

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
6^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1978-1979

COMPTE RENDU INTEGRAL — 60^e SEANCE

1^{re} Séance du Jeudi 21 Juin 1979.

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. PIERRE PASQUINI

1. — Dépôt du rapport d'une commission d'enquête (p. 5405).
2. — Equipements sanitaires. — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5406).
Exception d'irrecevabilité de M. Millet : MM. Millet, Perrut, Barbier, rapporteur de la commission des affaires culturelles ; Mme Veil, ministre de la santé et de la famille. — Rejet par scrutin.

Discussion générale :

MM. Fontaine,
Comiti,
Autain,
Francis Geng,
Léger,
Porcu,
Jarosz,
Gouhier,
Garcin,
Bordu,
Balmigère,
Robert Vizet,
Baridon,
Hamel,
Rallite.

Clôture de la discussion générale.

Mme le ministre.

Passage à la discussion des articles.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

3. — Ordre du jour (p. 5427).

PRÉSIDENTE DE M. PIERRE PASQUINI,
vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

DEPOT DU RAPPORT D'UNE COMMISSION D'ENQUETE

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. André Rossinot, président de la commission d'enquête sur la situation de l'emploi et le chômage, le rapport fait au nom de cette commission par M. Philippe Séguin.

Ce rapport sera imprimé sous le numéro 1180 et distribué, sauf si l'Assemblée, constituée en comité secret, décide, par un vote spécial, de ne pas autoriser la publication de tout ou partie de ce rapport.

La demande de constitution de l'Assemblée en comité secret doit parvenir à la présidence dans un délai de cinq jours francs à compter de la publication du présent dépôt au Journal officiel (Lois et décrets) de demain, soit avant le 28 juin 1979.

— 2 —

EQUIPEMENTS SANITAIRES

Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi relatif aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (n° 995, 1051).

Hier soir, l'Assemblée a entendu le rapporteur et le Gouvernement.

En application de l'article 91, alinéa 4, du règlement, M. Millet et les membres du groupe communiste soulèvent une exception d'irrecevabilité.

La parole est à M. Millet.

M. Gilbert Millet. Madame le ministre de la santé et de la famille, la protection de la santé des Français est inscrite dans la Constitution. Or votre projet de loi, qui constitue l'une des pièces de votre politique de santé, compromet gravement cette protection. En s'attaquant à l'appareil hospitalier de notre pays, à ses capacités d'accueil comme à ses équipements, il met en cause la qualité de réponse aux besoins de santé des gens dans une période de leur vie parfois caractérisée par la détresse physique, morale ou sociale. Fondé sur vos principes d'austérité maximale, de rentabilité maximale et, nous le verrons, d'arbitraire et d'autoritarisme maximaux, il crée, dans un domaine dont dépend non seulement le rétablissement de la santé, mais aussi la vie et la mort, des situations de danger.

Il est donc profondément contraire à l'esprit et à la lettre de la Constitution et par conséquent irrecevable.

De quoi est-il question, en effet, dans ce projet ? De l'élimination des lits, des équipements, des services, bref de la casse de pans entiers de l'appareil hospitalier, opération placée directement sous votre direction, par-dessus les intéressés, médecins, élus, conseils d'administration d'établissements. Ceux-ci n'auront, en dernier ressort, d'autre solution que de se soumettre.

Vous êtes, en cela, fidèle aux recommandations de l'inspection générale des affaires sociales qui traduisent bien vos principales orientations. Je ne résiste pas à l'envie de vous citer quelques extraits de son rapport fort significatif de votre démarche.

En préambule de ce rapport, on peut lire : « L'institution d'un contrôle de l'offre en matière de santé a été l'une des principales orientations de la politique sanitaire récente. »

Cela, on le savait. Mais viennent bien vite les regrets : « Si la persuasion devait permettre à l'autorité de tutelle d'atteindre ses objectifs, il faut cependant remarquer qu'elle ne peut d'autorité réviser des programmes, ni fermer les services hospitaliers, ni supprimer des lits autorisés. »

Vient enfin la solution, celle retenue par votre projet de loi : « Le pouvoir de fermer d'autorité un service ou un établissement, après consultation de la commission régionale de l'équipement, devrait être conféré au ministre. » Et plus loin : « L'excédent des lits devrait, en effet, dans un certain nombre de cas, conduire à la fermeture ou à la conversion de services ou d'établissements ne correspondant plus aux besoins de la population. » Ou encore : « L'éventuel problème du reclassement du personnel pourrait souvent se régler en partie par les départs normaux du personnel. Dans les situations de ce type, il pourrait cependant être admis, comme en matière de transport, que la municipalité, si elle le souhaite, assure la survie de l'établissement en supportant le surcoût nécessaire sur son budget. Ces mesures quelque peu autoritaires et exigeant une modification de la loi hospitalière apparaissent indispensables si l'on veut maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières. Il convient de donner à l'Etat le pouvoir de réviser un programme, mais également de fermer ou convertir un service ou un établissement non conforme à la carte sanitaire et dont le coût de fonctionnement s'avérerait excessif au regard de la satisfaction des besoins de la population. »

Tel est donc l'objet de votre projet de loi, projet d'une extrême gravité et qui vous attribuerait le pouvoir discrétionnaire de sabrer dans notre appareil hospitalier.

Mais, au-delà, quelles conséquences, quelles répercussions pour les malades, quelle déviation de la mission de l'hôpital !

Quant à vous, madame le ministre, vous campez sur des indices. Ils constituent vos justificatifs : carte sanitaire, normes, taux d'occupation des lits, etc. Et votre conclusion tombe comme un couperet : il y a en France 67 000 lits de trop.

J'affirme ici qu'il s'agit là d'une véritable mystification, car derrière vos indices schématiques, technocratiques, on ne peut voir en aucun cas de prise en compte des besoins de santé de la population dans leur diversité et leur mouvement. Ce sont des indices arbitraires que vous revisez régulièrement dans le sens de la baisse, et qui vous servent de justifications pseudo-scientifiques à votre politique d'austérité.

En vérité, la carte sanitaire n'a pas été élaborée démocratiquement, et cela pour une simple raison : elle n'aurait pas pour objet de recenser les besoins et d'y répondre. Son objet était de vous donner un instrument pour vous permettre de faire passer l'austérité au milieu de l'appareil hospitalier.

Bref, une carte sanitaire alibi dont vous êtes assez fière d'ailleurs, car vous la proposez en exemple à vos collègues ministres européens à Strasbourg où vous déclarez : « Les pouvoirs publics doivent pouvoir disposer des instruments juridiques et des moyens administratifs nécessaires à la maîtrise des équipements et des lits hospitaliers. La France s'est dotée, à cet effet, d'une carte sanitaire fixant, pour les diverses spécialités, les densités maximales autorisées pour l'implantation de lits ou de matériels lourds. Je serais heureuse de connaître l'opinion de mes collègues sur une telle procédure. »

Décidément, les besoins de santé de la population sont bien absents des discours européens.

Tout montre que votre projet de loi s'inscrit de façon cohérente dans l'ensemble de votre politique de santé. On ne peut l'en séparer, car c'est elle qui lui donne toute sa signification et sa gravité. Or elle comporte trois caractéristiques dont nous venons de voir qu'elles sous-tendent l'ensemble de votre projet : l'austérité, la rentabilité et l'autoritarisme.

L'austérité va frapper au premier chef les travailleurs, les plus démunis, les plus déshérités, tous ceux qui sont aux avant-postes d'une crise résultant des impératifs de profit des grandes sociétés multinationales ; ceux qui sont confrontés au chômage, aux bas salaires, à la vie chère, à la dégradation de l'environnement et du cadre de vie ; ceux qui connaissent les angoisses du présent, mais aussi les incertitudes de l'avenir ; ceux dont votre société nie les aspirations et les droits ; bref, des millions de Français atteints dans leur équilibre, dans leur santé et, pour certains, au plus profond d'eux-mêmes.

Certes, les conséquences de votre crise débordent largement, sous des formes diversifiées, le cadre de la classe ouvrière. Mais les traits fondamentaux en sont l'aggravation des inégalités devant la vieillesse, le handicap, la maladie, la mort, et votre projet d'aujourd'hui constitue une aggravation importante de ces inégalités face à l'hôpital.

Pour justifier l'austérité, la compression des dépenses de santé, la maîtrise de l'offre de soins comme vous dites, lesquelles constituent la finalité de votre projet, vous invoquez la progression insupportable pour la nation des dépenses de santé.

C'est une deuxième mystification.

Certes, personne ne peut contester la progression des dépenses de santé. Elle pourrait d'ailleurs être le signe heureux des progrès de la connaissance des sciences et des techniques et des perspectives qu'elles ouvrent pour la santé des Français.

Mais, en réalité, cette progression traduit en même temps autre chose : le poids de la crise sur la santé des gens.

Les difficultés qu'elle induit sur le budget de l'assurance maladie tiennent aux conséquences directes de la crise et de votre politique : l'augmentation des besoins de santé liés à la crise, la stagnation de l'économie, le chômage, le blocage des salaires, le pillage de la santé par les multinationales, bref les impératifs et les conséquences de la politique du profit.

C'est parce que vous ne voulez pas vous attaquer à cette politique et que vous entendez, au contraire, l'accentuer que vous vous livrez à l'organisation méthodique et planifiée du redéploiement de l'austérité dans le domaine de la santé, et cela avec une brutalité nouvelle :

En vous attaquant à la sécurité sociale et aux droits sanitaires et sociaux conquis par les travailleurs ; en vous attaquant aux médecins, en limitant de façon malthusienne leur formation, en contrôlant de plus en plus étroitement leurs activités, en mettant en cause leur liberté de prescription, bref, en consultant la médecine pour mieux maîtriser l'austérité pour les travailleurs ; en vous attaquant à l'hôpital, et c'est l'objet de ce projet de loi.

Mais je ne peux passer sous silence une deuxième pièce du dispositif contre l'hôpital. Il s'agit de l'utilisation de la contrainte financière afin d'enfermer les établissements hospitaliers dans une enveloppe de crédits préétablie, rigoureuse, donnée une fois pour toutes quoi qu'il advienne. L'établissement, pour survivre et éviter une asphyxie inexorable, devra travailler à minima sur le plan des équipements et du personnel, ou bien fermer ses portes.

Voilà une forme d'autoritarisme particulièrement redoutable : l'autoritarisme financier. C'était l'objet de la circulaire de mars 1979 qui annonçait « le caractère limitatif des crédits ouverts », « la rigueur de 1979 » avec, plus loin, cette injonction : « pas de crédits nouveaux, même dotés de recettes supplémentaires ».

