il sera difficile de supprimer des capacités dans le secteur public lorsque le secteur privé sera bénéficiaire dans la même discipline, ou lorsqu'à l'inverse, la clinique privée voisine de l'hôpital public sera occupée à plus de 100 %.

Enfin, il est permis de s'interroger sur la précision avec laquelle le Ministère de la Santé connaît effectivement le taux d'occupation des lits — du public et du privé — et le degré d'utilisation des matériels. *A fortiori* ignore-t-il encore si les lits sont effectivement occupés par les malades auxquels ils sont destinés.

*Pour toutes ces raisons, il est probable que tant que l'instrument statistique ne sera pas plus affiné, et tant que la carte sanitaire ne sera pas achevée, le Ministre se limitera à des interventions ponctuelles dans des établissements d'ores et déjà bien connus de lui, par exemple ceux qui font l'objet d'une mission d'assistance technique.*

Dans le cas d'établissements déficients sur le plan de la sécurité des malades — par exemple certaines maternités rurales — l'opportunité d'une intervention ministérielle paraît moins délicate à apprécier.

## **B. — Les problèmes de personnel.**

Les difficultés liées à l'emploi des personnels seront limitées au minimum dans les cas de fermeture partielle d'établissement, car les agents concernés pourront, en général, être transférés dans d'autres services. Mais il n'est pas question, bien entendu, de mettre à pied le personnel titulaire. Cependant, les agents contractuels risqueront de perdre leur emploi. Quoique les personnels auxiliaires soient sans doute rares dans les services sous-occupés, leur situation est menacée.

Une question vient alors immédiatement à l'esprit : si les personnels continuent d'être employés par l'établissement, quelle sera l'incidence de la fermeture de lits sur le budget de l'établissement ? Peut-être sera-t-elle nulle dans un premier temps. Mais si les personnels se trouvent en surnombre par rapport aux besoins des services, les excédents pourront être résorbés à terme, assez rapidement même pour des catégories à fort taux de rotation comme les infirmiers et les aides soignants. Il ne faut pas s'attendre à ce que la suppression de lits entraîne une diminution des effectifs mais plutôt leur stabilisation. Il se peut aussi qu'il y ait dans l'ensemble de l'établissement une pénurie de personnel qui se trouve ainsi opportunément résorbée. Dans ce cas, l'hôpital ne fera pas d'économies, mais l'efficacité du service rendu sera améliorée.

En tout état de cause, il paraît plus efficace, pour obtenir un freinage de la dépense, de fermer des services hospitaliers entiers que de réduire les capacités d'un service. La suppression de quelques lits, en effet, n'impose pas nécessairement de mouvements de personnel.

Si donc il n'y a pas de grave problème d'emploi en cas de fermeture partielle d'établissement, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de fermer un établissement entier, d'autant plus s'il est isolé. L'éventualité peut pourtant se présenter, par exemple, pour des établissements publics de moyen séjour ou des hôpitaux psychiatriques insuffisamment occupés. Dans le secteur psychiatrique, le réemploi du personnel est rendu particulièrement difficile étant donné sa qualification et son statut particulier (médecins et infirmiers). Pourtant c'est là que l'on devrait procéder aux restructurations de plus grande envergure pour supprimer les établissements trop grands, mal localisés, isolés, et développer en revanche des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Il ne faut pas fonder trop d'espoir sur le présent texte pour résorber les excédents des hôpitaux psychiatriques, nous semble-t-il du moins.

**C. — La nécessité pour le Ministre de la Santé  
de disposer de moyens de négociation  
avec les conseils d'administration des hôpitaux.**

Une mesure imposée d'autorité est rarement convenablement appliquée. Aussi conviendra-t-il pour le Ministre de la Santé d'éviter autant que possible d'être contraint d'user jusqu'au bout des pouvoirs que lui confère le législateur.

Rigoureuse dans sa lettre, la loi doit être appliquée avec modération pour être efficace. Aussi, la mise en jeu de la procédure nouvelle ne devrait intervenir que dans les cas rares où, en amont, les négociations avec le conseil d'administration auront échoué.

*Pour cela, il faut que le ministre dispose de moyens de négociation, de moyens d'échange, afin de réduire les réticences, voire l'hostilité, a priori, des conseils d'administration, des directeurs et des chefs de service. La suppression de lits ne doit pas apparaître, sauf cas particulier, comme une sanction. Tel est d'ailleurs l'esprit de la loi, qui permet d'effectuer des aménagements, des restructurations, au besoin en jouant sur plusieurs établissements, concentrant telle discipline ici, telle autre là.*

A cet effet, dans une perspective de négociation ouverte avec l'autorité de tutelle, la circulaire ministérielle n° 2507 du 4 septembre 1979 prise en application du plan de redressement de la Sécurité sociale du 25 juillet comporte des dispositions intéressantes.

Le plan du 25 juillet a préconisé de suspendre l'engagement d'investissements nouveaux sans réalisation d'économies permettant de couvrir les frais de fonctionnement ainsi engendrés. Précisons que ne sont touchées, en l'espèce, ni les opérations déjà engagées ni les opérations relatives à l'humanisation et aux services d'urgence (S. A. M. U.).

Les conditions d'application de cette directive ont été précisées par la circulaire susvisée, qui invite les conseils d'administration des établissements publics à faire l'inventaire « des équipements ou des moyens de fonctionnement insuffisamment utilisés ou en excédent par rapport à la carte sanitaire ».

En clair, les établissements sont ainsi préparés à négocier telle installation nouvelle contre tel équipement sous-utilisé ou tel nombre de lits insuffisamment occupés.

C'est déjà, en quelque sorte, une mesure d'application de la présente loi, mais qui offre même des perspectives supplémentaires, car ainsi peuvent être remis en cause non seulement des capacités excédentaires et des équipements lourds, mais même des installations techniques de diagnostic ou de traitement, qui échappent à la planification, lorsqu'elles sont insuffisamment utilisées.

#### IV. — TRAVAUX DE LA COMMISSION

##### A. — Auditions.

— **Le jeudi 26 avril 1979**, la commission a entendu Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la famille, sur deux projets de loi, récemment adoptés par le Conseil des Ministres, relatifs l'un aux études médicales, l'autre à l'équipement hospitalier.

Le second projet de loi, a-t-elle exposé, a pour objet d'adapter la capacité des hôpitaux publics aux besoins, dans une perspective de décélération de l'accroissement des dépenses de santé. A cet effet, des pouvoirs nouveaux seront conférés au Ministre de la Santé pour réduire les capacités excédentaires, dans le cadre de la carte sanitaire, après concertation avec les conseils d'administration des établissements et la Commission nationale de l'équipement sanitaire. Ces dispositions seraient également applicables aux établissements privés à but non lucratif. En outre, le projet étend les procédures de coordination aux établissements de rééducation fonctionnelle d'une certaine importance, aux services hospitaliers de jour à domicile. Enfin, seraient simplifiées certaines procédures prévues par la loi hospitalière de 1970 : le préfet se substituerait au ministre pour classer les établissements ; les commissions de l'équipement sanitaire et de l'hospitalisation seraient fusionnées.

Dans les réponses à MM. Mézard, Bohl, Rabineau et Henriet, le Ministre s'est notamment déclaré favorable à la fermeture des sanatoria et préventoria lorsque leur conversion est impossible.

— **Le mercredi 10 octobre 1979**, la commission a entendu le professeur Herbeval, président de la Conférence des présidents des commissions médicales consultatives des centres hospitaliers universitaires et président de la Commission médicale consultative du C. H. U. de Nancy, à propos de la politique hospitalière et notamment du présent projet de loi n° 427.

M. Herbeval a exprimé l'émoi ressenti par les médecins hospitaliers à la suite des circulaires récentes du Ministre de la Santé prises en application du plan gouvernemental de redressement de l'assurance maladie de juillet 1979 ; les contraintes nouvelles imposées aux hôpitaux, en effet, mettent en cause la dépense médicale.

Or, l'alourdissement des dépenses hospitalières, notamment dans les C. H. U., résulte pour une large part de facteurs étrangers à la dépense médicale proprement dite : amélioration du statut des

personnels, obligations nouvelles mises à la charge de l'hôpital (lutte contre l'alcoolisme et interruption volontaire de grossesse), coûts directs et indirects de l'enseignement, coût des expertises sur les médicaments.

La structure des budgets hospitaliers fait apparaître que la dépense médicale ne représente que 12 à 14 %, alors que les dépenses de personnel pèsent pour 70 %. La marge de manœuvre est donc réduite, comme le montrent les faibles résultats des efforts en matière d'économie de médicaments engagés dans différents C. H. U.

