

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

24/04/1996

Rapport au Président de la République

Monsieur le Président,

Notre système hospitalier a connu depuis plusieurs décennies de profondes transformations. Les besoins et les attentes de la population ont crû très vite ; les techniques, les modes de prise en charge des patients et les pathologies ont évolué. Les hôpitaux ont vu leurs activités se développer et se diversifier rapidement.

Grâce à la compétence et au dévouement de tous les personnels au service des patients, ceux-ci ont pu bénéficier des meilleurs traitements, dans des hôpitaux qui ont su rester accessibles à tous et prendre en charge de nouveaux besoins.

Il faut préserver cet acquis essentiel et permettre à notre système hospitalier de faire de nouveaux progrès. Tel est l'objectif de la présente ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Cette réforme s'appuie sur les grands principes qui fondent aujourd'hui notre dispositif hospitalier : l'accès de tous à l'hôpital et la possibilité pour les patients de choisir leur mode d'hospitalisation entre les établissements publics de santé et les cliniques privées ; l'unité et l'autonomie des établissements ; la spécificité des différents établissements, qu'il s'agisse des hôpitaux publics en général, qui assurent des missions de service public, et notamment des hôpitaux régionaux, à vocation universitaire, des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux locaux ou qu'il s'agisse des établissements privés participant au service public hospitalier, notamment des centres de lutte contre le cancer.

La réforme vise ainsi, conformément aux orientations présentées au Parlement à la mi-novembre 1995 par le Premier ministre, à mieux organiser l'ensemble du dispositif de prise en charge hospitalière. Il s'agit d'assurer l'accès de tous les malades à des soins dont la qualité et la sécurité doivent être préservées et améliorées, dans le respect des objectifs qui seront désormais définis par le Parlement à la suite de la révision constitutionnelle adoptée par le Congrès le 19 février 1996. Pour tous les acteurs de l'hospitalisation, le malade doit être plus que jamais le coeur de l'action.

A cette fin, le triple souci de la responsabilisation, de la qualité des soins et de la meilleure insertion de l'hôpital dans son environnement constitue le fil directeur de cette réforme.

C'est au sein même des établissements de santé que la responsabilité doit d'abord s'exprimer. En effet, tous les personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs doivent, ensemble, pleinement participer à l'organisation et à la gestion de l'hôpital. Pour allier la qualité des soins et une bonne organisation, la participation active des médecins et des équipes paramédicales de l'hôpital est indispensable. C'est la raison pour laquelle la présente ordonnance prévoit que, dans les établissements publics de santé, les équipes médicales et paramédicales peuvent constituer à leur initiative des centres de responsabilité. Ces centres bénéficient d'un budget et de délégations de gestion, afin de mettre en oeuvre au bénéfice des patients les objectifs et les moyens qui sont fixés par contrat avec le directeur de l'établissement.

C'est également à travers un contrat que sont définis, dans une perspective pluriannuelle, les objectifs et les moyens des établissements de santé. La visibilité que leur procurera ce contrat leur permettra de mener une politique autonome et responsable, afin de s'adapter aux évolutions rendues nécessaires par les besoins de la population. L'ensemble de l'établissement concourra, autour du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, à la préparation de ce contrat, qui s'appuiera sur le projet médical, le projet de soins infirmiers et le projet d'établissement.

La clarification des responsabilités se retrouve au sein de l'agence régionale, qui conclut les contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements. En effet, les agences régionales d'hospitalisation qui sont créées dans chaque région permettront de constituer une autorité de décision cohérente, compétente tant pour l'hospitalisation publique que pour l'hospitalisation privée, qui remédiera à l'actuelle dispersion des responsabilités, des moyens et des compétences entre les différents services de l'Etat et l'assurance maladie.