Ce sera l'objet du projet de loi sur la globalisation budgétaire que vous voulez faire venir en discussion en octobre prochain.

La progression des dépenses hospitalières étant une donnée inéluctable, faudra-t-il supprimer des lits, fermer des services, des hôpitaux ? On voit que ce projet est le complément logique de celui que nous discutons aujourd'hui. Mais où est la protection de la santé prévue par la Constitution ?

La rentabilité est la deuxième caractéristique de votre politique, caractéristique profondément contraire, elle aussi, à la protection de la santé, car la santé ne peut se mesurer aux critères de rendement et de rentabilité sans être remise en cause.

Et, pourtant, vous parliez bien de rentabilité quand vous déclariez à Strasbourg : « La progression des dépenses de santé ne s'accompagne pas toujours d'une amélioration correspondante de l'état de santé de la population. »

Et vous précisiez plus loin votre pensée : « Si l'on regarde l'évolution récente des indices de mortalité ou de morbidité dans les pays développés, on remarque qu'elle ne reflète pas — sauf dans certains domaines comme celui de la mortalité infantile — une augmentation aussi accélérée de la dépense et du coût des soins. »

Quelle conception réductrice de la santé des gens étalonnée, là encore, à quelques indices !

Pourtant, c'est bien le fond de votre démarche qui conduit à mesurer l'efficacité des coûts en médecine humaine de la même manière qu'on le ferait s'il s'agissait d'un cheptel. Oui, vraiment, madame le ministre, quelle singulière conception des hommes vous avez !

La suite devient parfaitement logique. Ainsi, avez-vous pu déclarer devant les D.A.S.S. : « Il faut maîtriser les structures, même si le contexte est difficile. Le raisonnement économique doit l'emporter et les préfets doivent aussi s'opposer aux projets qui ne sont pas rentables sur le plan économique ».

La rentabilité à l'hôpital implique, en premier lieu, une rentabilité accélérée et maximale des capitaux, recherchée dans le cadre d'une concentration des équipements dans quelques services hypertéchnicisés de l'hôpital public ou bien dans le cadre de l'hospitalisation privée, de structures lourdes et dont la croissance s'est amplifiée au fil de ces dernières années.

Le reste de l'équipement n'intervient pas dans les créneaux du capital. Votre projet de loi prévoit donc qu'il doit être cassé pour partie, ce qui augmente la rentabilité des lits restants, et il en prévoit aussi la démedicalisation, le déclassement, avec réduction des équipements et des équipes médicales. Le déclassement gradué de la plus grande partie de l'appareil hospitalier débouche sur des unités de moyens et longs séjours, nouveaux sièges de la ségrégation des malades les plus atteints, des mouvoirs modernes en quelque sorte.

Votre départ en guerre contre la spécialisation et la technique s'inscrit dans ce contexte et rejoint, sur le fond, votre réforme de l'internat : la majorité des hôpitaux ne pourra plus, désormais, bénéficier de l'encadrement des internes.

Ainsi, vous revenez à l'« hôpital assistance » du siècle passé. La médecine pour les pauvres, c'est bien une médecine pauvre et une bien pauvre médecine !

En vérité, votre politique à travers l'hôpital frappera d'abord ceux qui n'ont pas eu la possibilité de se soigner à temps ou ceux qui ne possèdent pas chez eux des conditions satisfaisantes pour se soigner, bref les plus exploités, ceux qui, dès maintenant, sont les principaux utilisateurs de l'hôpital.

Mais la rentabilité implique en même temps « une rentabilisation » du malade. Cela signifie une rotation accélérée des malades, c'est-à-dire leur départ le plus rapide possible, à la limite de la sécurité.

Voici quelques exemples, madame le ministre, pris ces derniers jours autour de moi : ce sont ces opérés de graves interventions d'orthopédie renvoyés chez eux dans le délai bien court d'une semaine ; ce sont ces malades renvoyés dans leur foyer porteurs de sonde gastrique, avec tous les problèmes techniques que cela comporte ; c'est ce malade en coma profond grave, lié à une intoxication médicamenteuse, que nous avons réussi à maintenir difficilement en vie mais qui nous a été renvoyé de l'hôpital deux jours seulement après, à peine sorti de son coma, encore sérieusement touché.

Certes, ceux qui possèdent les moyens financiers peuvent faire face à de telles situations, en limiter les dangers. Mais les limites de la sécurité sont bien étroites, les complications tardives toujours possibles, particulièrement pour les plus démunis qui ne pourront bénéficier de la surveillance indispensable.

J'affirme qu'avec de telles pratiques — que vous institutionnalisez — il y aura à coup sûr, si ce n'est déjà fait, des accidents que vous pourrez faire passer, bien sûr, au compte des profits et pertes de votre « rentabilité ».

La rentabilisation, c'est aussi, comme me le disait, ces jours-ci, avec indignation, un chef de service, le refus d'hospitaliser en réanimation une personne de quatre-vingt-cinq ans qui avait besoin de soins étroitement surveillés. Devant les impératifs du service, il faut choisir. A son âge, ce n'est pas rentable. C'est la politique du cocotier !

La rentabilisation, c'est aussi, comme me le disait ces jours-ci, s'acquittant de ses tâches par des proresses mais, bien sûr, au détriment des règles optimales de qualité des soins et de sécurité des malades.

C'est parce que votre projet de loi est une des pièces de ce dispositif qui met en cause la santé des Français qu'il est totalement inacceptable. D'ores et déjà, la limitation des lits et des équipements est une réalité. Sa diminution s'est faite souvent insidieusement au travers de l'humanisation des hôpitaux. Vous voulez aujourd'hui aller plus vite et plus loin : 3 500 lits à supprimer dans la seule région parisienne.

Le centre hospitalier d'Aulnay-sous-Bois a vu son programme limité de 1 660 lits à 928 lits et son plateau technique amputé de quatre ou cinq salles d'opération, du même nombre de salles de radiologie, de laboratoires, etc.

Certes, nous avons à prendre en compte les nécessaires adaptations de la santé aux évolutions de la médecine et des besoins, notamment dans certains secteurs en pleine mutation. Mais, afin qu'il s'agisse d'une véritable adaptation aux besoins, il convient de serrer au plus près la réalité dans ses différences et dans ses évolutions ; bref, pas d'adaptation sans une pratique démocratique la plus proche possible de cette réalité. C'est le sens de nos propositions.

Pour vous, la démarche est inverse. C'est le dirigisme autoritaire et technocratique, parce que votre but est non pas de réaliser cette adaptation aux besoins, mais bien de faire plier l'hôpital à vos impératifs d'austérité.

Il en résulte des situations ubuesques, comme à Perpignan où l'on transfère quarante lits de chirurgie générale pour ouvrir un service de chirurgie vasculaire et où, dans le même temps, on déplace le personnel du service des enfants que l'on ferme en partie, pour le verser dans une discipline totalement différente : la chirurgie vasculaire. C'est, en quelque sorte, le principe des vases communicants.

Ce sont les services qui tournent avec un taux d'occupation de plus de 100 p. 100, avec, là aussi, des situations préoccupantes, car, au-delà d'un certain coefficient d'occupation, la qualité des soins et la sécurité de la population ne peuvent être garanties.

Il ne peut être question pour nous de faire du catastrophisme ni de nous livrer à une quelconque campagne d'affolement.

M. Emmanuel Hamel. C'est pourtant ce que vous faites !

M. Gilbert Millet. Il faut le dire, nous possédons un appareil hospitalier remarquable où l'on peut encore être bien soigné. On le doit aux luttes des travailleurs, à la conscience et au dévouement des professionnels de santé, au potentiel scientifique et aux capacités de nos médecins.

M. Emmanuel Hamel. Et à la majorité qui vote le budget !

M. Gilbert Millet. Il faut le dire haut et fort.

Mais c'est précisément en raison même du caractère précieux, inestimable de ce patrimoine que l'on ne peut accepter une politique qui s'attaque de front à l'hospitalisation publique avec une telle violence. Notre devoir, c'est de dire la vérité, et la vérité, c'est que la dégradation qui résulterait de votre projet est lourde de dangers.

Je ne fais allusion ici qu'à la série d'accidents dramatiques qui viennent de survenir dans les hôpitaux parisiens : Baudelocque, La Pitié-Salpêtrière, Tenon, Maison-Blanche, etc. L'heure est actuellement à l'étude des responsabilités et des causes et il ne nous appartient pas de nous prononcer aujourd'hui sur ces problèmes, encore qu'ils posent de graves questions.

Cependant, on peut affirmer que de tels accidents ne pourront que devenir plus fréquents avec l'application de vos projets. Par exemple, il faut savoir que l'on doit appliquer régulièrement à l'hôpital la désinfection des lits et des salles, notamment dans les milieux chirurgicaux. Cela veut dire qu'il faut fermer provisoirement tout ou partie d'un service. Comment le faire avec un taux d'occupation de 115 p. 100, comme c'est le cas dans certains services de neuro-chirurgie que je connais, et avec vos impératifs de rentabilité? Et pourtant, faute de telles désinfections, la porte est ouverte aux accidents infectieux de la plus haute gravité.

Par ailleurs, assisterons-nous encore plus souvent qu'à présent à ces courses folles dans Paris, en ambiance, à la recherche d'une place pour une urgence, butant sur des portes closes, renvoyé d'un hôpital à l'autre et parfois bien loin du domicile du malade? La réduction des équipements hospitaliers prévue par votre projet ne peut qu'aggraver ces situations préoccupantes.

Madame le ministre, j'ai dit : texte autoritaire, car il vous faut vaincre des résistances de plus en plus vives à vos projets. C'est ce qui explique votre hâte à faire discuter ce projet de loi en fin de session. Vous vous livrez à des campagnes destinées à discréditer tous ceux qui sont visés par votre politique d'austérité.

Vous mettez en cause tout à tour le besoin de « confort » des Français, la volonté de prestige et l'ambition personnelle des médecins, la démagogie des élus, l'impuissance des personnels administratifs.

Bref, tous sont coupables ou incapables, en tout cas dangereux et ignorants de l'intérêt national, ce mot, qui, dans votre bouche, madame le ministre, signifie l'intérêt du grand capital.

En vérité ce sont les besoins des gens en matière de santé qu'il vous faut étouffer, c'est faire ceux qui ont la charge de les traduire et d'y répondre : mettre, en quelque sorte, une immense cagoule hermétique sur les besoins et enfermer l'appareil de santé et ses professionnels dans une camisole de force.