A propos de la réforme de la tarification, M. Herbeval a reconnu le caractère archaïque du prix de journée. Le « prix de journée éclaté » permet une meilleure connaissance des coûts. Le « budget global » est dangereux, car il donne pouvoir à des décideurs administratifs dont la compétence médicale est nulle ou faible.

Enfin, M. Herbeval a estimé que les statistiques d'occupation des lits devaient être maniées avec précaution. Il s'est prononcé en faveur du développement de l'hospitalisation de jour.

Pour M. Boyer, rapporteur du projet de loi, il importe de renforcer la responsabilité des chefs de service dans la gestion. Créer des hôpitaux de jour sans réduction des capacités d'hébergement est générateur de dépenses. La suppression de lits peut avoir pour effet de freiner l'embauche de personnel nouveau, non de réduire les effectifs en fonction. M. Boyer s'est déclaré, comme M. Herbeval, plutôt favorable au prix de journée éclaté.

M. Chérioux a estimé indispensable d'abandonner la philosophie du prix de journée qui n'incite pas à remettre en cause les structures de l'hôpital et le fonctionnement des services. Quel que soit le mode de tarification, les chefs de service doivent être associés à la gestion.

M. Herbeval a reconnu l'existence d'une tendance au suréquipement sous l'influence des pouvoirs locaux et par suite de la spécialisation croissante des services.

En réponse à M. Louvot, il a précisé que le taux d'absentéisme élevé était dû à la féminisation et à la jeunesse des personnels.

M. Mézard a déploré que l'industrie française ne fournisse plus que 13 % du matériel médical utilisé dans les hôpitaux et critiqué les trop fréquents changements d'orientation des services.

M. Moreigne a noté avec intérêt que la dépense médicale ne représentait que 12 à 14 % des coûts de l'hôpital.

M. Henriet a rappelé les difficultés financières des cliniques privées, contraintes à une gestion rigoureuse par la tarification qui s'y applique.

En conclusion, M. Herbeval a souligné le coût pour la santé de la consommation d'alcool et de tabac : un malade alcoolique et tabagique coûte sept fois plus qu'un autre.

Au cours d'une seconde séance tenue dans l'après-midi, la commission a poursuivi l'examen du projet de loi n° 427 en procédant à l'audition de **M. Gabriel Pallez, directeur de l'Assistance publique de Paris.**

M. Pallez a tout d'abord exposé les mesures prises au sein de l'Assistance publique de Paris pour limiter les capacités hospitalières, afin de freiner la hausse des coûts. Dès 1970 a été prise la décision de ne pas accroître la capacité existante, puis de la réduire. Ont été élaborés un plan directeur des investissements sur dix ans, puis des programmes médicaux à moyen terme, dans les principales disciplines, tenant compte de l'évolution prévisible des techniques et des modes de traitement extérieurs à l'Assistance publique. Les capacités ont ainsi été réduites de 1 500 lits. Poursuivre cet effort avec des résultats significatifs suppose des investissements importants pour supprimer les hôpitaux vétustes qui subsistent et pour aménager les locaux afin de développer l'hospitalisation de jour et les consultations externes.

M. Pallez a ensuite analysé les facteurs de croissance des coûts hospitaliers : l'augmentation des dépenses de personnel est essentiellement la conséquence des hausses de salaires, des allègements du régime du travail, du renforcement des services techniques médicaux. Le progrès des techniques médicales met en jeu des installations coûteuses qui exigent un personnel plus nombreux et plus qualifié. La modernisation hôtelière engendre également des besoins en personnel et subsidiairement des dépenses d'énergie. La diversification des activités médicales est aussi un facteur de renchérissement des coûts. Enfin, dans les centres hospitaliers régionaux, l'enseignement et la recherche entraînent une multiplication d'investigations et d'actes non indispensables.

L'Assistance publique a cependant entrepris un effort d'auto-discipline. Des mécanismes de contrôle de gestion ont été mis en place. L'encadrement administratif a été renforcé. Le corps médical est sensibilisé à la gestion, par l'intermédiaire d'organismes collégiaux collaborant avec l'administration, notamment pour la répartition des moyens en équipements et en personnel. Des tableaux de bord médicaux par service sont élaborés.

M. Pallez a souligné que l'influence des comportements médicaux à l'hôpital dépassait largement la marge des dépenses médicales à proprement parler.

Ces efforts de rationalisation ont porté leurs fruits dans la mesure où le taux de croissance des dépenses de l'Assistance publique est inférieur au taux moyen national.

Il convient, a conclu M. Pallez sur ce point, de raisonner désormais en termes de redistribution des moyens existants.

Evoquant enfin les expériences de réforme de la tarification, il a estimé que le mode de tarification n'avait sur la dépense qu'une influence marginale. Le prix de journée éclaté permet une meilleure appréciation des coûts. Le budget global a pour effet de renforcer la confrontation entre administration et corps médical. L'instauration de véritables budgets de service est une tâche difficile.

M. Henriet a souligné la différence des règles applicables au secteur public et au secteur privé et demandé des précisions sur l'implantation des hôpitaux de l'Assistance publique.

M. Boyer s'est interrogé sur la possibilité d'introduire à l'hôpital public un mode de tarification inspiré du système applicable aux cliniques privées, afin d'éviter l'incitation à la prolongation de la durée de séjour.

M. Chérioux a demandé dans quelle mesure les méthodes de planification introduites à l'Assistance publique pouvaient être généralisées.

M. Mézard s'est inquiété du coût relatif des lits privés.

M. Durbec a souhaité des précisions sur les besoins en personnel engendrés par le développement de l'informatique.

Pour M. Moreigne, il paraît difficile de limiter la dépense médicale sans porter atteinte à l'intérêt des malades.

En réponse aux intervenants, M. Pallez a notamment précisé :

- que jusqu'en 1973 la priorité avait été accordée à la construction d'hôpitaux neufs dans la périphérie ; depuis lors, les hôpitaux de la ville sont rénovés ou reconstruits ;
- que le Plan directeur parisien avait permis, compte tenu de la structure centralisée de l'Assistance publique, de réaliser des arbitrages ; dans les autres régions, il serait utile d'introduire également une planification dans le même esprit pour assurer une répartition rationnelle des installations ;

- que la tarification actuelle poussait en fait rarement à la prolongation artificielle de la durée de séjour ;
- que les comparaisons des coûts entre le secteur public et le secteur privé devaient être menées avec la plus grande prudence ;
- que les lits privés, à Paris, étaient utilisés à 100 % en chirurgie et à 30 % en médecine, et que les coûts n'étaient pas individualisables.

La commission a ensuite entendu **M. Philippe Cadène, délégué général adjoint de la Fédération hospitalière de France (F. H. F.)**.

Après avoir rappelé que la F. H. F. représente les conseils d'administration et les directeurs des établissements hospitaliers publics, M. Cadène a donné son point de vue de cet organisme sur le projet de loi n° 427.

Dans la mesure où ce texte donne des pouvoirs nouveaux au Ministre de la Santé pour réduire autoritairement les capacités excédentaires, il porte atteinte à la responsabilité et aux pouvoirs des conseils d'administration. Dans la mesure où il ne concerne que le secteur public, comme d'ailleurs la plupart des circulaires contraignantes récentes émanant de l'administration, il engendre un risque de démantèlement du service public. Son application sera rendue difficile par les insuffisances de la carte sanitaire, encore inexistante pour la psychiatrie, ainsi que pour le long et le moyen séjour.

L'évolution de l'offre de soins n'est pas seulement responsable de l'accroissement des dépenses de santé, la demande augmentant régulièrement de 5 à 6 % par an.

Au total, la Fédération s'inquiète des orientations récentes de la politique hospitalière. Elle reste défavorable au projet de loi relatif aux équipements sanitaires, malgré les aménagements votés par l'Assemblée Nationale. Ainsi l'imprécision des motifs de suppression de capacité laisse le champ à l'arbitraire ; aucune disposition ne garantit que les créations d'établissements privés d'hospitalisation de jour ou de nuit ne pourront pas s'ajouter aux capacités agréées des établissements privés ; la composition des Commissions nationales et régionales de l'Équipement sanitaire n'est pas précisée.

M. Boyer a émis des doutes sur la capacité des conseils d'administration à prendre l'initiative de supprimer des lits dans leurs propres établissements. Il a insisté sur la nécessité de renforcer la carte sanitaire.

Pour M. Chérioux il importe de rationaliser la structure même des hôpitaux.

M. Louvot a notamment souligné que la demande de soins par le public ne correspond pas toujours à un besoin réel.

En réponse à M. Durbec, M. Cadène a estimé qu'il faudrait construire une cinquantaine d'hôpitaux neufs pour remplacer des établissements impossibles à humaniser.

M. Mézard, enfin, s'est interrogé sur la possibilité d'utiliser les capacités excédentaires des maternités pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse ; M. Cadène s'est montré réservé.