Cette autorité, exercée notamment par un directeur nommé en conseil des ministres, associe les services de l'Etat et de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-au-president-de-la-republique-relatif-a-lordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

l'assurance maladie, en mettant à la disposition des agences, pour ce qui relève de leur compétence, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et les caisses régionales d'assurance maladie. Les agences régionales prennent sur les sujets les plus importants l'avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale, au sein duquel seront représentés les professionnels de santé, les administrateurs de l'assurance maladie, les élus ou les syndicats les plus représentatifs de la région. Les décisions de l'agence peuvent faire l'objet de différentes formes de recours.

Il importe aussi de développer des dispositifs spécifiquement dirigés vers l'objectif de qualité de soins. La présente ordonnance prévoit ainsi de créer en France un système d'accréditation des établissements de santé comparable à ceux qui se sont développés avec succès dans plusieurs pays étrangers. Tous les établissements de santé doivent s'engager d'ici à cinq ans dans une procédure d'accréditation de leurs activités qui appréciera la qualité de celles-ci. Les visites d'accréditation seront réalisées par des experts indépendants agréés par une Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cette agence est elle-même chargée d'élaborer les méthodes de l'accréditation et de valider les rapports d'accréditation établis par les experts. L'agence, administrée par un conseil d'administration où les professionnels de santé sont largement majoritaires, s'appuie sur un conseil scientifique indépendant.

Dans la même optique, l'évaluation des soins s'appuiera sur les bonnes pratiques cliniques définies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé selon les méthodes scientifiques qui président déjà pour la médecine ambulatoire à l'élaboration des références médicales. L'ordonnance sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins prévoit en outre que la formation médicale continue est également généralisée aux médecins hospitaliers.

Un troisième axe de la réforme consiste à favoriser l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement. Il s'agit en effet de renforcer leur participation à une réponse globale du système de soins aux besoins de santé de la population.

Les coopérations entre établissements doivent tout d'abord se développer. La présente ordonnance prévoit à cet effet que tous les établissements publics doivent dans les trois ans à venir inscrire leur développement dans une communauté d'établissements dans le cadre du secteur sanitaire. Ce principe permet de développer toutes les coopérations possibles entre établissements, tout en préservant des dispositifs souples et adaptés aux particularités de chaque situation. Par ailleurs, une nouvelle modalité de coopération entre les établissements publics et privés est rendue possible : le groupement de coopération sanitaire permet aux hôpitaux et aux cliniques privées de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs.

L'ouverture de l'hôpital, au-delà même des formules d'alternatives à l'hospitalisation qu'il faut promouvoir, doit également s'effectuer vers la médecine de ville. Les établissements de santé sont donc incités à développer des réseaux de soins avec des praticiens libéraux. La coopération ville-hôpital doit également trouver une traduction au sein des structures de pilotage, afin que l'offre de soins soit considérée d'une manière globale : ainsi, les agences régionales de l'hospitalisation et les futures unions régionales de caisses d'assurance maladie, créées par l'ordonnance sur l'organisation de la sécurité sociale, verront institutionnaliser leur coopération.

Par ailleurs, compte tenu de l'importance qu'ont pris les enjeux sociaux à l'hôpital, un lien fort doit être préservé et développé entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, et, plus généralement encore, l'ensemble des dispositifs sociaux. La participation étroite au travail des agences régionales de l'hospitalisation des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales permet d'assurer ce lien essentiel.

Enfin, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, qui, comme le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie, sera vice-président de l'agence, veillera à faire prendre en compte par celle-ci les orientations de la conférence régionale de santé. Cette conférence, institutionnalisée par l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et qui concerne pleinement le monde hospitalier, se prononce en effet sur les priorités sanitaires de la région et est organisée par la D.R.A.S.S. L'agence régionale de l'hospitalisation doit lui faire rapport chaque année sur la prise en compte de ces priorités dans son action.

Grâce à l'ensemble de ces dispositifs, l'ambition de la présente ordonnance est de parvenir à concilier l'accès de tous à des soins de qualité et la maîtrise de la croissance des dépenses hospitalières.