Madame le ministre, votre projet de loi, je le dis ici avec esprit de responsabilité et en pesant mes mots, aura de graves conséquences pour la santé des Français. Au travers de la dégradation de l'appareil hospitalier qui en découlera, ce seront de moins bonnes conditions pour se soigner mais ce seront aussi parfois des accidents, des complications que l'on aurait pu éviter et dont certains porteront les traces longtemps, parfois toute leur vie. Ce seront, dans certains cas que j'espère de tout cœur exceptionnels, des morts.

Bref, ce seront des drames, rançons de la pénurie, mais pour vous peut-être de simples bavures inévitables. L'essentiel, n'est-ce pas, c'est que cela soit négligeable par rapport aux économies que vous recherchez, que cela soit en quelque sorte rentable au regard de vos indices. Mais, madame le ministre, on ne joue pas avec la santé et la vie des gens à coup d'indices!

Mesdames, messieurs, ce projet est donc irrecevable. Chacun d'entre nous est placé ici devant une lourde responsabilité car de son vote dépend la vie d'êtres humains et la santé des Français. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. Sur l'exception d'irrecevabilité, ont seuls droit à la parole un orateur contre, la commission et le Gouvernement.

La parole est à M. Perrut, inscrit contre l'exception d'irrecevabilité.

M. Francisque Perrut. Mesdames, messieurs, si le réquisitoire a été long, le plaidoyer sera bref car il suffit d'arguments clairs pour convaincre l'Assemblée de poursuivre la discussion de ce projet et pour montrer son utilité dans le cadre général de la politique actuelle.

Tout d'abord, nous sommes habitués à, ce genre de réquisitoire. Chaque fois que, dans cette assemblée, nous essayons d'introduire quelque réforme que ce soit pour remettre de l'ordre dans un secteur ou réaliser des économies, certains présentent les choses d'une façon tellement dramatique qu'ils en arrivent à déformer totalement le sens des projets.

Ainsi en a-t-il été lorsque le Gouvernement a présenté, il y a quelques semaines, un texte de loi qui visait à régler quelques problèmes marginaux touchant à la situation irrégulière de certains immigrés. Aussitôt, l'opposition s'est enflammée et a clamé que ce projet allait porter atteinte à l'accueil de 4 500 000 immigrés en France, alors qu'il ne concernait que 200 000 personnes.

M. Guy Ducoloné. Ce que vous dites justifie notre attitude!

M. le président. Monsieur Ducoloné, vous n'avez pas la parole.

M. Francisque Perrut. Nous sommes donc, messieurs, habitués à vos procédés!

Aujourd'hui, parce que nous voulons mettre de l'ordre dans les dépenses d'hospitalisation, vous nous accusez de compromettre la protection de la santé des Français. A vous entendre, tout le monde risquerait de mourir rapidement, faute de soins!

M. Alain Léger. Nous ne sommes pas les seuls à dire cela!

M. Francisque Perrut. La maladie et la mort sont, hélas! inéluctables et nous frapperont tous, que nous siégeons à gauche, au centre ou à droite.

Il n'y a pas de maladie de gauche et de maladie de droite, il n'y a pas le cancer des riches et le cancer des pauvres. On ne regarde pas, dans les hôpitaux, la fiche de paye d'un grand malade : on le soigne avec dévouement et jusqu'au dernier moment. Il n'est pas question de lutte de classes, et il est faux d'affirmer, comme on l'a fait tout à l'heure, que seuls les riches pourront se soigner tandis que les travailleurs ne le pourront plus!

M. Alain Léger. C'est pourtant ce qui se passe déjà!

M. Francisque Perrut. Je m'élève contre une telle affirmation. Les exemples sont nombreux qui prouvent qu'elle est erronée! (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. Guy Ducoloné. On voit bien que vous n'avez pas de difficultés, vous!

M. Francisque Perrut. J'ai dit que je serais bref. Il ne servirait à rien, en effet, d'entretenir la polémique.

Le projet qui nous est soumis forme, avec plusieurs autres, un dispositif d'ensemble dont l'objectif est non pas de rechercher la rentabilité, mais d'effectuer une remise en ordre, en même temps que de limiter certains abus.

Nous sommes ici dans un des domaines importants de la sécurité sociale. Tout le monde, y compris, je pense, ceux qui siègent à gauche de cet hémicycle, s'élève contre les excès de dépenses de la sécurité sociale. Or, que se passe-t-il? Si l'on parle d'augmenter les recettes — c'est-à-dire de faire payer davantage les travailleurs — vous poussez les hauts cris...

M. Alain Léger. Et les profits des grandes sociétés?

M. Francisque Perrut. ... et vous affirmez que l'on ne peut pas demander davantage aux travailleurs. Si l'on tente de diminuer les dépenses inutiles en limitant certains abus, vous poussez encore les hauts cris!

Pas d'augmentation de recettes, mais pas de limitation des dépenses non plus : dites-nous, messieurs, quelle est votre formule magique!

Austérité, rentabilité, autoritarisme, mystification, voilà quelques-uns des termes que l'orateur précède à employés. Mais il est bien dans vos habitudes, messieurs, de contester jusqu'aux chiffres! Indique-t-on que des hôpitaux sont presque vides, que des maternités fonctionnent avec très peu de patientes? Vous affirmez que ce n'est pas vrai! Si vous n'apportez même pas foi aux chiffres que l'on fournit, il est inutile d'aller plus loin!

Mes chers collègues, ces quelques brefs arguments suffiront à vous convaincre qu'il serait dangereux d'interrompre ici la discussion du projet de loi qui nous est soumis. Je vous demande donc de rejeter l'exception d'irrecevabilité. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. Guy Ducoloné. Vos arguments sont faux!

M. le président. La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Gilbert Barbier, rapporteur. J'ai écouté avec beaucoup d'attention les propos de M. Millet car, comme moi-même, il est médecin. Les paroles qu'il a prononcées engagent lourdement sa responsabilité dans cette affaire. Les accusations qu'il a portées contre le système de santé sont graves.

Qu'il y ait mystification, qu'il y ait déformation, cela est évident pour tous ceux qui connaissent la manière dont on est soigné en France! Il est faux de dire qu'il existe une médecine de riches et une médecine de pauvres. Il faudrait prouver ce genre d'affirmations.

Je crois avoir suffisamment souligné dans mon rapport l'importance et la diversité des problèmes que posait l'adaptation de l'équipement sanitaire aux besoins de notre pays. L'ampleur de certaines erreurs d'appréciation et leurs conséquences financières exigent que des mesures correctrices soient prises.

La politique conduite par Mme le ministre — et M. Millet l'a reconnu à un certain moment — a produit des effets bénéfiques pour l'ensemble de la population. Vouloir déclarer inconstitu-

tionnelle toute nouvelle adaptation des moyens en vue de les rendre plus opérationnels et d'éviter les gaspillages nous paraît sans fondement.

Nous avons montré les pesanteurs qui existent au sein des conseils d'administration du fait de la présence des médecins et de celle des élus qui hésitent parfois à prendre leurs responsabilités. Exercer ces responsabilités, ce peut être décider l'élargissement des capacités de l'hôpital ou le maintien des lits existants. Mais ce peut être aussi décider la suppression de certains lits ou de certains services lorsqu'ils ne sont plus adaptés aux besoins de la population.

M. Guy Ducoloné. Vive l'autoritarisme !

M. Gilbert Barbier, rapporteur. Je demande donc à l'Assemblée de bien vouloir poursuivre la discussion du projet de loi qui lui est soumis. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie et du rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à Mme le ministre de la santé et de la famille.

Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la famille. Monsieur Millet, vous avez parlé de responsabilité. Je pense, pour ma part, que vous êtes un irresponsable et un irresponsable dangereux. (Protestations sur les bancs des communistes.) Si l'on vous suivait, si l'on ne prenait aucune mesure pour limiter la croissance des dépenses de santé, très rapidement il y aurait, effectivement, une médecine de pauvres et une médecine de riches.

Je sais bien que vous avez l'habitude de vous référer à des pays où l'on ne soigne pas les gens. On peut, en effet, le constater dans les pays à régime communiste. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. Edmond Vacant. Mais on ne triche pas pour les élections !

Mme le ministre de la santé et de la famille. La médecine est une médecine de pauvres, sauf pour quelques privilégiés du régime. Il y a un hôpital pour les privilégiés, pour les hauts dignitaires. Ceux-là sont soignés ; les autres ne le sont pas. Il n'y a pas de médicaments, il n'y a pas de réanimation, il n'y a pas de services médicalisés. Cela, il faut le dire ! (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République. — Vives protestations sur les bancs des communistes.)

M. Antoine Porcu. Mme le ministre se croit à la tribune du Parlement européen !

M. Guy Ducoloné. M. Millet est aussi responsable que Mme Veil !

M. le président. M. Millet a pris la parole pendant vingt-cinq minutes sans être interrompu.

M. Guy Ducoloné. Mme le ministre n'a pas à nous insulter !

M. le président. Vous n'avez pas été insulté.

M. Guy Ducoloné. M. Millet l'a été ! Or, je le répète, il est aussi responsable que Mme Veil.

M. Maurice Charretier. Non !

M. le président. Monsieur Ducoloné, M. Millet pourra répondre à Mme le ministre. Ce n'est pas à vous de le faire.

Madame le ministre, voulez-vous poursuivre ?

Mme le ministre de la santé et de la famille. La seule façon de maintenir un système de santé qui permette aux pauvres, comme vous dites messieurs — je n'utiliserai pas pour ma part un terme aussi méprisant, car je considère simplement qu'il existe des différences de ressources et je parlerai seulement des plus démunis — de maintenir un système qui permette à tous les Français, quels qu'ils soient, d'être soignés de la même manière, c'est de faire en sorte qu'il n'y ait pas de dépenses inutiles. Tel est l'objet du texte qui vous est actuellement soumis.

Chacun sait que des lits inoccupés dans un hôpital sont source de dépenses inutiles. Alors, continuez à demander que l'on gaspille...

M. Edmond Vacant. C'est vous qui gaspillez.

Mme le ministre de la santé et de la famille. ... de l'argent si vous voulez, cela fera un bel article demain dans l'Humanité. Mais j'affirme que c'est là une politique d'irresponsables. Pour cette raison, je demande à l'Assemblée de rejeter l'exception d'irrecevabilité. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République. — Vives protestations sur les bancs des communistes.)

M. Gilbert Millet. Je demande la parole (Protestations sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. Mes chers collègues, veuillez reprendre votre sérénité.

Conformément au règlement, M. Millet a le droit de répondre au Gouvernement. Je lui donne donc la parole.

M. Gilbert Millet. Je ne reprendrai pas les différents points de mon intervention, dans laquelle j'ai suffisamment souligné les graves difficultés que les Français rencontreront à l'avenir pour se soigner.