— **Le jeudi 11 octobre 1979**, la commission a procédé à l'audition de **M. Jacques Barrot, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, accompagné de MM. Daniel Hoeffel et Jean Farge, Secrétaires d'Etat auprès du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale.**

M. Jacques Barrot a tout d'abord exposé les motifs et souligné l'intérêt du présent projet de loi n° 427 (1978-1979) adopté par l'Assemblée Nationale. Il s'agit de donner au Ministre de la Santé des pouvoirs nouveaux pour aider plutôt que contraindre les conseils d'administration des hôpitaux publics à adapter les capacités de leurs établissements aux besoins, en évolution par suite de la réduction de la durée de séjour et du développement des techniques de soins ambulatoires. Les interventions ministérielles seront entourées de garanties légales, accentuées par l'Assemblée Nationale.

Le Ministre a annoncé le dépôt devant le Sénat d'un amendement consistant à prolonger et à étendre à de nouveaux établissements l'expérience de réforme de la tarification hospitalière (prix de journée éclaté et budget global) engagée depuis bientôt deux ans. Une réforme généralisée paraît prématurée.

M. Boyer, rapporteur, a exprimé des réserves sur le système du « budget global », mais insisté sur la nécessité d'associer les chefs de service à la gestion. Il a noté que le statut des directeurs d'hôpitaux ne les incitait pas à réduire les capacités de leur établissement.

M. Barrot n'a pas écarté l'hypothèse d'un aménagement des carrières des directeurs, pour éviter cet écueil.

En réponse à M. Chérioux, le ministre a précisé que la carte sanitaire de médecine-chirurgie obstétrique était en cours de révision et que les études préparatoires à la carte de la psychiatrie étaient achevées. Il a souligné la nécessité de parvenir rapidement à l'élaboration de la carte du moyen et du long séjour, en tenant compte des moyens en soins ambulatoires et à domicile, ainsi que des capacités d'hébergement du secteur social.

Pour M. Labèguerie, le médecin qui, en prescrivant, évite l'hospitalisation de son client, alourdit son propre profil et se trouve pénalisé à tort.

Pour M. Berrier, la demande croissante de soins hospitaliers tient à l'état d'esprit du public, mais aussi des médecins qui craignent la mise en cause de leur responsabilité.

Pour M. Henriet, le secteur public et le secteur privé devraient être traités par l'administration sur un pied d'égalité.

Le Ministre de la Santé est ensuite intervenu à propos des modalités de répartition des compétences entre Etat et collectivités locales en matière d'aide sociale et de santé, dans le cadre du projet de loi n° 187 (1978-1979) pour le développement des responsabilités des collectivités locales en cours de discussion devant le Sénat.

Enfin, le Ministre de la Santé a exposé à la commission les motifs et les modalités du *plan gouvernemental de redressement de l'assurance maladie, adopté le 25 juillet 1979*. Il était nécessaire de prendre des mesures énergiques pour assurer, dans l'immédiat, la couverture du déficit des régimes sociaux et pour engager un processus de freinage de la hausse des dépenses de santé. Ainsi, entre autres mesures, les hôpitaux publics sont tenus, pour 1979, sauf force majeure, de respecter leurs budgets primitifs et de rembourser les avances consenties par les caisses d'assurance maladie. Pour 1980, l'accroissement des budgets des établissements publics et privés est limité à 11,8 % conformément à la progression prévisible de la richesse nationale.

Les tarifs des cliniques privées ont été bloqués, ainsi que les revenus des médecins invités à négocier une nouvelle convention.

D'autres mesures sont en cours d'élaboration en vue d'empêcher la couverture intégrale des soins par les mutuelles et de faciliter le contrôle des organismes de sécurité sociale.

Pour rigoureux qu'il paraisse, ce dispositif ne touche ni aux taux de remboursement, ni au mode d'exercice libéral de la médecine.

M. Henriet a estimé que l'équipement sanitaire devrait être financé par l'Etat et non par les cotisations des assurés sociaux.

M. Mézard a craint que les contraintes financières imposées aux hôpitaux ne les obligent à renvoyer des malades.

M. Boyer a affirmé, soulevant les protestations de M. Viron, que le développement des mutuelles incitait à la consommation médicale.

M. Gamboa, récusant la campagne de culpabilisation des Français entreprise par le Gouvernement, a souligné que la croissance des dépenses de santé résultait principalement des progrès scientifiques et de l'accroissement de la longévité. Il a rappelé les charges indues qui pèsent sur l'hôpital, et regretté l'origine étrangère de la plus grande partie de l'appareillage médical.

M. Viron a déploré quelques incidents laissant penser que le souci d'économie pourrait conduire à abandonner à leur sort les malades incurables. Il a également condamné la lourdeur des procédures administratives en matière d'équipement sanitaire, et estimé très insuffisant le taux de remboursement des prothèses optiques et dentaires.

MM. d'Andigné et Durbec ont souligné les difficultés financières des hôpitaux, privés de la possibilité de recourir à la procédure des budgets supplémentaires.

M. Berrier s'est montré pessimiste sur les chances de concertation entre le corps médical et l'administration.

M. Henriet a estimé indispensable une révision de la législation en matière de responsabilité médicale, et rappelé les coûts de l'alcoolisme, du tabagisme et des accidents de voiture.

En réponse aux intervenants, le Ministre a notamment précisé que la couverture des accidents d'automobile serait sans doute dévolue aux compagnies d'assurances. Il souhaite par ailleurs aménager les règles de mise en cause de la responsabilité des médecins afin d'éviter le recours au pénal.

M. Farge, Secrétaire d'Etat, a alors apporté des précisions sur la politique de redressement de la gestion des hôpitaux, en soulignant que les situations concrètes posant problème faisaient cependant l'objet d'un examen attentif et bienveillant par l'administration. La sensibilisation croissante des médecins hospitaliers et des gestionnaires permet d'espérer des résultats positifs à l'action engagée par le Gouvernement.

## B. — Examen du projet de loi.

— Le mercredi 27 avril 1979, la commission a examiné le présent rapport.

Le rapporteur a d'abord indiqué que, sous un intitulé général, le contenu du projet de loi, limité et précis, tend d'abord à donner au Ministre de la Santé des pouvoirs nouveaux pour supprimer les capacités d'hébergement ainsi que les équipements lourds

qui excèdent les besoins, soumet ensuite à une autorisation la création de certains établissements sanitaires privés sans moyen d'hospitalisation et fusionne enfin les commissions consultatives chargées de coordonner les équipements.

Le rapporteur a alors exposé les motifs qui ont conduit le Gouvernement à proposer un renforcement des pouvoirs du Ministre de la Santé : il existe aujourd'hui des capacités excédentaires ; ces dernières représentent un coût inutile pour la collectivité ; les procédures en vigueur ne suffisent pas à les résorber. Il a alors décrit le dispositif proposé en attirant l'attention de la commission sur la difficulté d'apprécier les capacités excédentaires au coup par coup, en soulignant les problèmes de personnel que soulève la réduction des capacités, en insistant enfin sur la nécessité d'une concertation avec les conseils d'administration des hôpitaux.

M. Chérioux est intervenu pour souhaiter que, parallèlement à ce texte, l'élaboration des cartes sanitaires soit achevée le plus rapidement possible, notamment pour les établissements psychiatriques.

M. Gamboa a considéré que ce texte constitue un recul des pouvoirs des conseils d'administration, qu'il ne résout pas les problèmes posés par les charges indues supportées par les hôpitaux et risque de priver de leur emploi un nombre important d'agents hospitaliers.

M. Mézard a insisté sur la nécessité d'une évolution continue de la carte sanitaire et sur la concertation avec les conseils d'administration. Il a regretté les attaques trop souvent développées à l'égard des maternités rurales.

En réponse à M. Chérioux et à M. Mézard, M. Boyer a présenté ses conclusions à la commission, qui, toutes, tendent à encourager le Gouvernement à achever la révision ou la mise en œuvre des cartes sanitaires, en tenant compte de l'évolution des besoins.

Le rapporteur a rejoint en partie les remarques de M. Gamboa en limitant toutefois leur portée.

La commission a alors abordé l'examen des articles et adopté les propositions et les conclusions du rapporteur.

## V. — EXAMEN DES ARTICLES

### *Article premier A (nouveau).*

Cet article a été introduit par l'Assemblée Nationale à la demande de sa Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

Il porte sur l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970, relatif au classement des établissements hospitaliers qui assurent le service public, et modifié en dernier lieu par la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978.

Les établissements sont de quatre sortes : centres hospitaliers, centres de moyen séjour, centres de long séjour, unités d'hospitalisation. Cette dernière catégorie recouvre, en fait, les établissements désignés usuellement, même dans les textes réglementaires, sous le nom d'hôpitaux locaux (anciens hôpitaux ruraux). Leur statut reste régi par un décret du 6 juillet 1960.