A partir de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, qui sera fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, seront déterminés pour chaque région, avec la volonté de répondre aux besoins de la population et de réduire les inégalités interrégionales, la dotation hospitalière pour les établissements publics et privés participant au service public et l'objectif quantifié pour les cliniques privées. La dotation régionale a un caractère limitatif et l'objectif quantifié régional est opposable aux établissements privés lucratifs dès 1998. Une fongibilité est créée entre ces financements, gérés par la <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-au-president-de-la-republique-relatif-a-lordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privée/>

même agence régionale. L'agence régionale sera à même de comparer la totalité des coûts des différents établissements et pourra, en tenant compte de leurs missions spécifiques, encourager le développement des structures les moins coûteuses et remédier, notamment grâce aux contrats, aux inégalités de moyens qui sont constatées entre les hôpitaux. L'utilisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.), généralisée dans les cliniques privées comme dans les hôpitaux publics, l'aidera à réaliser une allocation des ressources plus efficace.

Ces modalités de financement, clarifiées par l'existence de contrats pluriannuels, favoriseront l'adaptation programmée des établissements de santé et l'évolution de leurs activités en fonction des besoins. L'opposabilité du schéma régional d'organisation sanitaire et de ses annexes garantira que l'évolution de chaque établissement s'inscrit dans un cadre régional cohérent. Des moyens d'action renforcés sont donnés à l'agence régionale d'hospitalisation pour appliquer ce schéma.

Ainsi, les évolutions souhaitables pour notre système hospitalier pourront s'engager sans délai car la réforme répond à des exigences sanitaires, sociales et financières qui nécessitent des réponses urgentes et la participation de tous.

Le titre Ier est relatif aux droits des malades.

L'article 1er comporte plusieurs dispositions relatives aux droits des malades. En particulier, il prévoit que les établissements doivent réaliser des évaluations régulières auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour et de leur prise en charge. Ils doivent leur remettre un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé.

Afin d'assister et d'orienter les patients qui s'estiment victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, une commission de conciliation est créée au sein de tous les établissements de santé publics et privés.

Le titre II est relatif à l'évaluation, à l'accréditation et à l'analyse de l'activité (art. 2 à 7).

L'article 2 définit l'accréditation des établissements de santé. Il s'agit d'une procédure externe à un établissement de santé dont l'objectif est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement.

L'initiative de l'accréditation appartient à l'établissement, mais les établissements, publics comme privés, devront s'être engagés dans une accréditation dans un délai de cinq ans à compter de la publication de la présente ordonnance. L'agence régionale de l'hospitalisation joue un rôle incitatif durant cette période au travers de la procédure contractuelle ou d'une demande faite à l'établissement. A l'expiration de cette période, elle peut déclencher la procédure d'accréditation.

Le rapport d'accréditation est transmis à l'établissement concerné et n'est communiqué qu'à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

L'article 4 crée une instance indépendante et professionnelle chargée de la mise en oeuvre de l'accréditation : l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (A.N.A.E.S.).

Au titre de sa mission d'accréditation, l'A.N.A.E.S. est chargée de la production de référentiels de qualité, élaborés avec les professionnels, de la diffusion de ces référentiels et de l'accréditation des établissements.

L'A.N.A.E.S. est par ailleurs chargée d'une mission d'évaluation en santé, qui concerne le champ hospitalier et ambulatoire, conformément aux dispositions de l'ordonnance sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Elle reprend les missions de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, qui sont élargies. En particulier, elle élabore et valide les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références médicales. Elle peut également se voir confier des missions d'évaluation des actions et programmes de santé publique.

L'A.N.A.E.S. est constituée sous la forme d'un établissement public national et différentes dispositions garantissent son indépendance. Les représentants des professionnels du monde hospitalier et ambulatoire composent au moins les trois quarts du conseil d'administration et la moitié au moins des membres de celui-ci sont des médecins. Le président et le directeur de l'A.N.A.E.S. sont nommés, après avis du conseil d'administration, par le ministre chargé de la santé.