Il est bien évident que, mes chers collègues, votre vote va revêtir une importance toute particulière pour la santé des Français et en particulier pour les plus démunis d'entre eux.

M. Joseph Comiti. Certainement !

M. Gilbert Millet. Cela dit, Mme le ministre aurait mieux fait de s'abstenir de prendre son train pour l'Est. D'une part, le problème dont nous débattons actuellement ne concerne que notre pays et, d'autre part, elle a passé sous silence les lois sociales, les conditions de travail, les conditions d'hygiène, les conditions de protection de la maternité, c'est-à-dire toutes les mesures relatives à la protection et à la prévention en vigueur dans les pays qu'elle a cités, ainsi que la médecine gratuite à la portée de tous !

Lorsque nous en serons à ce stade en France, je reprendrai le débat avec Mme Veil sur ce sujet ! (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. Maurice Charretier. Et les dissidents !

M. Alain Léger. C'est un autre problème.

M. le président. Je mets aux voix l'exception d'irrecevabilité soulevée par M. Millet et les membres du groupe communiste.

Je suis saisi par le groupe communiste d'une demande de scrutin public.

Le scrutin va être annoncé dans le Palais.

M. le président. Je prie Mmes et MM. les députés de bien vouloir regagner leur place.

Le scrutin est ouvert.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	481
Nombre de suffrages exprimés.....	480
Majorité absolue	241
Pour l'adoption	200
Contre	280

L'assemblée nationale n'a pas adopté.

M. Guy Ducoloné. Elle a eu tort !

M. le président. En tout état de cause, elle a jugé !

Dans la discussion générale, la parole est à M. Fontaine.

M. Jean Fontaine. Madame le ministre, mes chers collègues, avant de prendre connaissance du rapport très circonstancié et très étoffé de M. Barbier, que je tiens à féliciter pour son excellent travail, j'ai eu la curiosité de lire l'exposé des motifs du projet de loi. Ma première impression a été de sursauter. Il est vrai que Talleyrand dit qu'il faut se méfier des premières impressions, car elles sont toujours les bonnes. (Sourires.)

Je lis, en effet, au troisième paragraphe, que les mécanismes institués par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière « sont suffisants pour adapter et faire évoluer les établissements ou équipements existants ». Bien ! La loi donne donc sur ce point les moyens nécessaires et suffisants.

Mais je lis ensuite, au quatrième paragraphe, que l'objet essentiel du projet de loi est de « compléter... les mécanismes actuels de la loi hospitalière ». Alors là, je ne comprends plus : on complète ce qui est suffisant !

Heureusement, le rapport vient nous dire que ce que l'on souhaite, c'est maîtriser les dépenses de santé, notamment les dépenses de maladie, dans lesquelles l'hospitalisation entre pour 50 p. 100, qu'il faut éviter de s'engager dans la spirale parkinsonienne, que l'on doit se préoccuper des établissements et qu'à cet effet il convient de donner au ministre de la santé les moyens suffisants pour pouvoir lutter contre la gabegie

observée en matière d'équipements. Je me pose alors la question : est-ce que le ministre de la santé, est-ce que les pouvoirs publics n'ont pas déjà les moyens d'arrêter les frais, comme on dit ?

Je préside le conseil d'administration d'un hôpital, et je sais très bien que, si l'article 22 de la loi hospitalière autorise ce conseil d'administration à effectuer certaines dépenses, en vertu de ce même article 22 ses délibérations sont soumises à autorisation. Or, le préfet, représentant du Gouvernement, conformément aux dispositions de l'article 72 de la Constitution, peut arrêter les frais comme il veut, quand il veut et il ne s'en prive pas.

D'ailleurs, au sein de ce conseil d'administration, siègent le représentant du préfet, le représentant direct du ministre, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le représentant de la sécurité sociale, ainsi que les représentants de tous les organismes payeurs, et je ne sais pas qu'il existe au monde un seul conseil d'administration qui puisse équiper un hôpital sur ses propres fonds : il lui faut demander une subvention à la caisse de sécurité sociale, à la caisse d'allocations familiales ou à l'Etat. C'est là que se situe le barrage, c'est alors qu'on lui dit non. Aujourd'hui, on prétend que c'est la faute des conseils d'administration. Mais on ne peut décentement battre sa coulpe sur la poitrine d'autrui !

C'est pourquoi j'ai sursauté en lisant l'exposé des motifs. C'est pourquoi j'ai eu l'impression première que quelque chose n'allait pas, que l'on essayait de nous faire prendre des vessies pour des lanternes. (*Sourires.*)

Cette impression s'est confirmée au fil de ma lecture puisque, toujours dans le rapport — d'ailleurs excellent, j'y insiste — on crie haro sur le baudet, en l'occurrence sur les conseils d'administration qui seraient composés d'incapables ou d'irresponsables n'ayant aucun sens de l'intérêt général — et chacun ici sait bien que l'intérêt général est monopolisé par les ministères.

Je ne peux que m'élever contre ce sentiment. Il est indépassable que la sécurité sociale connaît un déficit, estimé à onze milliards de francs — l'autre jour, c'était quinze — que les dépenses de maladie entrent pour 50 p. 100 dans ce déficit et qu'il faut donc maîtriser ces dépenses.

Naguère on criait haro sur les médecins ; on a alors défini le profil médical, déterminé des actes susceptibles d'être rémunérés et d'autres qui ne l'étaient pas. Maintenant, ce sont, dit-on, les conseils d'administration qui, par démagogie, par prestige professionnel, chercheraient à développer les services même s'ils ne répondent plus aux besoins.

Dans tout cela, personne n'ose critiquer à la fois la sécurité sociale représentée dans le conseil d'administration, la caisse d'allocations familiales, l'Etat lui-même, car on oublie trop souvent que les délibérations sont soumises à approbation. On m'objectera qu'aux termes de l'article 22 de la loi hospitalière, si le préfet n'a pas répondu aux délibérations dans un délai de trente jours, elles sont exécutoires. C'est vrai, mais je prends à témoin mes collègues présidents de conseil d'administration d'hôpital : si le préfet ne répond pas, aucun percepteur au monde ne paiera parce qu'il n'aura pas reçu d'instructions pour cela. Cela signifie, en termes clairs et nets, que les conseils d'administration sont bien tenus en tutelle. Faut-il le regretter ou, au contraire, s'en féliciter ? Le problème n'est pas là. Je dis que le Gouvernement dispose de moyens pour arrêter les frais, s'il le veut.

Un décret de 1963 permet au Gouvernement de maîtriser les dépenses. D'aucuns prétendent que ce décret est devenu désuet après l'adoption de la loi hospitalière de 1970. Les quelques notions juridiques que je possède sont mises en défaut : un décret est rendu désuet par la loi qui n'en fait pas mention !

L'article 36 de la loi hospitalière permet au Gouvernement de fermer les établissements dès lors qu'ils ne sont plus rentables. Est-il donc nécessaire de mettre des verrous supplémentaires ? C'est la question que je me suis posée, en me demandant si désormais, lorsque le préfet et le directeur de la D. D. A. S. S. me donneront leur bénédiction, je ne devrai pas me dire : ces gens-là sont-ils raisonnables, capables ? ou, au contraire, ne m'incitent-ils pas à aller dans le mauvais sens et appartient-il au ministre de « donner le la » ?

Il est vrai que la loi hospitalière de 1970 fleurait bon la déconcentration, la décentralisation — ces mots étaient alors à la mode. Aujourd'hui, on veut reconcentrer, ramener tout à l'échelon central. Durant les campagnes électorales, on dénonce le centralisme démocratique ; dans les faits, on en revient à ce centralisme !

M. Lucien Richard. Très bien !

M. Jean Fontaine. Je ne comprends pas !

De même, lorsque dans le même temps où l'on s'élève contre l'abondance d'équipements hospitaliers on veut nous imposer une superstructure administrative qui, elle, a la valeur d'un suréquipement administratif, je ne comprends toujours pas. Peut-être ma petite jugeote est-elle prise à défaut par cette structure juridique. (*Sourires.*)

J'en viens au texte de loi proprement dit. Je lui ferai d'abord une première critique de méthode.

L'ensemble hospitalier est composé de deux éléments importants : d'un côté, l'offre de soins — les équipements — et, de l'autre côté, la gestion hospitalière. Je pensais, avec mon petit bon sens, que si l'on voulait réformer quelque chose, il convenait de réformer globalement. Eh bien, non ! On réforme les équipements, mais on ne dit mot de la gestion hospitalière : ce sera pour la prochaine fois. J'ai eu l'occasion de m'élever contre ce « saucissonnage » à propos des responsabilités des collectivités locales où l'on veut bien parler de la fiscalité locale mais pas des responsabilités des maires. Il en est de même ici : on parle des équipements, générateurs de dépenses, mais on ne parle pas de gestion hospitalière, on ne parle pas de la fameuse technique de détermination du prix de journée. Nous sommes donc saisis d'un projet tronqué. Le rapporteur l'a d'ailleurs lui-même noté, en disant qu'on pourrait reprocher au dispositif projeté de n'être que très partiel et de ne viser que des situations qui, sans être rares, restent très marginales.

Ce projet de loi mérite-t-il tant d'indignité ou, au contraire, tant d'honneur puisqu'il n'intéresse que quelques situations marginales ?

Je me suis dit : je dénonce l'esprit car je ne veux pas qu'on batte la coulpe sur la poitrine d'autrui, je ne veux pas qu'on crie haro sur le baudet, c'est-à-dire sur le conseil d'administration, qui malheureusement n'en peut généralement mais. Même lorsque les membres du conseil d'administration souhaitent aller dans un sens, ils sont entourés de fonctionnaires, de représentants des caisses. Il est trop facile de jeter la pierre d'un seul côté.

A propos d'équipement, je fais une constatation. Si j'en crois les chiffres donnés par M. le rapporteur, il y aurait globalement suréquipement. Mais comme toute vérité globale, cela ne traduit pas les réalités dans certains secteurs. Je pense aux départements d'outre-mer et en particulier à celui que je représente. Dans les départements d'outre-mer, les interactions ne jouent pas. Par conséquent, si, à un moment donné, pour un malade donné, telle indication thérapeutique s'impose, et qu'il soit impossible de l'observer sur place, il faut prendre l'avion pour rechercher un autre hôpital et, dans la mesure où il y a une place, y envoyer le malade. Il en résulte un dérangement, des frais de transport aérien, un éloignement de la famille, un dépaysement. Tout cela parce qu'on n'a pas voulu réaliser à temps un équipement.