L'amendement adopté par l'Assemblée Nationale vise simplement à appeler les hôpitaux locaux par leur nom. Cette initiative paraît excellente dans la mesure où la lecture de la loi du 31 décembre 1970 en devient plus claire. On abandonnerait ainsi la notion plus abstraite d'« unités d'hospitalisation » pour désigner les hôpitaux locaux. En revanche, cette notion juridique subsisterait pour désigner non une catégorie d'établissements mais une partie d'établissement, par exemple : unité d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés, unité de moyen séjour, unité de long séjour.

Votre commission propose d'adopter cet article sans modification.

### *Article premier.*

L'article premier porte également sur l'article 4 de la loi hospitalière.

Dans le texte original du projet de loi, il s'agissait de supprimer purement et simplement le dernier alinéa de cet article 4, relatif à la procédure de classement des établissements. La loi en vigueur donne compétence au Ministre de la Santé pour effectuer ce classement.

Pourquoi supprimer cette disposition ? Pour une raison de fond : décentraliser la décision au niveau régional, voire départemental, afin d'alléger et d'accélérer la procédure ; pour une raison de forme également : la matière est du domaine réglementaire.

L'Assemblée Nationale ne l'a pas entendu ainsi. Tout en reconnaissant l'opportunité d'une décentralisation de la procédure de classement, elle a souhaité qu'il reste trace des modalités de cette procédure dans la loi même. Tel est le sens de la nouvelle rédaction adoptée à l'initiative de la commission, qui laisse en fait, toute latitude au pouvoir réglementaire pour donner attribution au ministre, au préfet de région ou au préfet.

Il faut espérer qu'en vertu de ces dispositions nouvelles se fera rapidement le classement des établissements et, au sein de ceux-ci, des unités de moyen et de long séjour, classement qui détermine, en application de la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, le mode de tarification applicable.

On sait en effet que la loi en question a introduit la prise en charge par l'assurance maladie d'un forfait soins dans les établissements et services de long séjour, mais qu'elle conduit également, *a contrario*, à l'application de ce système de tarification dans des services jusqu'alors dénommés à tort « de chroniques » — donc actifs — où les malades étaient pris en charge à 100 p. 100 par la sécurité sociale.

On ne saurait trop insister pour que le classement intervienne dans les meilleurs délais, afin de permettre une application efficace du forfait soins, mais suffisamment souple pour éviter à certaines personnes hébergées les désagréments d'un accroissement de la charge qu'elles ont à supporter.

Hélas, le décret déterminant la procédure de classement n'est toujours pas paru, depuis bientôt deux ans. Peut-être est-ce précisément dans l'attente des aménagements introduits par l'article premier de la présente loi...

Votre commission, pour sa part, donne son accord au texte adopté par l'Assemblée Nationale, sous réserve d'un **amendement** précisant que le classement ne porte pas seulement sur les établissements eux-mêmes mais aussi sur les unités d'hospitalisation qui les composent. Comme nous venons de le rappeler, de ce classement en service actif, de moyen ou de long séjour dépend le mode de prise en charge par l'assurance maladie applicable.

#### *Article 2 (nouveau).*

Cet article a également été ajouté au texte par l'Assemblée Nationale, mais cette fois à l'initiative de M. Pons et malgré l'opposition du Gouvernement.

Il s'agit de la procédure de création des établissements hospitaliers publics, régie par l'article 20 de la loi hospitalière : les hôpitaux publics sont créés par décret ou par arrêté préfectoral, selon la catégorie à laquelle appartient l'établissement concerné ; l'autorité de tutelle est souveraine en la matière, sous réserve du respect de la carte hospitalière que le Ministre de la Santé ou le Préfet est censé connaître.

M. Pons a souhaité introduire un parallélisme avec la procédure à laquelle sont soumis les établissements hospitaliers privés.

Ainsi, l'amendement adopté par l'Assemblée Nationale prévoit, par analogie avec le secteur privé, la consultation de la Commission régionale ou nationale de l'équipement sanitaire avant que le Ministre ou le Préfet ne prenne sa décision.

En outre, serait instaurée une voie de recours de la décision du Préfet de région auprès du Ministre. Ce dernier statuerait après avis de la Commission nationale de l'Equipement sanitaire.

Ces dispositions sont inspirées de l'article 34 de la loi hospitalière applicable aux établissements privés. La commission consultative compétente pour ces derniers était jusqu'à présent la Commission de l'Hospitalisation. Mais le projet de loi fusionne par ailleurs cette instance avec la Commission de l'Equipement sanitaire, et l'article 34 est modifié en conséquence (voir article 4 du projet de loi).

Votre commission ne voit aucune objection à ce que la Commission régionale ou nationale, selon le cas, de l'équipement sanitaire, désormais instance consultative unique chargée par ailleurs de l'élaboration de la carte sanitaire, donne son avis sur les créations d'établissements tant publics que privés. Cela paraît utile pour la coordination des équipements. Dans le secteur social d'ailleurs, tout projet de création et d'extension importante d'établissement public ou privé, est soumis à l'avis de la Commission régionale des équipements sociaux et médico-sociaux (C. R. I. S.). Il est vrai cependant que dans ce secteur, n'existe pas de « carte » analogue à la carte sanitaire à laquelle l'autorité administrative puisse se référer.

Si donc l'intervention d'une commission unique paraît opportune, l'instauration d'une voie de recours telle qu'en prévoit l'amendement de M. Pons, est une innovation plus discutable.

Pour les établissements publics, en effet, existe contre les décisions de l'autorité de tutelle un recours hiérarchique de droit commun auprès du ministre, sans qu'il soit nécessaire de prévoir une procédure spécifique. De surcroît, la référence dans l'amendement au préfet de région peut paraître justifiée eu égard aux

dispositions applicables au secteur privé, dans lequel le préfet de région est l'autorité administrative « de base ». Mais il n'en est pas de même pour les hôpitaux publics ; l'instance compétente est soit le préfet du département du lieu d'implantation de l'établissement, soit, dans certains cas, le ministre, mais nullement le préfet de région (décret n° 73-935 du 24 septembre 1973).

Pour ces motifs, votre commission propose de supprimer, dans l'article 2 A, les dispositions instaurant une voie de recours, inappropriées (**amendement**).

Cela étant, les aménagements prévus par cet article resteront de faible portée car les créations d'établissements publics sont devenues rares de nos jours.

Il faut signaler que M. Pons avait présenté à l'Assemblée un amendement complémentaire, avant l'article 7, tendant également à soumettre préalablement, à l'avis des commissions de l'équipement sanitaire, les décisions relatives à l'extension des établissements publics et à l'implantation de matériels lourds. Cet amendement n'a pas été retenu par l'Assemblée Nationale.

#### *Article 2.*

Cet article est le cœur du projet de loi. Il confère au Ministre de la Santé le pouvoir de procéder à la « création ou la suppression de services, de lits d'hospitalisation ou d'équipements matériels lourds », en deux étapes :

1° Injonction au conseil d'administration de l'hôpital ;

2° Si le conseil ne prend pas les mesures appropriées, pouvoir de substitution du ministre.

Ces dispositions prennent leur place dans un article 22-1 qui vient, dans la loi hospitalière, à la suite de l'article 22 dans lequel sont énumérées les compétences du conseil d'administration.

Entrent parmi ces compétences de droit commun : « les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de clinique ouverte ». Le conseil d'administration peut donc prendre l'initiative de créer ou de supprimer des services. Ses délibérations sont cependant soumises à l'approbation de l'autorité de tutelle.

Il en est de même en ce qui concerne les programmes et les projets de travaux « relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements » ainsi qu'à l'installation d'équipements matériels lourds.

Le projet de loi double donc cette procédure de droit commun d'une procédure d'exception, plus autoritaire, dans laquelle l'initiative revient au pouvoir central.

L'objectif étant de supprimer des lits excédentaires, pourquoi donner aussi compétence au ministre en matière de création ? Cette précision a pour objet de donner toute latitude au pouvoir central pour demander des réorganisations ou transformations de services ou d'équipements lourds : pour supprimer ici, il peut s'avérer utile de créer là.

Afin d'éviter l'arbitraire, les interventions ministérielles sont entourées de garanties légales que l'Assemblée Nationale a renforcées.

La première est relative aux motifs de l'intervention. Le projet de loi vise deux hypothèses : l'intérêt des malades est menacé, ou bien le fonctionnement de l'établissement est en cause. Ces indications sont, il faut le dire, fort larges. Mais il paraît difficile d'être plus précis au niveau de la loi, étant donné la variété des situations concrètes. Mieux vaut sans doute laisser au ministre une certaine latitude pour apprécier l'opportunité d'une intervention. Le Gouvernement a jugé bon, cependant, étant donné les inquiétudes exprimées par de nombreux députés, de proposer à l'Assemblée Nationale une précision qui a été utilement introduite dans le texte : la demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés au conseil d'administration.