La qualité scientifique des travaux de l'A.N.A.E.S. est garantie par le conseil scientifique, dont la composition et le mode de
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-au-president-de-la-republique-relatif-a-lordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

désignation seront déterminés par voie réglementaire après concertation avec tous les professionnels concernés. Il s'agira de personnalités reconnues pour leur compétence dans le domaine de l'accréditation et de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et issues des sociétés savantes ou d'autres organisations scientifiques et médicales. L'indépendance de la procédure d'accréditation repose sur un collège de l'accréditation composé de professionnels et sur un réseau d'experts agréés.

L'A.N.A.E.S. est financée par des recettes qui lui sont propres, ainsi que par l'Etat et l'assurance maladie.

Les articles 5, 6 et 7 sont relatifs à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et prévoient que les agences régionales de l'hospitalisation disposent de toutes les informations pour réaliser cette mission.

Le titre III est relatif aux contrats d'objectifs et de moyens (art. 8 et 9).

L'article 8 prévoit la conclusion de contrats pluriannuels entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les établissements de santé publics et privés. La démarche de contractualisation permet un meilleur fonctionnement du système hospitalier en renforçant l'autonomie et la visibilité à moyen terme des établissements. Le contrat fixe les modalités d'évaluation périodique de sa mise en oeuvre et prévoit les conséquences financières de son inexécution.

Pour les établissements publics, le contrat détermine les orientations stratégiques des établissements mises en oeuvre dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement. Il fixe les modalités de leur réalisation, notamment les transformations internes auxquelles l'établissement s'engage. La promotion de la qualité des soins et les actions de coopération constituent deux objectifs essentiels du contrat. Sur le plan des moyens, le contrat détermine notamment les critères d'évolution du financement de l'établissement.

Pour les établissements privés, le contrat fixe les tarifs des prestations et se substitue au mécanisme antérieur de conventionnement. Il prévoit en outre les actions susceptibles d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et les coopérations auxquelles les établissements s'engagent.

L'article 9 introduit une procédure de contractualisation interne. Il détermine les conditions dans lesquelles des centres de responsabilité sont créés dans les établissements publics de santé. La participation des équipes médicales et paramédicales est en effet le point d'appui de la réforme. La possibilité pour elles de conclure des contrats avec la direction est l'instrument de cette responsabilisation.

Le titre IV est relatif aux agences régionales de l'hospitalisation (art. 10 à 14).

L'article 10 institue les agences régionales de l'hospitalisation, nouvelle catégorie de groupements d'intérêt public, permettant d'associer les services de l'Etat et l'assurance maladie et d'assurer une unité de décision vis-à-vis des établissements publics et privés.

Placée sous la tutelle directe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chaque agence régionale est compétente pour exercer l'ensemble des missions, en matière de planification des structures et des équipements des établissements de santé publics et privés, et d'allocation de ressources à ces établissements, jusqu'ici assumées par les préfets de région et de département et les caisses régionales d'assurance maladie.

Le directeur de l'agence est nommé par décret en conseil des ministres. Il préside la commission exécutive de l'agence, laquelle est composée à parité de représentants de l'Etat dans la région et les départements, y compris le médecin inspecteur régional, et de représentants des organismes régionaux et locaux de l'assurance maladie, y compris le médecin conseil régional.

La commission exécutive de l'agence est compétente en matière d'autorisations et de contrats pluriannuels. Elle délibère également sur les orientations relatives à l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés, après avis, sur ce dernier point, du comité régional d'organisation sanitaire et sociale, dont la compétence est ainsi élargie. La commission est consultée par le directeur sur les mesures que celui-ci propose de retenir pour assurer la mise en oeuvre de la politique régionale d'offre de soins, ainsi que sur les décisions relatives au budget des établissements financés par dotation globale.