Il est certain que, si l'on s'en tient à « l'indice des besoins », cet équipement est onéreux et n'est peut-être pas toujours nécessaire. Mais nous sommes dans un cadre insulaire, loin de la mère-patrie ; il faut en tenir compte. Et il me serait désagréable demain d'apprendre, parce que tel indice des besoins n'est pas satisfait, qu'on nous refuse tel ou tel équipement, estimé trop coûteux, ce qu'il est d'ailleurs.

En outre, on envisage de réduire certains équipements. Je suis d'avis de se hâter lentement. Le même phénomène se produit en matière scolaire. On est en train de fermer des écoles un peu partout et, dans le même temps, on encourage la natalité. Un jour, il n'y aura plus assez d'écoles mais il y aura trop d'enfants. Là encore, il faut savoir ce que l'on veut. Bien sûr, il faut limiter les dépenses de santé et d'équipement, mais n'allons pas trop vite, hâtons-nous lentement !

Les deux critères retenus pour décider de la suppression de tel ou tel service seraient — précise le rapport — la qualité des soins pour le malade et le taux de fréquentation. Or, comme le rapporteur l'a souligné, il existe une interaction entre ces deux facteurs. Un bon chirurgien attire forcément les malades. Par conséquent, dans le fait de laisser au pouvoir central le soin de décider de la suppression des services soit parce que le taux de fréquentation se situe en dessous de la moyenne, soit dans l'intérêt du malade, quelque chose ne convient pas à la raison, car, encore une fois, il y a une interaction entre les deux termes de l'alternative.

Au demeurant, j'estime que le délai de deux mois laissé au conseil d'administration de l'établissement pour répondre à l'injonction est insuffisant. En outre, de quelle échéance partira ce délai ? De la réception de l'injonction par le préfet ou par le conseil d'administration ? Bien souvent, les lettres du préfet

me parviennent avec quinze jours de retard. Si l'on décidait de faire partir le délai du jour de la réception par le préfet, il ne resterait donc, en pareil cas, que six semaines à l'établissement pour répondre et il lui serait bien difficile de tenir le délai.

C'est pourquoi je m'associe à la proposition de M. le rapporteur tendant à porter ce délai à quatre mois, tout en souhaitant qu'il parte du jour de la réception de l'injonction par l'établissement concerné.

J'ai également sursauté lorsque j'ai constaté que le rapport évoquait le regroupement des services d'établissements proches. Car, si le fonctionnement de tel grand établissement laisse à désirer alors que tel petit établissement donne toute satisfaction, va-t-on supprimer celui-ci pour mieux faire fonctionner celui-là. Est-ce vraiment ce que l'on souhaite ?

Dans mon département, à la suite d'erreurs de prévision mais aussi et surtout du fait de l'inadaptation des procédures ou de leur mauvaise application, certains des investissements réalisés s'avèrent très dépendieux. La faute n'en revient certainement pas au conseil d'administration. Mais, comme la femme de César ne saurait être suspectée, il convient à tout prix de rentabiliser cette opération mal conçue et l'on nous propose à cette fin de fermer des services de l'hôpital rural voisin ! Là aussi, je trouve, en m'excusant de l'expression, que c'est un peu fort de café. On pénalise le bon élève pour pouvoir donner des sucettes au mauvais. (Sourires.)

Je dis qu'il faudra tenir compte de ces situations et que, lorsque tel hôpital disposera d'équipements importants ne fonctionnant pas, il ne faudra pas l'imputer à l'hôpital rural voisin, lequel fonctionne bien, à des prix de journée intéressants et n'a pas à se faire hara-kiri pour permettre au grand frère de vivre.

Avant d'en terminer, je présenterai encore une ou deux observations. Dans cette affaire, le sort du personnel ne me laisse pas insensible. Certes, le personnel titulaire n'a rien à craindre : il est couvert par son statut. Mais, lorsqu'on décidera de fermer ou de supprimer un service et que ce personnel titulaire devra aller à cinquante, cent ou cent cinquante kilomètres de son lieu de résidence, des problèmes familiaux se poseront. Là aussi, j'espère que la commission qui sera appelée à se prononcer tiendra compte du problème familial.

Les auxiliaires et les journaliers, eux aussi, ont besoin qu'on s'occupe d'eux. Je souhaite que, lors des décisions que l'on sera amené à prendre, ils ne soient pas oubliés.

Madame le ministre, je partage l'avis de ceux qui estiment que les dépenses de santé doivent être maîtrisées. Le déficit de la sécurité sociale s'élève à onze milliards de francs, comme vous l'avez fort justement indiqué. Le budget de l'Etat n'étant pas extensible, les dépenses consenties d'un côté ne peuvent l'être de l'autre ; mais des économies raisonnables peuvent être réalisées. A cet effet, chacun doit prendre ses responsabilités, toutes ses responsabilités, rien que ses responsabilités. On ne doit pas recourir à une méthode que je qualifie d'africaine. Le sorcier africain a besoin d'une bête ou d'un humain sur qui il rejette la malaisance et dirige les effets de son exorcisme. La mauvaise habitude ne doit pas être prise de faire porter le poids de la malchance ou de la malaisance sur les conseils d'administration. En effet, dans la majorité des cas, les conseils d'administration sont composés de gens raisonnables, sensés et responsables. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. Gilbert Millet. Alors votez contre le projet !

M. le président. La parole est à M. Comiti.

M. Joseph Comiti. Monsieur le président, l'Assemblée nationale est bien saisie du projet de loi n° 995 portant réforme hospitalière et deux projets de loi différents n'ont pas été distribués !

En effet, il est difficilement concevable que des opinions aussi opposées que celles qui ont été émises puissent raisonnablement être soutenues à cette tribune.

J'analyserai ce projet de loi en tant que praticien, chirurgien à plein temps dans un centre hospitalo-universitaire, ayant connaissance non seulement de ce qui se passe dans ce centre mais aussi à l'extérieur puisque nous opérons des malades de la Réunion.

L'examen du problème sous l'angle des principes, est très simple. Deux principes doivent prévaloir : premièrement, l'intérêt du malade — qui ne pourrait acquiescer ; deuxièmement, le rôle des conseils d'administration qui, normalement, au contact des réalités et avec un esprit d'indépendance non sen-

sible aux pressions locales, pourraient déterminer les équipements répondant le mieux aux besoins de santé tout en tenant compte du nécessaire équilibre qui doit s'instaurer dans le pays.

Mais la réalité est plus dure. Quelle est-elle ?

Je souhaite pour mon pays que les dépenses de santé augmentent plus rapidement que le produit intérieur brut. Ainsi, ferons-nous reculer les limites de la mort. Chaque jour, par des traitements plus sophistiqués et plus onéreux, nous parvenons à maintenir plus longtemps en vie nos parents et à sauver la vie de nos enfants. Nul, je le pense, ne peut contester la nécessité des services hyperspécialisés qui sont à la pointe non seulement de la recherche mais aussi du traitement. Pour ma part, je souscrirai toujours à l'augmentation des dépenses de santé quand elles correspondent à une efficacité réelle accrue.

M. François Grussenmeyer. Très bien.

M. Joseph Comiti. C'est l'honneur de notre pays d'être le seul au monde à ne pas avoir de médecine de classe, de médecine d'âge.

Chez nous, les services de dialyse sont ouverts à ces malheureux qui en sont exclus dans d'autres pays parce qu'ils ne sont plus utiles à la société. Chez nous également, tous profitent des services de réanimation, alors qu'un pays réputé libéral n'admet plus la réanimation à partir de soixante-cinq ans.

M. Henri Emmanuelli. Lequel ?

M. Joseph Comiti. L'Angleterre, mais la Russie est également dans ce cas.

M. le président. Monsieur Emmanuelli, vous n'aviez pas à interrompre l'orateur.

M. Henri Emmanuelli. C'était pour l'information de Mme le ministre de la santé.

M. Joseph Comiti. Ce système nous coûtera cher, mais c'est notre fierté. Nous devons donc consentir des sacrifices pécuniaires. Certes, on pourra discuter sur la façon dont ce prélèvement sera effectué — augmentation des cotisations sociales ou budgétisation — mais là n'est pas le problème aujourd'hui.

La nation devra augmenter son effort de santé, au détriment d'autres dépenses. Il faudra parfois se priver d'un téléviseur ou de quelques jours de vacances, en acceptant une légère réduction du niveau de vie en matière de loisirs par exemple. Il faut savoir ce que l'on veut et en payer le prix.

J'estime quant à moi que la France est sur le bon chemin et qu'elle est peut-être le seul pays au monde à le suivre.

Mais nous devons lutter avec ardeur contre les dépenses inutiles et ne pas céder aux pressions, d'où qu'elles viennent. Les dépenses inutiles doivent en effet être supprimées car si elles s'ajoutaient à l'augmentation des dépenses de santé réelles et productives, la charge serait telle que le système de sécurité sociale s'écroulerait. Il s'ensuivrait alors une régression en matière de médecine, un sous-équipement hospitalier, un rationnement des médicaments, une pénurie d'appareils de pointe parce que le pays ne pourrait plus faire face à de telles dépenses.

Ces dernières années, nous avons assisté — et c'est là l'œuvre de la V^e République — à une augmentation considérable des équipements sanitaires. J'ai constaté ce phénomène dans ma ville. Je cite cet exemple d'autant plus volontiers que le président du conseil d'administration de l'assistance publique à Marseille est aussi le président du groupe parlementaire socialiste. En accord avec le Gouvernement, celui-ci a consenti un effort considérable pour doter la ville d'équipements sanitaires exemplaires.

M. Pierre Jagoret. Merci pour lui !

M. Joseph Comiti. Je m'exprime franchement et spontanément.

M. Henri Emmanuelli. On lui transmettra vos propos !

M. Joseph Comiti. Je n'ai pas besoin de facteur. (Sourires sur les bancs du rassemblement pour la République.)

Mais que s'est-il passé ? Les multiples équipements sanitaires ont été dispersés et nous les avons vus fleurir partout dans le pays, faisant parfois double emploi avec des cliniques privées situées dans de petites villes et qui, par ailleurs, fonctionnent parfaitement.

Il est normal que les conseils d'administration, les chirurgiens, les médecins demandent les meilleurs équipements. Mais les crédits de fonctionnement sont trop importants et la charge très lourde.