La deuxième garantie réside dans la référence expresse aux besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire : les capacités ne pourront être réduites en-deçà de la couverture des besoins. Cette garantie est cependant relative dans la mesure où il existe peu de secteurs déficitaires actuellement et dans la mesure où, la carte sanitaire n'étant pas immuable, les besoins tendent à être révisés en baisse.

Troisième garantie : le ministre est appelé à s'entourer de conseils. A l'avis de la Commission nationale de l'Équipement sanitaire, l'Assemblée Nationale a ajouté la consultation de la commission régionale compétente (amendement de la commission).

L'Assemblée a également prolongé de deux à quatre mois le délai laissé au conseil d'administration pour exécuter les directives ministérielles. Un délai de deux mois, suffisant pour fermer purement et simplement des locaux peu occupés, paraît manifestement trop court dès lors que s'imposent des aménagements matériels, ou qu'il est nécessaire de régler convenablement des problèmes de personnels.

Enfin l'Assemblée Nationale a voulu protéger le secteur hospitalier public contre un éventuel expansionnisme du secteur privé, crainte émise par la Fédération hospitalière de France. Lorsque des capacités excédentaires auront été supprimées dans un établissement public, le secteur public bénéficiera d'une priorité pour créer à nouveau des lits au cas où les besoins de la population viendraient par la suite à augmenter. Cette disposition est intéressante dans son principe quoique devant en pratique assez rarement s'appliquer.

Votre commission propose l'adoption de l'article 2 sans modification.

*Article 2 bis (nouveau).*

Cet article a été introduit par l'Assemblée Nationale à l'initiative de sa commission. Il s'agit de réparer une erreur de référence dans l'article 25 de la loi hospitalière.

*Article 3.*

Cet article ne concerne plus le secteur hospitalier public, mais le secteur privé.

Il s'agit de soumettre à une autorisation préfectorale — donc d'introduire dans le champ de la carte sanitaire — différents types d'établissements ou de services privés qui se distinguent de l'hospitalisation traditionnelle. Il convient d'éviter leur prolifération qui a des incidences directes sur l'utilisation des capacités des hôpitaux publics et des cliniques privées.

Sont visés :

— les établissements de rééducation fonctionnelle sans capacités d'hébergement (1) et dont les moyens dépassent les normes fixées par décret, c'est-à-dire à l'exclusion des cabinets privés ;

— les établissements et services d'hospitalisation de jour (diagnostic ou traitement des malades) ou d'hospitalisation de nuit (surveillance des malades, particulièrement en psychiatrie) ;

— les établissements ou services d'hospitalisation à domicile.

L'autorisation sera accordée par le préfet de région ou le ministre selon la procédure prévue aux articles 31 et suivants de la loi hospitalière, dans la mesure où elle répond aux besoins de la population exprimés par la carte hospitalière et dans la mesure où l'opération envisagée répond aux normes réglementaires.

Ainsi, ces établissements et services devront être inclus dans la carte hospitalière, et des normes de fonctionnement devront être fixées par décret.

---

(1) Type centres de thalassothérapie.

Dans le secteur public, la création ou l'extension de tels services rattachés à un centre hospitalier relève de la compétence du conseil d'administration sous réserve de l'approbation de l'autorité de tutelle.

On ne peut que se féliciter de voir progressivement émerger une conception plus fine de planification sanitaire qui tienne compte de facteurs moins rigides que les lits d'hospitalisation à proprement parler.

*Article 3 bis (nouveau).*

Introduites par l'Assemblée Nationale à l'initiative de sa commission, ces dispositions ont pour objet de rendre obligatoire la visite de conformité avant la mise en service d'un établissement sanitaire privé. L'article 32 de la loi du 31 décembre 1970 est complété à cet effet. Ainsi, sera vérifié dans tous les cas que l'investissement effectué répond bien à l'autorisation administrative accordée avant le début des travaux.

Des dispositions de même nature existent pour les établissements sociaux et médico-sociaux privés (art. 11 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975).

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*Articles 4 et 5.*

Dans le texte original du projet de loi, l'article 4 avait pour seul objet de remplacer dans les articles 34 et 37 de la loi hospitalière, la référence aux Commissions de l'Hospitalisation, par une référence aux Commissions de l'Équipement sanitaire, les deux instances étant désormais fusionnées.

L'unification de ces deux séries de commissions instaurées par la loi hospitalière de 1970, est une mesure de simplification utile qui devrait faciliter la coordination des secteurs publics et privés.

La Commission nationale et les Commissions régionales de l'Équipement sanitaire sont consultées sur l'élaboration et la révision de la carte sanitaire (découpage des secteurs, perspectives démographiques, indices de besoin), sur les normes des établissements publics et sur leur classement.

La Commission nationale et les Commissions régionales de l'Hospitalisation, ainsi qu'il a déjà été indiqué, donnent leur avis

sur la création et l'extension des établissements sanitaires privés, les décisions de suspension ou de retrait d'autorisation, les projets de contrats de concession. La Commission nationale est en outre consultée sur la classification et les normes applicables aux établissements privés.

L'Assemblée Nationale a complété l'article 4 par des dispositions qui portent également sur l'article 34 de la loi hospitalière, mais qui ne sont pas relatives à la fusion des commissions.

Ces dispositions se trouvaient, dans le projet de loi, à l'article 5 qui a été supprimé en conséquence.

Il s'agit d'assouplir au niveau de loi, l'énoncé des conditions dans lesquelles l'autorisation de création ou d'extension d'un établissement ou d'un équipement lourd dans le secteur privé relève du ministre et non du préfet de région.

Le texte actuel fait référence à la notion de besoins nationaux ou plurirégionaux. En fait, sont soumis à autorisation ministérielle, les équipements nouveaux ou coûteux. La loi est adaptée en conséquence, et renvoie purement et simplement au décret pour fixer la liste des équipements concernés.

#### *Article 6.*

Cet article traite des suppressions de capacités excédentaires dans les établissements privés participant au service public hospitalier, autrement dit les établissements à but non lucratif (notamment centres anticancéreux et nombreux établissements de moyen séjour).

La procédure prévue pour les établissements publics par le nouvel article 22-1 de la loi hospitalière (art. 2 du projet de loi) s'y appliquerait sous réserve d'une particularité due au fait qu'il s'agit d'établissements privés. Si le conseil d'administration ne prend pas les mesures conformes aux recommandations ministérielles dans un délai donné, deux mois porté à quatre mois par l'Assemblée Nationale, le ministre ne procède pas autoritairement à la suppression des lits ou des équipements litigieux. Mais l'établissement encourt le risque d'être rayé de la liste des établissements participant au service hospitalier. Plus indirecte, cette sanction n'en est pas moins aussi rigoureuse : elle conduirait à bref délai à la faillite l'établissement en cause, privé brutalement de la source ordinaire de financement que lui procure le mode de tarification — identique à celui des établissements publics — lié à son statut.

Outre la prorogation du délai accordé à l'établissement pour satisfaire à la demande du ministre, l'Assemblée Nationale a précisé que cette demande devait être motivée et les motifs exposés à l'établissement.

Cette disposition correspond à un amendement de même nature adopté à l'article 22-1 de la loi hospitalière.

#### *Article 7.*

L'article 44 de la loi hospitalière donne la définition de la carte sanitaire.

C'est dans cet article que l'on trouve énumérées les différentes catégories de personnes siégeant dans les Commissions de l'Équipement sanitaire, point qui sera évoqué plus loin à propos de l'article 10 du projet de loi.

L'article 7 prévoyait la possibilité pour ces commissions de siéger en formation restreinte.

La Commission de l'Assemblée s'est opposée à cette initiative qui lui a paru :

— aller à l'inverse de la recherche d'une meilleure coordination obtenue par la fusion des Commissions de l'Équipement sanitaire avec les Commissions de l'Hospitalisation ;

— risquer de susciter des difficultés pour représenter proportionnellement les différentes parties prenantes au sein de ces commissions restreintes ;

— ne pas répondre à un besoin évident.

Le Gouvernement a admis le bien-fondé de ces arguments et l'article 7 a été supprimé par l'Assemblée Nationale.

#### *Article 8.*

Cet article, qui a été supprimé par l'Assemblée Nationale, avait pour objet de donner une base légale à l'approbation d'équipement ou d'installation relevant d'une catégorie pour laquelle la carte hospitalière n'est pas arrêtée. Il en est ainsi, on le sait, de la carte du psychiatrique et de la carte du moyen et du long séjour.