Le directeur exerce au nom de l'Etat l'ensemble des compétences attribuées à l'agence qui ne sont pas confiées à la <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-au-president-de-la-republique-relatif-a-lordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

commission exécutive, en liaison avec celle-ci. Il est notamment compétent pour arrêter la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire, et pour fixer les budgets et arrêter les tarifs d'hospitalisation des établissements publics et privés sous dotation globale. De plus, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation exerce le contrôle des délibérations des conseils d'administration des établissements publics de santé.

Les décisions des agences et de leur directeur seront susceptibles de recours dans les conditions actuelles.

La convention constitutive de chaque agence, conforme à une convention type, devra notamment définir les modalités selon lesquelles les agences bénéficient du concours des services déconcentrés de l'Etat, des caisses d'assurance maladie, des services du contrôle médical ainsi que l'ensemble des moyens qui assureront leur fonctionnement. Elle prévoira aussi les modalités d'accès aux systèmes d'information.

L'article 11 précise que les conventions constitutives doivent être conclues le 31 décembre 1996 au plus tard et déterminent la date à laquelle chaque agence exerce ses compétences à l'égard des établissements de santé, au plus tard le 1er juillet 1997.

Au cours de cette période transitoire, les pouvoirs des directeurs d'agence et des commissions exécutives sont assurés par les représentants de l'Etat, à l'exception de la détermination des tarifs des établissements conventionnés, qui demeurent fixés par la caisse régionale d'assurance maladie jusqu'au moment où l'agence régionale territorialement compétente sera en mesure d'exercer ses attributions en ce domaine.

L'article 12 transfère à l'agence régionale de l'hospitalisation des compétences jusque-là assumées par le représentant de l'Etat. Celles relatives au contrôle des marchés des établissements publics de santé, au renouvellement des nominations des praticiens exerçant à temps partiel à l'issue de chaque période quinquennale d'exercice, à l'approbation du contrat d'activité libérale, à la suspension et au retrait de l'autorisation d'un tel exercice, à la procédure de révision des conditions d'une donation ou d'un legs demeurent du ressort du représentant de l'Etat.

Le titre V est relatif au financement des établissements de santé (art. 15 à 27).

Le chapitre Ier concerne les établissements financés par dotation globale (art. 15 à 20).

L'article 16 prévoit que le montant total annuel des dépenses hospitalières des établissements publics et privés financés par dotation globale est déterminé en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant total annuel est réparti en dotations régionales limitatives.

Cet article affirme l'objectif de réduction des inégalités entre régions et établissements. Il instaure également une fongibilité entre les ressources consacrées respectivement aux établissements publics et privés financés par dotation globale et aux établissements privés financés sur la base de tarifs.

L'article 17 modifie la procédure budgétaire applicable aux établissements publics de santé, ainsi qu'aux autres établissements financés par dotation globale, pour tenir compte du vote de la loi de financement de la sécurité sociale et de l'existence d'une dotation régionale. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avis de la commission exécutive, répartit cette dotation en fonction notamment des besoins de la population traduits par le schéma régional d'organisation sanitaire et de l'activité des établissements.

Le chapitre II est relatif à l'hospitalisation privée non financée par dotation globale (art. 21).

L'article 21 modifie le régime de financement de l'hospitalisation privée.

Il substitue à la convention nationale de l'hospitalisation privée conclue entre les caisses nationales d'assurance maladie et les fédérations représentatives des cliniques privées un contrat tripartite national conclu entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie et ces fédérations. Le premier contrat doit être conclu avant le 31 décembre 1996 (art. 14).

Le contrat tripartite national comporte les mêmes éléments que l'actuelle convention nationale et détermine les modalités de transmission par les établissements des informations sur les frais d'hospitalisation et sur les honoraires des professionnels de santé aux agences régionales afin de permettre à celles-ci de prendre en compte l'ensemble des
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-au-president-de-la-republique-relatif-a-lordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

éléments de coût des établissements, y compris les honoraires.