A Marseille, par exemple, l'important C. H. U. de la Timone compte trois salles d'opération pour cent lits. Des unités de soins normalisées viennent d'être installées dans un hôpital voisin de cent lits qui dispose de six salles d'opération. Le temps

d'occupation des cent lits étant de douze jours en moyenne, six interventions environ auront lieu par jour, soit une intervention par salle d'opération. Le fait de réduire leur nombre ne portera certainement pas atteinte à la santé. En outre, les salles d'opération nécessitent un personnel infirmier important. Chaque salle ne fonctionnant que quelques heures par jour, le personnel infirmier est naturellement réduit, de sorte que les salles restent fermées à certains moments. C'est donc le type même de l'équipement inutile.

Un autre problème se pose, c'est celui de l'évolution de la médecine. J'évoquerai notamment le cas de la chirurgie que je connais plus particulièrement.

A l'évidence, il se produit une mouvance dans l'affectation des services. Il fut un temps où le service de chirurgie générale accueillait tous les malades. Aujourd'hui, les services de chirurgie sont spécialisés et se divisent en chirurgie abdominale, chirurgie osseuse, chirurgie vasculaire, neurochirurgie et chirurgie thoracique.

Or que voyons-nous ? Par la force des choses et le poids des situations acquises, il est très difficile d'adapter les services des grands centres hospitalo-universitaires aux besoins.

La ville de Marseille compte deux services de chirurgie orthopédique et quatre services de chirurgie vasculaire. Ne serait-il pas plus logique de rétablir un équilibre ? Je l'ai d'ailleurs fait observer au président du conseil d'administration. Mais, en dépit des efforts que déploie celui-ci, en liaison avec le directeur général de l'assistance publique de Marseille, certaines situations acquises rendent une telle réforme difficile.

Votre projet de loi, madame le ministre, permettra parfois de soulager les consciences et vous fera endosser des responsabilités que certains se refusent à assumer.

M. Gilbert Millet. C'est scandaleux !

M. Joseph Comiti. Tout cela a des conséquences néfastes.

On nous dit : « Les petits équipements doivent être proches des malades. » Oui, bien sûr ! Mais on ne peut pas affecter à ces petits équipements un personnel aussi important que celui dont dispose un équipement plus important. Et quand bien même en serait-il ainsi, à partir du moment où le petit équipement ne fonctionne pas à plein, le personnel perdra peu à peu l'habitude des cas difficiles et lorsqu'un tel cas se présentera, le malade sera obligé d'aller se faire soigner ailleurs.

Monsieur Fontaine, mon service a accueilli des malades de la Réunion. L'équipement hospitalier de mon service est probablement inférieur à celui de la Réunion, mais nous drainons un nombre de malades plus important. Or, pour certaines interventions particulières qui sont rares et difficiles, seul un praticien ayant l'habitude de les pratiquer sera capable de les mener à bien. D'où l'intérêt les grands centres.

Parlons des petits équipements, notamment des services de réanimation. Quoi de plus naturel pour un conseil d'administration, pour une ville, que de se doter d'un service de réanimation ? Or un tel service nécessite un équipement en matériels très lourd — mais cela est secondaire. Il demande surtout la présence permanente de médecins, d'infirmières, de laborantins hautement qualifiés ayant l'habitude de surveiller les grands malades. Lorsque la réanimation devient une routine, elle est bien accomplie. Il est donc préférable, grâce aux garanties que présente le S.A.M.U., de transporter le malade dans un service de réanimation lourde où il aura l'assurance d'être bien traité.

En observant les entrées dans les services de réanimation le vendredi soir, vous vous apercevrez d'une certaine affluence. En effet, les petits services de réanimation ne disposent pas d'un personnel suffisant le samedi et le dimanche. Aussi les malades sont-ils dirigés vers les grands centres hospitaliers.

Le transfert du malade étant assuré par un moyen moderne de transport, il est préférable de le faire admettre d'emblée dans un centre qui dispose du personnel suffisant et de l'équipement permanent, sans tenir compte du lieu de son domicile, ce qui est certes important pour la commodité des visites, mais bien secondaire lorsque la vie du malade est en jeu.

On nous parle des urgences renvoyées d'hôpital en hôpital. Cela est regrettable, mais je voudrais me faire le défenseur du personnel de garde.

Si l'hôpital ne dispose que d'un service de chirurgie, il est difficile de demander à celui-ci d'être de garde 24 heures sur 24 et sept jours par semaine.

M. Alain Léger. Vous vous contredisez !

M. Joseph Comiti. Ne serait-il pas préférable de transporter le malade dans un centre dans lequel l'équipe au complet est présente ? Un service de chirurgie de garde toute la semaine

suppose un personnel médical pléthorique. Les assistants et les chefs de service n'opéreront plus, ils perdront la main et deviendront de mauvais chirurgiens.

Certains services n'ont actuellement plus besoin d'un même nombre de lits que ces dernières années. Par exemple, il est notoire que les services de médecine infantile sont à moitié vides, alors que, dans le même hôpital, tel service de pointe qui répond à une nécessité est occupé à 105, 110, 115 p. 100.

Il ne faut pas remédier à cet état de choses en développant le service de pointe et en conservant le service qui fonctionne à 30 p. 100 de sa capacité. En effet, les infirmières employées dans les services de pointe sont souvent harassées alors que d'autres font des dépressions nerveuses par manque de travail. Croyez-moi, le personnel hospitalier demande à travailler.

Mon service se divise en deux salles : l'une réservée à la chirurgie de pointe, et l'autre aux maladies moins graves. Les infirmières « se battent » pour exercer dans le service de chirurgie de pointe, c'est-à-dire celui dans lequel le travail est le plus important.

Une meilleure répartition des infirmières entre les services s'impose, car certaines souffrent d'être inoccupées.

Enfin, disons les choses crûment : l'administration publique est plus lourde et plus onéreuse. Pourquoi, dans la même petite ville, le prix de journée de l'hôpital est-il de 700 francs alors que celui de la clinique est de 220 francs ? Les prestations sont identiques ; les chirurgiens sont d'égale valeur ; la garde est même mieux assurée dans la clinique privée que dans l'hôpital public. Pourtant, le prix de journée est trois fois plus élevé à l'hôpital public. Il existe certainement un vice dans la conception !

M. Gilbert Millet. Voilà l'explication : les charges ne sont pas les mêmes ! C'est l'attaque de l'hospitalisation publique !

M. Joseph Comiti. Quand l'hôpital de Sisteron fut transformé en hôpital à plein temps, les malades de stomatologie qui venaient auparavant en consultation externe ont dû s'adresser à la clinique de Manosque.

Il est aberrant de constater que l'hôpital, dont le prix de journée est de 700 francs, ne remplit pas toutes ses missions. Pourtant, vous prétendez que l'hôpital public remplit toutes ses missions ...

M. Gilbert Millet. C'est un chef de service d'hôpital public qui vous parle, et député de surcroît !

M. Joseph Comiti. Je n'ai jamais entendu dire qu'un prix Nobel était « sorti » de l'hôpital de Sisteron, ou risquait d'en « sortir ».

Je suis chef de service d'hôpital public, c'est la raison pour laquelle je m'honore de ne point avoir d'ocillères.

M. Gilbert Millet. Vous attaquez l'hospitalisation publique !

M. Joseph Comiti. Je défends l'hospitalisation publique en m'attaquant à votre gabegie qui « coulera » l'hospitalisation publique. En effet, c'est ce que vous voulez. (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

M. Gilbert Millet. Vous l'attaquez !

M. le président. Monsieur Millet, vous avez eu longuement la parole. Laissez donc M. Comiti s'exprimer.

M. Joseph Comiti. Monsieur Millet, j'ai renoncé à la clientèle privée, qui est infiniment plus lucrative, pour exercer à plein temps à l'hôpital. Je suis donc tout à fait à l'aise pour dénoncer certains abus et affirmer que ce n'est qu'en perfectionnant son fonctionnement qu'on assurera la survie de l'hospitalisation publique. (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

Quant à l'intérêt des malades, il faut le considérer sous deux angles.

Certes, il est humain de vouloir rapprocher, dans la mesure du possible, le lieu d'hospitalisation du lieu d'habitation. Mais le voisinage de la famille ne doit pas être préféré à la sécurité du malade. Pour ma part, j'estime qu'il faut toujours transporter le malade dans le service qui est le mieux équipé pour le soigner.

Il est vrai que dans certains cas graves, les minutes comptent. Faut-il pour autant transporter le malade dans l'établissement le plus proche où l'on ne sera pas forcément en mesure, pour les raisons que j'ai indiquées, de le soigner correctement ? Ne vaut-il pas mieux avoir recours au S. A. M. U. ou à un hélicoptère pour le transporter d'emblée là où il sera le mieux soigné ?

Est-il préférable de pouvoir rendre visite tous les jours à son enfant jusqu'à celui de son enterrement, ou de le voir plus rarement, assuré que l'on sera d'avoir bientôt la joie de le savoir guéri ? Je vous laisse juger.

Et dispersant les équipements, on rognerait fatalement sur le personnel et l'on aboutirait à une surcharge des horaires de présence. Finalement, le résultat serait inverse de celui qui est recherché.

Dans l'hypothèse opposée, à la limite, le personnel médical qui servirait des équipements insuffisamment utilisés perdrait progressivement de sa valeur médicale par manque d'expérience. A cet égard, j'ai toujours plaint les très grands de ce monde qui ont un médecin personnel qui ne s'occupe que d'eux. C'est la pire des médecines, pour ces malheureux clients, que celle de ces médecins qui ne pratiquent plus !

M. Maurice Masquère. Et les mandarins ?

M. Joseph Comiti. Dans les grandes villes, on trouve toujours, à proximité, dans un centre hospitalo-universitaire ou ailleurs, le service adéquat. Mais il y a le problème du rôle des chefs de service, et celui de toutes les interférences qui pèsent sur le conseil d'administration.

Malgré toute la bonne volonté des médecins, des chirurgiens, des membres des conseils d'administration et de leur président, il est souvent difficile de trouver une solution à certains problèmes qui, sur le papier, paraissent faciles à résoudre. Il faut parfois trancher le nœud gordien, et cette loi, madame le ministre, permettra de le faire.

Cela dit, nous ne sommes pas sans éprouver une certaine méfiance vis-à-vis du pouvoir central. On sait quelles difficultés peut rencontrer un conseil d'administration, mais comment ne pas trouver, parfois, un peu hâtives certaines décisions prises dans un bureau parisien, après une consultation unique, rapide et péremptoire d'un envoyé qui jugera et tranchera sans avoir recueilli suffisamment d'avis ?