Intéressante à première vue, cette disposition pourrait sembler combler opportunément un vide juridique puisque, selon l'article 48 de la loi hospitalière, « seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire ».

Pourtant, il n'est guère satisfaisant pour le législateur de poser un principe rigoureux si c'est pour aussitôt y apporter une dérogation contradictoire. Mieux vaut se dispenser de reconnaître dans la loi

que la carte sanitaire peut n'être pas arrêtée, et inciter ainsi l'administration à prendre les mesures nécessaires pour qu'elle le soit dans les meilleurs délais.

C'est pourquoi votre commission se range à la solution retenue par l'Assemblée Nationale, à l'initiative de M. Autain et malgré l'opposition du Gouvernement et de la commission.

Les dispositions de l'article 8 ne sont pas indispensables, car depuis des années l'administration est déjà contrainte de trouver les moyens d'autoriser la création ou l'extension d'équipements dans les secteurs ou les régions où il n'existe pas de carte sanitaire.

De surcroît, pour être tout à fait logique, il aurait fallu également prévoir en matière de suppression de lits des dispositions particulières applicables en l'absence de carte sanitaire.

L'important est plutôt que l'administration s'active à l'élaboration de la carte. Pour cela, mieux vaut en l'espèce faire preuve de rigueur et ne pas lui donner la sécurité d'une législation trop pragmatique.

#### *Article 9.*

Cet article est le seul du projet de loi qui concerne à la fois les établissements sanitaires et les établissements sociaux, publics et privés.

Il s'agit de donner une base légale solide aux activités des agents du Ministère de la Santé pour contrôler au sein des établissements l'exécution des lois et règlements. Quiconque s'oppose à ces contrôles sera désormais passible de sanctions.

Ces sanctions sont les mêmes que celles applicables en cas d'obstacle aux inspections dans les établissements d'hospitalisation des femmes enceintes : six jours à six mois d'emprisonnement, une amende de 1 800 F à 20 000 F, et éventuellement la fermeture de l'établissement (art. L. 177 du Code de la Santé).

Votre commission propose d'adopter cet article sans modification.

#### *Article 10.*

Cet article renvoie au décret pour fixer la composition des nouvelles Commissions de l'Équipement sanitaire et prévoit des dispositions transitoires : jusqu'à la parution de ce décret, les commissions en place — de l'équipement sanitaire et de l'hospitalisation — continueront de fonctionner pour leurs compétences respectives.

La composition des deux séries de commissions est d'ores et déjà très voisine :

1° Les Commissions de l'Hospitalisation, présidées par un magistrat, comprennent des représentants des syndicats médicaux et des représentants en nombre égal :

- du Ministre chargé de la Santé ;
- des caisses d'assurance maladie ;
- des établissements qui assurent le service public hospitalier ;
- des établissements d'hospitalisation privés (loi hospitalière, art. 34, dispositions supprimées par l'article 4 du présent projet de loi).

2° Les Commissions de l'Équipement sanitaire comprennent notamment :

- des représentants des ministères intéressés ;
- des élus locaux ;
- des représentants des caisses d'assurance maladie ;
- des représentants des établissements publics et privés (loi hospitalière, art. 44).

L'Assemblée Nationale, sur proposition de sa commission, a ajouté expressément les syndicats médicaux au nombre des organismes représentés au sein des Commissions de l'Équipement sanitaire.

Cette précision paraît opportune puisque ces commissions vont hériter des compétences des commissions de l'hospitalisation où siègent des médecins. Toutefois, la liste donnée par la loi des catégories représentées aux Commissions de l'Équipement sanitaire n'étant pas limitative, des représentants des médecins (Conseil de l'Ordre et syndicats) y sont d'ores et déjà officiellement présents.

Votre commission propose d'adopter cet article sans modification.

## TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, modifiée par les lois n°s 71-1025 du 4 décembre 1971, 73-3 du 2 janvier 1973 et 78-11 du 4 janvier 1978.</p> <p>.....</p> <p>Art. 4. — Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :</p> <p>1° Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.</p> <p>Les centres hospitaliers comportent :</p> <p>a) Des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante ;</p> <p>b) Eventuellement des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;</p> <p>c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales ;</p> <p>d) Eventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.</p>			

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement.</p>			
<p>2° Centres de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales, s'ils ont pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus.</p>			
<p>Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de long séjour au sens défini au 3° ci-dessous.</p>		Article premier A (nouveau).	Article premier A.
<p>3° Centres de long séjour, s'ils ont pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.</p>			
<p>Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de moyen séjour au sens défini au 2° ci-dessus.</p>			
<p>4° Unités d'hospitalisation dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.</p>		A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, au treizième alinéa (4°), les mots : « ... unités d'hospitalisation... », sont remplacés par les mots : « ... hôpitaux locaux... ».	Conforme.
<p>Certains de ces établissements ou unités d'hospitalisation, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.</p>			
<p>Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.</p>			

**Texte en vigueur.**

**Texte du projet de loi.**

**Texte adopté  
par l'Assemblée Nationale.**

**Propositions  
de la commission.**

Article premier.

Article premier.

Article premier.

A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est abrogé l'alinéa rédigé comme suit :

A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

Alinéa sans modification.

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

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

« Le classement des établissements est arrêté par l'autorité administrative dans des conditions définies par voie réglementaire. »

« Le classement des établissements et des unités d'hospitalisation est arrêté...

... voie réglementaire. »

.....

Art. 20. — Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art. 2 A (nouveau).

Art. 2 A.

Le premier alinéa de l'article 20 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les nouvelles dispositions suivantes :

Alinéa sans modification.

« Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, départementaux ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés, après avis de la commission nationale ou régionale de l'équipement sanitaire, par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire. Lorsque la décision appartient au préfet de région, un recours peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire. »

« Les établissements...

... voie réglementaire. »

Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 22, par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement sont déterminées par décret.

.....

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>Art. 22. — Le conseil d'administration délibère sur :</p> <p>1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;</p> <p>2° Les propositions de prix de journée ;</p> <p>3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;</p> <p>4° Les emprunts ;</p> <p>5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;</p> <p>6° Le règlement intérieur ;</p> <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>8° Les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de clinique ouverte ;</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 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 ;</p> <p>11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;</p>	<p>Art. 2.</p> <p>Il est ajouté, après l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article 22-1 rédigé comme suit :</p>	<p>Art. 2.</p> <p>Alinéa sans modification.</p>	<p>Art. 2.</p> <p>Conforme.</p>

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p>	<p>« Art. 22-1. — Lorsque l'intérêt des malades ou le fonctionnement d'un établissement le justifie et dans la limite des besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire prévue à l'article 44, le Ministre chargé de la Santé peut, après avis de la Commission nationale de l'Équipement sanitaire, demander au conseil d'administration d'adopter les mesures nécessaires, comportant éventuellement un nouveau programme, la création ou la suppression de services, de lits d'hospitalisation ou d'équipements matériels lourds.</p>	<p>Art. 22-1. — Lorsque...  ... après avis de la Commission nationale de l'Équipement sanitaire, et de la Commission régionale de l'Équipement sanitaire, demander...  ... lourds.  La demande du Ministre doit être motivée et les motifs exposés au conseil d'administration.</p>	
<p>13° Les actions judiciaires et les transactions.</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>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>	

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>.....</p> <p>Art. 25. — Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :</p> <p>1° Des agents titulaires ou stagiaires, y compris les pharmaciens à temps plein, soumis aux dispositions du Livre IX du Code de la santé publique ;</p> <p>2° A titre exceptionnel ou temporaire, des agents contractuels ;</p> <p>3° Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements ;</p> <p>4° Des médecins, des biologistes et des odontologistes attachés des hôpitaux dont le statut est fixé par décret en Conseil d'Etat, dans le délai prévu à l'alinéa 5 du présent article ; ledit décret étendra les dispositions de l'alinéa 6 du présent article aux attachés justifiant d'un seuil minimum de vacations hebdomadaires.</p>	<p>Dans le cas où cette demande n'est pas suivie d'effet dans le délai de deux mois, le Ministre prend les mesures appropriées au lieu et place du conseil d'administration.</p>	<p>Dans le cas...</p> <p>... dans le délai de quatre mois, le Ministre...</p> <p>... d'administration.</p> <p>« Au cas où la carte sanitaire ferait de nouveau apparaître un déficit de services, de lits d'hospitalisation, ou d'équipements matériels lourds dans un secteur sanitaire où une suppression d'un de ces éléments aurait été opérée dans un établissement public, le secteur hospitalier public bénéficiera d'une priorité pour réaliser la ou les créations qui pourraient être autorisées à due concurrence des suppressions antérieures. »</p>	<p>Art. 2 bis.</p> <p>Conforme.</p>
		<p>Art. 2 bis (nouveau).</p>	

**Texte en vigueur.**

**Texte du projet de loi.**

**Texte adopté  
par l'Assemblée Nationale.**

**Propositions  
de la commission.**

Les dispositions des paragraphes 3° et 4° du présent article ne sont pas applicables aux praticiens des unités d'hospitalisation mentionnées au 3° de l'article 4 de la présente loi.