Le mécanisme de régulation globale du secteur de l'hospitalisation privée par un objectif quantifié national est maintenu.

Toutefois, sa répartition par région est prévue afin de poursuivre un objectif de rééquilibrage interrégional. L'opposabilité des objectifs quantifiés régionaux aux établissements sera effective au 1er janvier 1998.

Le chapitre III est relatif aux établissements relevant du régime du prix de journée (art. 22 à 27).

Ce chapitre vise à mettre fin au régime de financement par prix de journée préfectoral de diverses catégories d'établissements privés dans un but de simplification et d'harmonisation. Ces établissements sont tenus d'opter pour le régime de financement par dotation globale ou pour celui de l'hospitalisation privée.

Le droit d'option devra s'exercer avant le 1er septembre 1996, permettant ainsi aux établissements optant pour le régime du conventionnement un changement au 1er janvier 1997 ; pour les établissements optant pour le régime de la dotation globale, le changement interviendra au 1er janvier 1998.

Le titre VI est relatif à l'organisation et l'équipement sanitaires (art. 28 à 38).

Le titre VI prévoit une série de dispositions destinées à permettre l'adaptation du tissu hospitalier prévue par les schémas d'organisation sanitaire.

L'article 28 rend l'annexe du schéma opposable alors qu'elle n'avait jusqu'alors qu'un caractère indicatif. Cette disposition s'appliquera à la nouvelle génération de schémas.

L'article 29 favorise la constitution de réseaux de soins afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients et d'améliorer la qualité des soins sur l'ensemble du territoire.

L'article 30 promeut la constitution de communautés d'établissements entre structures assurant le service public hospitalier dans une même zone sanitaire afin de rationaliser leur offre de soins, leurs installations et leurs moyens.

L'article 31 crée un collège régional d'experts, qui se substitue à la commission régionale de l'évaluation médicale et qui coopérera avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'article 32 redéfinit le régime du regroupement et de la conversion des installations.

Les articles 33 et 34 obligent tout titulaire d'autorisation à réaliser une évaluation et conditionnent le renouvellement de l'autorisation non seulement à la satisfaction des besoins définis à la carte sanitaire mais également à sa compatibilité avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire et aux résultats de l'évaluation.

L'article 35 subordonne la recevabilité des demandes d'autorisation au cas où il est constaté que les besoins de la population ne sont pas satisfaits.

L'article 36 précise les conditions dans lesquelles le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut prononcer la caducité totale d'une autorisation qui n'a pas été mise en oeuvre dans le délai légal de trois ans, mais aussi sa caducité partielle lorsqu'une partie seulement des installations autorisées a été réalisée.

L'article 37 permet dans certaines conditions à l'agence régionale de l'hospitalisation de retirer une autorisation, totalement ou partiellement, lorsque les installations ou l'activité de soins sont manifestement sous-occupées ou sous-utilisées.

L'article 38 permet au directeur de l'agence régionale d'inciter ou d'obliger les établissements publics de santé à prendre des mesures pour organiser des coopérations indispensables, celles-ci pouvant aller jusqu'à la fusion de ces

établissements.

Le titre VII est relatif à la coopération entre établissements publics et privés de santé (art. 39 et 40).

L'article 39 permet la création de groupements de coopération sanitaire, nouvelle structure de coopération adaptée aux établissements de santé, publics et privés, qui souhaitent, tout en conservant leur autonomie, mettre en commun certains moyens médico-techniques, médicaux et non médicaux dans le domaine des soins.

Doté de la personnalité morale, le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé. Les équipes médicales ou non médicales qui y interviennent relèvent de l'établissement de santé qui les rémunère. Son financement est assuré par les apports et les participations de ses membres. Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports et à leurs participations.

Le titre VIII est relatif à l'organisation des établissements publics de santé (art. 41 à 49).