C'est la raison pour laquelle j'ai présenté un amendement. que la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a adopté, tendant à prévoir une sorte de navette au cours de laquelle les conseils d'administration auraient la possibilité de répondre aux injonctions du pouvoir central, car à partir du moment où l'on envisage une transformation ou une suppression de service, il convient que les raisons en soient clairement exprimées et que la décision soit motivée et publiée, ne serait-ce qu'en raison même de l'émotion qu'elle suscitera au sein de la collectivité en cause. Et si la décision est justifiée, le poids de l'opinion publique sera tel que les pressions locales, qui, souvent, ne sont pas tout à fait désintéressées, ne pourront pas s'exercer.

Les conseils d'administration sont informés des besoins. Le seul reproche qu'on puisse leur adresser, c'est de ne point toujours envisager les conséquences financières globales de la multiplication de certains équipements sur l'ensemble du territoire. Un déficit, qui peut paraître acceptable quand il est unique, devient vite insupportable quand il est multiplié.

Néanmoins, croyez bien, madame le ministre, que je ne place pas cette loi sous l'angle de la rentabilité, mot qui m'a choqué quand je l'ai entendu prononcer par quelques orateurs. Non, il ne s'agit pas de rentabilité dans ce projet de loi, mais de la bonne utilisation des deniers publics. A la limite, voyez-vous, je souhaiterais que les dépenses de sécurité sociale continuent à croître, à condition toutefois que l'on supprime les dépenses inutiles. La nation y trouverait certainement un très grand bénéfice.

Onze milliards de francs de déficit à la sécurité sociale, cela peut paraître bien lourd...

M. Edmond Vacant. Et le déficit du budget de l'Etat ?

M. Joseph Comiti. ...mais, j'allais justement le dire, le déficit du budget de l'Etat est infiniment supérieur. Ce n'est pas une raison, d'ailleurs, pour gaspiller l'argent et le jeter par les fenêtres. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. François Grussenmeyer. Très bien !

M. Edmond Vacant. C'est vous qui gaspillez !

M. Joseph Comiti. On nous a parlé des instances locales, des conseils régionaux, des conseils généraux. A cet égard, je voudrais vous poser une question, mes chers collègues. Connaissez-vous la « richesse orale du monde populaire » ? Non ? Eh bien, je vous le dirai dans quelque temps car le conseil régional de Provence-Côte d'Azur a voté un crédit de 20 millions d'anciens francs pour étudier cette « richesse orale du monde populaire », en même temps, d'ailleurs, qu'il accordait 20 millions d'anciens francs au centre de transfusion sanguine, ce qui montre bien son sens aigu des responsabilités. Il est vrai que, par la même occasion, 3 millions d'anciens francs étaient votés pour étudier l'activité sexuelle des boucs des haras des Alpes-Maritimes ! (Rires.)

Madame le ministre, cette loi est une bonne loi. Je regrette simplement, comme notre rapporteur auquel je rends hommage pour son excellent travail, que l'on n'aille pas plus loin et plus vite dans cette réforme, non pas pour étrangler la sécurité sociale, mais pour élarger les branches mortes et faire en sorte qu'elle soit assurée de sa survie car elle a démontré son utilité. Ne laissons pas se perpétuer certaines erreurs, certaines tolérances, certains gaspillages. N'oublions pas que cette grande conquête, que nous devons au général de Gaulle, doit être à tout prix préservée. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. le président. La parole est à M. Autain.

M. François Autain. Madame le ministre, sans vouloir épiloguer longuement sur l'urgence à éclipses de la discussion de ce projet de loi, annoncé un jour puis retiré le lendemain sans raison apparente et, finalement, inscrit aujourd'hui à l'ordre du jour de notre assemblée, je voudrais cependant vous livrer mon sentiment.

Je vois dans ces hésitations les incertitudes et les conséquences d'une fin de règne. Je le déplore pour l'hospitalisation publique et pour ceux auxquels elle s'adresse.

Vous nous demandez, madame le ministre, de nous prononcer en hâte sur un texte que vous annoncez comme étant de principe. Il est d'abord de circonstance. Quant aux principes qu'il retient, je les crois particulièrement dangereux.

C'est un projet de circonstance car toutes les mesures récentes intervenues dans le domaine de la santé et celles que contient ce texte sont marquées du sceau de l'austérité.

La seule préoccupation de ce gouvernement, c'est de freiner la croissance des dépenses de santé. Il s'y est essayé à maintes reprises, mais si on le juge objectivement aux résultats, force est de constater qu'il n'y est pas parvenu.

Ni le freinage d'une embauche pourtant indispensable dans les hôpitaux et qui devrait être le corollaire d'une humanisation bien comprise, ni le freinage des augmentations non moins indispensables de salaires n'ont suffi, à ce jour, pour contenir une progression des dépenses hospitalières universellement constatée.

La circulaire du 29 mars 1979 relative au contrôle de gestion, malgré sa rigueur — ou à cause d'une rigueur qui la rend à peu près inapplicable — ne changera absolument rien à cette évolution.

Freiner la croissance des dépenses de santé, c'est aussi l'objectif que s'assignait, sans le dire officiellement, le projet de loi portant réforme du troisième cycle des études médicales. Les conseillers du ministre de l'éducation avaient cependant été très clairs à cet égard ; j'avais d'ailleurs eu l'occasion de le rappeler à cette tribune.

C'est dans ce contexte, illustré par les exemples que je viens de citer, que doit être analysé le projet de loi.

Quels sont les objectifs qu'il s'assigne ?

Il est inutile de parler de la simplification mineure à laquelle il procède en fusionnant deux commissions, sinon pour vous demander, madame le ministre, de confirmer une bonne représentation des élus dans la nouvelle commission et de ne pas maintenir la « formation restreinte » prévue à l'article 7 dont la suppression a été votée par la commission.

La révision de la procédure antérieure de classement des établissements me retiendra moins que l'extension des cas dans lesquels une autorisation préalable doit intervenir en matière d'équipement pour les établissements de soins du secteur privé.

Je crois devoir souligner ici que les collectivités locales sont aujourd'hui nombreuses à vouloir mettre en place des centres de santé, en collaboration avec des organismes ou des associations sans but lucratif. Elles ne peuvent le faire que par l'intermédiaire d'associations de la loi de 1901, et les centres qui peuvent alors voir le jour sont des établissements privés, visés par le complément apporté à l'article 31 de la loi hospitalière par l'article 3 du projet en discussion.

Une application drastique de l'article 31 ainsi complété, dans le droit fil de la politique d'austérité qui a cours, me paraît devoir mettre en cause la possibilité d'apprécier les besoins de santé et de contribuer à leur apporter des réponses adaptées qui doit appartenir aux collectivités locales.

C'est la raison pour laquelle nous avons demandé l'inapplicabilité de l'article 3 dans les cas où une collectivité publique est partie prenante à la mise en place ou au fonctionnement d'un équipement qu'il concerne.

Le dispositif qui nous est soumis prévoit également, à l'article 8, qu'il peut être délivré par une « autorité administrative compétente », dont je note l'imprécision, des autorisations ou approbations de création ou de fonctionnement en dehors de toute carte sanitaire — cependant prévue par la loi de 1970.

Qu'est-ce à dire ? Tout simplement que, depuis 1970, l'élaboration de la carte sanitaire n'est pas achevée, ni sur le point de l'être et que les garanties dont le législateur d'alors avait entendu entourer son élaboration sont aujourd'hui considérées comme inutiles.

Vous demandez, madame le ministre, à votre majorité, plus encore qu'à l'opposition, de poursuivre l'équipement sanitaire du pays sans référence à la carte sanitaire. Car vous ne ferez croire à personne qu'en prévoyant l'institutionnalisation d'une procédure d'exception vous continuerez à travailler à l'élaboration de cette carte sanitaire.

Au choix de la facilité et de l'arbitraire administratif, nous opposons l'impérieuse nécessité de maintenir les garanties de la carte sanitaire. C'est le sens de notre amendement tendant à la suppression de l'article 8 de votre texte.

Enfin, votre projet de loi prévoit les procédures à mettre en œuvre pour modifier la capacité hospitalière. C'est la mesure la plus grave de ce texte. Dans une phrase qui ne dupera personne — parce que vous-même, du reste, vous ne vous en cachez pas — sont envisagées la modification des programmes, la création et la suppression de services, de lits d'hospitalisation ou d'équipements matériels lourds. Chacun sait, en effet, que la « création » n'est qu'une clause de style et qu'en l'écrivant vous ne pensez qu'à la suppression. Pourquoi ?

Vous estimez, sans doute à raison, que la capacité hospitalière globale est aujourd'hui suffisante. Mais cette assertion n'a aucune réalité. Elle ne tient pas compte des disparités régionales, de l'insuffisance manifeste de lits d'hospitalisation, dans la région Nord-Pas-de-Calais, pour ne citer que l'exemple d'une région que vous connaissez bien. Ce n'est pas un texte restrictif comme celui-ci qui permettra aux zones sous-équipées de combler leur retard. Là résidait pourtant le devoir du Gouvernement. Vous quittez ce ministère après un long moment, et ce devoir, non plus, n'aura pas été rempli.

Vous dites que la capacité hospitalière est excessive et vous entendez procéder à sa réduction. Nous ne vous suivrons pas dans ce choix, vous le savez. Mais vous entendez y procéder de façon autoritaire en vous faisant attribuer le pouvoir de vous substituer aux conseils d'administration qui ne défèreraient pas à vos injonctions.

S'il n'est permis de manifester un étonnement, c'est celui d'avoir vu, en commission, mes collègues élus locaux voter l'amputation des maigres pouvoirs qui leur restent encore depuis 1970 comme présidents des conseils d'administration d'hôpitaux, et ce malgré les mises en garde proférées notamment par la fédération hospitalière de France et les syndicats de personnels, qui mesurent mieux que quiconque les risques encourus pour les effectifs employés si, malheureusement, ce projet de loi est voté.

Nous affirmons solennellement qu'il ne faut pas dessaisir les conseils responsables et que, s'il est concevable de leur faire prendre en compte la satisfaction des besoins dans un cadre plus large que celui de la seule circonscription de leur établissement, le pouvoir central, lui, ne connaissant pas les exigences locales, ne peut se substituer à eux sous peine de léser gravement l'intérêt des malades. Aussi avons-nous déposé deux amendements.

L'un propose la suppression du transfert de compétences qui opère un retour à la centralisation et aggrave l'autoritarisme dont se plaignent déjà les responsables hospitaliers, du fait de l'administration ou de la tutelle des directions départementales de l'action sanitaire et sociale.