Dans un délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret fixera le statut de tous les membres du personnel médical qui exercent leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

Ce statut déterminera les titres, fonctions et rémunérations des intéressés, leurs conditions d'exercice, leurs conditions de promotion, les mesures transitoires et un régime de protection sociale complémentaire.

En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la nomination des intéressés peut, sauf démission, être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.

Le conseil d'administration de l'établissement, agissant de sa propre initiative ou à la demande du médecin inspecteur régional de la santé, après audition de l'intéressé et avis de la commission médicale consultative, demande au préfet du département, par une délibération motivée, de mettre fin aux fonctions de l'intéressé.

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

L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un re-

Au sixième alinéa de l'article 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, sont substitués aux mots : « mentionnés au 3° de l'article 4 de la présente loi », les mots : « mentionnés au 4° de l'article 4 de la présente loi ».

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>cours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite, devant une Commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Art. 3.</p> <p>Au premier alinéa de l'article 31 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, il est inséré un 3° rédigé ainsi qu'il suit :</p>	<p>Art. 3.</p> <p>Après le troisième alinéa (2°) de l'article 31... ... ainsi qu'il suit :</p>	<p>Art. 3.</p> <p>Conforme.</p>
<p>Art. 31. — Sont soumises à autorisation :</p>	<p>« 3° La création ou l'extension :</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>1° La création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ;</p>	<p>« — de tout établissement privé de rééducation fonctionnelle ne comportant pas de moyens d'hospitalisation et dont les moyens dépassent les normes fixées par décret ;</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>2° L'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.</p>	<p>« — de tout centre ou service privé d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation de nuit, et de tout centre ou service privé d'hospitalisation à domicile répondant à la définition qui en est donnée par décret. »</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>	

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>Le refus d'autorisation devra être motivé.</p>		<p>Art. 3 bis (nouveau).</p>	<p>Art. 3 bis.</p>
<p>Art. 32. — L'autorisation prévue à l'article 31 ci-dessus est donnée avant le début des travaux ou l'installation de l'équipement matériel.</p>		<p>Au deuxième alinéa de l'article 32 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, après les mots : « elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner », sont ajoutés les mots : « sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par la voie réglementaire ».</p>	<p>Conforme.</p>
<p>Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 272 du Code de la Sécurité sociale.</p>			
<p>.....</p>			
<p>Art. 34. — L'autorisation visée à l'article 31 ci-dessus est donnée par le préfet de région, après avis d'une Commission régionale de l'Hospitalisation. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre chargé de la Santé publique, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis d'une Commission nationale de l'Hospitalisation.</p>	<p>Art. 4.</p> <p>Le premier alinéa de l'article 34 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« L'autorisation mentionnée à l'article 31 est donnée par le préfet de région après avis de la Commission régionale de l'Equipement sanitaire prévue à l'article 44. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre chargé de la Santé, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis de la Commission nationale de l'Equipement sanitaire prévue à l'article 44. »</p>	<p>Art. 4.</p> <p>I. — Les deux premiers alinéas de l'article 34 de...  ... suivantes : Alinéa sans modification.</p> <p>« Un décret fixe la liste des établissements ou équipements pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée que par le Ministre chargé de la Santé après avis de la Commission nationale de l'Equipement sanitaire. »</p>	<p>Art. 4. Conforme.</p>
<p>Pour certains établissements, catégories ou groupes d'établissements répondant à des besoins nationaux ou plurirégionaux dont la liste est fixée par décret, l'autorisation relève du Ministre, après avis de la Commission nationale.</p>			
<p>Dans chaque cas, la décision du Ministre ou du préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la</p>			

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.</p>	<p>Le dernier alinéa de l'article 34 est abrogé.</p>	<p>II. — Le dernier alinéa de l'article 34 est abrogé.</p>	
<p>Les commissions régionales et la Commission nationale de l'Hospitalisation sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire et comprennent des représentants des syndicats médicaux et des représentants, en nombre égal, du Ministre chargé de la Santé publique, des caisses d'assurance maladie, des établissements qui assurent le service public hospitalier et des établissements d'hospitalisation privés.</p>			
<p>Art. 37. — En cas d'urgence tenant à la sécurité des malades, le préfet peut prononcer la suspension de l'autorisation de fonctionner. Dans le délai d'un mois de cette décision, le préfet doit saisir la Commission régionale d'Hospitalisation qui, dans les deux mois de la saisine, confirme ou infirme la mesure prise par le préfet.</p>	<p>A l'article 37, les mots « Commission régionale de l'Hospitalisation » sont remplacés par « Commission régionale de l'Equipement sanitaire prévue à l'article 44 ».</p>	<p>III. — A l'article 37, les mots...  ... à l'article 44.</p>	
<p>Art. 34 (deuxième alinéa). — Voir ci-dessus.</p>	<p>Art. 5.  Le deuxième alinéa de l'article 34 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>Art. 5.  <i>Supprimé.</i> (Cf. art. 4-I.)</p>	<p>Art. 5.  Suppression conforme.</p>
<p>Art. 41. — Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont admis à participer, sur leur demande ou sur celle de la</p>	<p>« Toutefois, un décret fixe la liste des établissements ou équipements pour lesquels l'autorisation est donnée par le Ministre chargé de la Santé, après avis de la Commission nationale de l'Equipement sanitaire. »</p>		

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier.</p>			
<p>Ils font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.</p>			
<p>Leurs dépenses de fonctionnement doivent être couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements d'hospitalisation publics.</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>			
<p>Art. 42. — Les établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux visés à l'article 41, peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.</p>	<p>Art. 6.</p> <p>Il est ajouté, après l'article 42 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article 42-1 rédigé ainsi qu'il suit :</p> <p>« Art. 42-1. — Sans préjudice des dispositions de l'article 36 ci-dessus, les dispositions du premier alinéa de l'article 22-1 sont applicables aux établissements privés participant au service public hospitalier.</p>	<p>Art. 6.</p> <p>Il est ajouté après l'article 41 de la loi... ... un article 41-1 rédigé ainsi qu'il suit :</p> <p>« Art. 41-1. — Sans préjudice des dispositions... ... hospitalier.</p>	<p>Art. 6.</p> <p>Conforme.</p>
<p>Ces contrats comportent :</p> <p>1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre, dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement ou service d'hospitalisation de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits :</p>	<p>« Au cas où la demande du Ministre n'est pas suivie d'effet dans le délai de deux mois, l'établissement peut être rayé par décret de la liste des établissements participant au service hospitalier. »</p>	<p>« La demande du Ministre doit être motivée et les motifs exposés à l'établissement.</p> <p>« Au cas où la demande... ... dans le délai de quatre mois, l'établissement... ... hospitalier. »</p>	
<p>2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article 40 ci-dessus.</p>			

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>L'établissement concessionnaire conserve son individualité et son statut propre pour tout ce qui concerne sa gestion.</p>	<p>Art. 7.</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est complété par la phrase suivante :</p>	<p>Art. 7.</p> <p><i>Supprimé.</i></p>	<p>Art. 7.</p> <p>Suppression conforme.</p>
<p>Art. 44. — Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une Commission nationale de l'Équipement sanitaire, la carte sanitaire de la France.</p>	<p>Le même décret détermine les cas où ces commissions peuvent siéger en formation restreinte.</p>		
<p>La composition des commissions régionales et de la Commission nationale de l'Équipement sanitaire, qui comprendront notamment des représentants des ministères intéressés, des représentants élus des collectivités locales, des représentants des caisses d'assurance maladie et des représentants des établissements d'hospitalisation publics et privés, sera définie par décret.</p>			
<p>La carte sanitaire de la France détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :</p>			
<p>1° Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;</p>			
<p>2° Pour chaque secteur et pour chaque région sani-</p>			

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
<p>taire, la nature, l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ;</p> <p>3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.</p> <p>Pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipements matériels lourds à réaliser.</p> <p>La carte sanitaire peut être révisée à tout moment ; elle est révisée obligatoirement lors de l'élaboration de chaque plan de modernisation et d'équipement.</p>	<p>Art. 8.</p> <p>Après l'article 48 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est inséré un article 48-1, rédigé ainsi qu'il suit :</p>	<p>Art. 8.</p> <p><i>Supprimé.</i></p>	<p>Art. 8.</p> <p>Suppression conforme.</p>
<p>Art. 48. — Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.</p> <p>Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire.</p>	<p>« Art. 48-1 (nouveau). — Lorsqu'une demande d'autorisation ou d'approbation concerne un établissement ou un équipement appartenant à une catégorie pour laquelle la carte sanitaire n'est pas arrêtée, l'autorité administrative, après avis de la Commission de l'Équipement sanitaire compétente,</p>		