L'article 41 prévoit que les directeurs des établissements les plus importants sont nommés par décret du Premier ministre.

L'article 42 modifie la composition du conseil d'administration des établissements publics de santé. Afin de faire bénéficier le conseil d'administration de compétences extérieures, il permet au conseil municipal de la commune de rattachement ou, dans le cas d'établissements départementaux, au conseil général, de choisir des représentants en dehors de leur sein. Tirant la conséquence de la création des agences régionales de l'hospitalisation, où les organismes d'assurance maladie sont représentés, il supprime leur participation aux conseils d'administration. Cet article assure désormais la représentation des usagers.

En outre, de nouvelles dispositions permettent au maire ou au président du conseil général, s'ils ne souhaitent pas exercer eux-mêmes la présidence du conseil d'administration, de désigner le président parmi les représentants des collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

Les articles 43, 46 et 47 complètent les attributions respectives du conseil d'administration, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement pour tenir compte des nouvelles dispositions introduites par les titres précédents. En particulier, la commission médicale d'établissement se prononce désormais sur la politique d'amélioration de la qualité, ainsi que sur l'ensemble des actions de coopération, et organise la formation continue des praticiens hospitaliers. Le président de la commission médicale d'établissement est associé à la préparation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu par l'hôpital avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'article 48 aménage les dispositions relatives à la libre organisation des soins et du fonctionnement médical en précisant que l'initiative d'une telle organisation appartient au président de la commission médicale d'établissement, au président du conseil d'administration ou au directeur. La décision est prise par le conseil d'administration, sur avis conforme de la commission médicale d'établissement adopté à la majorité des praticiens titulaires.

L'article 49 aménage le dispositif relatif aux structures qui portaient jusqu'à présent le nom de cliniques ouvertes. Il exclut la création de structures de ce type au sein des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers régionaux. Il interdit le paiement direct des honoraires, instaure une procédure d'autorisation spécifique de ces structures et prévoit que leur capacité d'accueil ne peut excéder le tiers de la capacité d'accueil totale de l'établissement pour la discipline ou spécialité considérée. Ces dispositions s'appliquent dans le respect de l'organisation et de l'exercice du service public hospitalier et selon les conditions et garanties fixées par voie réglementaire.

Le titre IX comporte des dispositions diverses (art. 50 à 62).

L'article 50 encadre les conditions dans lesquelles les médecins ayant des fonctions d'inspection ou de contrôle ont accès au dossier des malades.

L'article 51 élargit les possibilités pour les établissements de santé de gérer directement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle prévoit que, dans ce cadre, les établissements de santé sont soumis aux conditions énoncées par les lois du 30 juin 1975.

L'article 53 abroge les dispositions relatives aux contrats tripartites, désormais remplacés par les contrats d'objectifs et de moyens.

L'article 54 prévoit la consultation de la commission médicale des établissements privés participant au service public hospitalier sur le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'article 56 prévoit l'adaptation pour l'Assistance publique - hôpitaux de Paris des dispositions prévues par la présente ordonnance.

L'article 57 étend les informations que les organismes de sécurité sociale doivent transmettre à sa demande au comptable du Trésor chargé du recouvrement des créances hospitalières.

L'article 58 précise que les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie des soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides sont fixées par voie réglementaire.

L'article 59 proroge jusqu'au 31 décembre 1997 la date limite fixée pour adapter le mode de tarification des cliniques privées.

L'article 60 permet la prise en charge des actions de formation et des aides à la mobilité des praticiens hospitaliers par le fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 du chapitre III de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique.

L'article 61 permet au Gouvernement d'instituer des régimes expérimentaux d'autorisation des installations et activités de soins dans une ou plusieurs régions sanitaires ainsi que de prise en compte des conséquences des innovations technologiques et thérapeutiques.

Tel est l'objet de la présente ordonnance, que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre profond respect.