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale.	Propositions de la commission.
	<p>accorde l'autorisation ou l'approbation, si l'établissement ou l'équipement correspond aux besoins de la population et satisfait aux normes fixées. »</p>		
	<p align="center">Art. 9.</p>	<p align="center">Art. 9.</p>	<p align="center">Art. 9.</p>
	<p>L'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux, par les médecins-inspecteurs de la Santé, les pharmaciens inspecteurs, les fonctionnaires de catégorie A ou agents assimilés des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales et les membres de l'inspection générale des affaires sociales.</p>	<p>Sans modification.</p>	<p>Conforme.</p>
	<p>Quiconque fait obstacle au contrôle prévu par le présent article est passible des sanctions édictées à l'article L. 177 du Code de la Santé publique.</p>		
	<p align="center">Art. 10.</p>	<p align="center">Art. 10.</p>	<p align="center">Art. 10.</p>
	<p>Un décret fixera la nouvelle composition de la Commission nationale et des Commissions régionales de l'Équipement sanitaire. Jusqu'à l'installation de ces commissions dans leur nouvelle composition, la Commission nationale et les Commissions régionales de l'Hospitalisation mentionnées à l'article 34 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 demeureront en fonctions.</p>	<p>I. — Un décret...</p>	<p>Conforme.</p>
		<p>... en fonctions.</p>	
<p>Art. 44. (Voir ci-dessus.)</p>		<p>II. — Dans le deuxième alinéa de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, après les mots : « des représentants des caisses d'assurance maladie », sont insérés les mots : « des représentants des syndicats médicaux ».</p>	

## CONCLUSIONS

Pour conclure les quelques observations contenues dans ce rapport, nous soulignerons que **l'application du présent projet de loi :**

— **ne doit conduire à mettre en cause ni l'intérêt des malades, ni la qualité des soins ;**

— **doit reposer sur une large concertation avec les conseils d'administration des établissements concernés et sur une meilleure connaissance de l'appareil socio-sanitaire.**

Ces conditions doivent être préalablement remplies pour que les pouvoirs nouveaux conférés au pouvoir central afin de mieux maîtriser l'équipement soient tolérables et efficaces.

Dans cet esprit, *vo*tre commission des Affaires sociales insiste auprès du Gouvernement :

1" *Pour que soit accélérée la procédure de classement des établissements publics, qui devrait permettre, à terme, une meilleure utilisation des équipements. Les malades doivent être hébergés dans les services qui sont adaptés à leur état. L'occupation inadéquate des locaux existants nuit à l'appréciation convenable des surcapacités.*

A ce propos, il serait hautement souhaitable d'uniformiser les modes de prise en charge par la sécurité sociale dans les différents types d'établissements de long séjour, psychiatriques compris, en parachevant l'œuvre entreprise par la loi du 4 janvier 1978. La prise en charge à 100 % du séjour dans les établissements psychiatriques constitue en effet une incitation à y faire entrer des personnes âgées qui ne devraient pas y avoir place ;

2" *Pour que soit accélérée la procédure de revision de la carte sanitaire de médecine-chirurgie-obstétrique, et pour que soient rapidement publiées la carte du moyen séjour, celle du long séjour et celle de la psychiatrie ;*

3" *Pour que soit tenu compte, dans l'évolution des besoins, du développement, actuel et prévisible, des techniques médicales, des formes nouvelles de traitements (hôpital de jour, sectorisation psychiatrique...) et, pour le long séjour, des capacités d'hébergement offertes par les établissements sociaux.*

En matière d'hébergement des personnes âgées, l'élaboration d'une *carte commune au secteur sanitaire et au secteur social* devrait être retenue comme objectif à terme. La constitution d'un fichier informatique national des établissements sanitaires et sociaux, préconisée par une circulaire (n° 79/1 DOMI du 3 juillet 1979), paraît une démarche positive dans une telle perspective ;

4° *Pour que soit mise en œuvre, afin d'éviter dans l'avenir les doubles emplois en matière d'acquisition de matériel médical aussi bien que la spécialisation incontrôlée de services hospitaliers, une planification plus fine au moins en ce qui concerne certaines disciplines, permettant d'effectuer des arbitrages entre les investissements préconisés par les différents établissements.* Le niveau régional paraît adéquat. Peut-être serait-il souhaitable, dans cette perspective, de faire du préfet de région l'autorité de tutelle unique pour les établissements sanitaires publics comme pour les établissements privés.

\*  
\* \*

Sous réserve de ces recommandations et sous le bénéfice des observations contenues dans le présent rapport, votre commission demande au Sénat d'adopter le projet de loi modifié par les amendements dont la teneur suit :

## **AMENDEMENTS PRESENTES PAR LA COMMISSION**

### **Article premier.**

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

... établissements...,

ajouter les mots :

... et des unités d'hospitalisation.

### **Article 2 A.**

**Amendement :** Supprimer la dernière phrase de cet article.

# ANNEXE



## ANNEXE

---

### **NOTE SUR LES MESURES RECENTES PRISES PAR LE GOUVERNEMENT POUR FREINER LA CROISSANCE DES DEPENSES HOSPITALIERES**

Après une pause en 1977, la croissance des dépenses d'assurance maladie a repris au taux de 19,8 p. 100 en 1978.

Les dépenses d'hospitalisation ont augmenté particulièrement vite : 24,4 p. 100 en 1978, 24,2 p. 100 pendant les cinq premiers mois de 1979.

Le Gouvernement a pris les mesures suivantes :

#### 1. *Circulaire du 29 mars 1979.*

Les directeurs d'hôpitaux sont invités à instaurer une *comptabilité des dépenses engagées*.

Les budgets primitifs pour 1979 devront être respectés, donc *pas de budgets supplémentaires* ; pour 1980, les budgets primitifs devront être élaborés sur la base des budgets primitifs pour 1979.

Une *mission d'assistance technique* auprès des gestionnaires hospitaliers est créée.

#### 2. *Plan de redressement de l'assurance maladie annoncé le 25 juillet 1979 par le Ministre de la Santé (mesures relatives à l'hôpital).*

Les directives de la circulaire du 29 mars 1979 sont confirmées : pas de budgets supplémentaires.

En outre :

— toute dépense supplémentaire indispensable doit être gagée par des économies à due concurrence ;

— les hôpitaux bénéficiant d'excédents de trésorerie par suite de l'accroissement imprévu de leur activité sont invités à *rembourser les avances permanentes* consenties par les caisses primaires d'assurance maladie ;

— aucune dépense d'*investissement* nouvelle ne pourra être engagée, à l'exception des opérations d'*humanisation* ;

— les tarifs des cliniques privées sont bloqués.

Ces directives, adressées par le Premier Ministre aux préfets, par télégramme en date du 25 juillet, seront précisées par voie de circulaire.

#### 3. *Circulaire du 4 septembre 1979 (Investissements).*

Aucun investissement nouveau ne pourra être autorisé si les dépenses de fonctionnement qu'il entraîne ne sont pas compensées par des économies (par exemple : suppression de lits inoccupés).

Seuls, certains types d'investissements échappent à cette règle, notamment les opérations d'*humanisation*.

4. *Circulaire du 15 septembre 1979 (Prix de journée 1980).*

En 1980, les budgets hospitaliers (1) ne devront pas augmenter de plus de 11,8 p. 100 (taux de croissance du P. I. B.) par référence aux budgets primitifs de 1979.

Moyennant : 10,8 p. 100 d'augmentation des salaires ; 9,8 p. 100 de hausse des prix ; 0 p. 100 de croissance d'effectifs.

Il s'agit donc de l'instauration d'une *enveloppe globale* par établissement. Une procédure de dérogation est prévue à l'échelon de l'administration centrale.

5. *Circulaire du 17 septembre 1979 (Respect des budgets primitifs pour 1979).*

Aucun budget supplémentaire, même gagé sur des recettes dues à une activité plus importante que prévue, ne doit être approuvé pour 1979.

Les établissements sont invités à régler leurs difficultés par des virements de compte à compte.

Ils sont autorisés à verser avec retard les cotisations d'allocations familiales dues au titre de 1978 et début 1979 (sans préjudice pour la C. N. A. F., le relais étant assuré par la Caisse des dépôts).

---

(1) Non comprises toutefois les dépenses suivantes :

Extension à l'ensemble des hôpitaux de la prime de treize heures, précédemment attribuée aux seuls personnels de l'Assistance publique ;

S. A. M. U.