L'autre, dans l'hypothèse, hélas ! vraisemblable, où le premier serait rejeté, tend à obliger le ministre à prendre en considération les impératifs sanitaires régionaux, puisqu'à la consultation préalable de la commission nationale de l'équipement sanitaire prévue dans le projet de loi, nous proposons d'adjoindre la consultation de la commission régionale, dont la vocation excède déjà très sensiblement le seul ressort de l'établissement ; mais grâce à son insertion locale, elle peut néanmoins apprécier les mérites de l'argumentation des hôpitaux « récalcitrants ». Il importe alors qu'une autorité plus lointaine, serait-elle ministérielle, ne puisse pas imposer une décision allant à l'encontre de celle des conseils d'administration. Le ministre ne pourrait ainsi imposer une réduction de la capacité hospitalière qu'après l'avis conforme de la commission régionale dans laquelle les élus se font entendre.

En admettant même — ce que nous ne faisons pas — qu'il faille réduire la capacité hospitalière, un grief supplémentaire doit vous être fait. Vous vous en prenez, en effet, madame le ministre, à la seule hospitalisation publique.

Je vous ai, certes, entendu scouter le contraire, mais je n'ai pas été convaincu.

Le secteur privé se trouve face à deux situations différentes.

D'un côté, les cliniques privées participant au service public hospitalier auxquelles une demande de réduction de capacité pourrait être faite sont menacées de radiation de la liste des établissements participant au service public. Cette menace les désavantage-t-elle ? Qu'attendaient-elles de la participation, sinon une majoration — acquise et irréversible — de leurs prix de journée et des subventions qui ne leur sont jamais octroyées ? La sanction ne changera absolument rien à leur situation. Au reste, certains de ces établissements demandent déjà à quitter le secteur participant, qui leur réserve sans doute plus d'inconvénients que d'avantages.

De l'autre côté, les établissements qui ne participent pas au service public — de très loin les plus nombreux — sont, eux, menacés de sanctions uniquement en cas de non-conformité de leur équipement aux normes sanitaires en vigueur.

Vous avez fait référence hier soir à l'article 36 de la loi du 31 décembre 1970 pour tenter de justifier les lacunes de votre projet qui, à notre avis, ménage par trop le secteur privé. Ces établissements, qui ne participent pas au service public, sont déjà assujettis à un certain nombre de normes sanitaires en vertu de ce même article 36. Rien ne sera donc changé s'ils ne réduisent pas le nombre de leurs lits.

Ainsi donc seul le secteur public est visé par ce texte, quoi que vous vouliez bien en dire.

Au demeurant, si l'on veut bien considérer le discours le plus souvent tenu par la majorité sur le caractère moins onéreux de l'hospitalisation privée, on comprend qu'un projet de loi dont la finalité unique est la diminution des dépenses hospitalières s'en prenne au seul secteur public, même si cela doit se traduire par une altération de la qualité des soins dispensés.

En conclusion, non seulement vous n'avez pas été capable de maîtriser la croissance de l'équipement hospitalier — l'hôpital, c'était parfois une « fleur » politique que l'on faisait aux amis en difficulté électorale, et les exemples de l'hôpital de Provins et de celui de Melun, notamment, sont à cet égard suffisamment significatifs...

M. Edmond Vacant. Très bien !

M. François Autain. ... mais aujourd'hui vous entendez favoriser la croissance de la capacité hospitalière privée tout en réduisant celle de l'hospitalisation publique. Finalement, vous allez voler des lits aux hôpitaux comme vous avez volé des voix aux élections européennes. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

C'est la logique du libéralisme avancé. Nous la récusons une fois encore, en nous opposant à votre projet. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. Henri Emmanuelli. C'est déshonorant, madame le ministre !

M. le président. La parole est à M. Geng.

M. Francis Geng. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, en moins de vingt ans, l'équipement hospitalier français a connu une expansion très importante qui a classé la France parmi les pays les mieux équipés dans ce domaine. C'est ainsi que le nombre de lits s'est accru de quelque 200 000, soit une augmentation de plus de 25 p. 100. Ce résultat est éloquent et supporte, je crois, la comparaison avec tout ce qui a été fait de similaire dans le monde.

L'apport de la dernière loi hospitalière avec ses points forts — classement des établissements, carte sanitaire, groupement de syndicats interhospitaliers, concession et association au service public hospitalier — n'a pas été négligeable, assurément une certaine maîtrise des équipements. Toutefois, les résultats n'ont pas toujours été ceux que l'on attendait. Certes, le caractère contraignant de la carte a été utilisé pour limiter, étant donné l'importance des réalisations dans le secteur hospitalier ces dernières années, les programmes excessifs et les constructions inutiles.

C'est donc, dans le cadre actuel, que des aménagements, exigés par l'évolution des techniques, doivent intervenir. D'où le projet de loi relatif aux équipements sanitaires et modifiant la loi du 31 décembre 1970 sur la réforme hospitalière, que l'Assemblée nationale examine aujourd'hui.

Cette loi s'est en effet révélée insuffisante pour maîtriser les investissements sanitaires. Or, il est primordial au moment où des déficits de toute nature — budget de l'Etat, sécurité sociale,

entreprises nationales, collectivités publiques — s'accroissent et pèsent dangereusement, indépendamment des facteurs extérieurs, sur le plan d'assainissement et de redressement de notre économie, de mener une politique vigoureuse de qualité et de coût des soins.

Depuis le XIX^e siècle, l'hôpital a subi une extraordinaire mutation. Depuis trois décennies, les progrès considérables de la médecine, de la chirurgie, de l'anesthésie, des explorations fonctionnelles ont complètement transformé la fonction de l'hôpital.

Devenus désormais indispensables, les hôpitaux se sont multipliés, se sont dotés des moyens les plus perfectionnés, servis par des médecins remarquables et ont reçu une clientèle provenant de toutes les classes sociales. Cette clientèle n'a cessé d'augmenter, attirée par les succès des thérapeutiques et des interventions dispensées à l'hôpital et par les possibilités dues aux systèmes de sécurité sociale et progressivement étendus, à juste titre, à toute la population.

L'hôpital est donc devenu le symbole et le pivot d'une bonne organisation sanitaire. La proportion de lits d'hôpitaux, par rapport à la population, est d'ailleurs considérée comme un test de développement.

Mais la médaille a son revers. Les soins hospitaliers que chacun — médecin et malade — veut aussi parfaits que possible, sont inévitablement coûteux et l'augmentation de la fréquentation hospitalière accroît, chaque année davantage, dans des conditions inquiétantes, les dépenses de santé qui sont finalement à la charge de la collectivité.

Toutes les nations occidentales qui ont atteint un haut niveau de progrès médical et de soins sont confrontées au même problème.

Une meilleure maîtrise des investissements et de l'équipement hospitalier, une meilleure coordination des matériels et des équipements internes s'imposent donc et notre objectif est de parvenir à une réduction du taux de croissance des dépenses hospitalières, sans altérer en quoi que ce soit la qualité des soins. On sait maintenant qu'un lit créé en surnombre des besoins réels est non seulement un investissement coûteux inutile, mais aussi une source de frais de fonctionnement supplémentaires.

Le projet de loi soumis à l'Assemblée, qui complète les mécanismes actuels de la loi hospitalière et qui propose de réduire de façon équilibrée la croissance des capacités d'hébergement dans les spécialités excédentaires, répond à un indispensable souci d'économie et nous ne pouvons que nous en féliciter.

Toute politique de la santé a pour objectif essentiel d'assurer le niveau sanitaire le plus satisfaisant possible, accessible à tous, et pour un coût ne dépassant pas les possibilités financières du pays.

L'excellent rapport de notre collègue Gilbert Barbier et le travail effectué par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, ont permis d'amender le projet de loi et d'aboutir à un texte plus satisfaisant, notamment en ce qui concerne l'article 2, clé de voûte du dispositif général, où le rôle et les prérogatives du conseil d'administration ont été améliorés par rapport au texte initial, notamment en matière de créations, de suppressions et de transformations de services.

L'Élu rural que je suis voudrait, à l'occasion de ce débat, appeler l'attention du Gouvernement sur la nécessité de maintenir aux hôpitaux locaux, anciennement dénommés « hôpitaux ruraux », la place qui leur revient dans l'équipement sanitaire du pays.

D'abord, au moment où l'on tient à développer une politique d'aménagement du territoire et à conserver les services publics en zone rurale, leur maintien s'avère indispensable. Il ne faudrait pas que, dans les régions excédentaires en lits, le blocage s'exerce au détriment des établissements petits et moyens, ni que les transferts de capacité ne portent préjudice à ces établissements hospitaliers diffus dans le pays et réellement indispensables.

Le développement positif de l'aide médicale à domicile et des différents programmes d'action prioritaires en faveur des personnes âgées leur pose déjà des problèmes.

Un rapport établi en avril 1978, par une société d'études privée, la Sercho, à la demande de la caisse nationale d'assurance maladie, de la mutualité agricole et du ministère chargé de la santé, conclut à la nécessité de redessiner les contours de l'hôpital local plutôt que d'organiser sa disparition car il doit devenir de plus en plus un lieu de soins et non d'hébergement. Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour qu'au sein des commissions régionales, des transferts de lits et de prises en charge ne diminuent pas le potentiel sanitaire des cantons ruraux.

Les hôpitaux locaux regroupent actuellement 368 établissements, leur capacité est de 53 000 lits, dont 12 000 pour le secteur hospitalier proprement dit qui dispense des soins actifs pour des hospitalisés de « court et moyen séjours » à l'exclusion des « longs séjours ». Leur mission est limitée aux soins courants, avec parfois la possibilité de pratiquer des accouchements ; ces établissements peuvent, en effet, sur autorisation ministérielle, comporter des lits de maternité lorsque l'isolement ou les conditions géographiques le justifient.

Si l'on aborde les aspects fonctionnels des établissements hospitaliers, à travers deux thèmes liés entre eux par une relation de cause à effet, à savoir la gestion hospitalière et l'humanisation des hôpitaux, l'hôpital local semble, par sa dimension même, représenter une unité idéale.

Il permet une amélioration et une humanisation de l'accueil et des conditions de séjour du malade, notamment par son implantation locale à proximité immédiate de la population, et par une administration beaucoup plus humaine et accessible au malade, pour laquelle il n'est pas un numéro parmi tant d'autres, et par une gestion beaucoup plus économe. A cet égard, les normes administratives qui les régissent doivent être adaptées au « cas par cas », infiniment plus souples et plus différenciées que celles qui ont cours dans les grands ensembles hospitaliers et en tout cas éloignées de tout caractère technocratique. Le budget de la santé, en effet, y gagnerait. Une unité moyenne, aux proportions raisonnables, permet d'éviter lenteur, lourdeur, inflation des dépenses, trois caractéristiques qui sont souvent avancées au sujet des grands ensembles hospitaliers où le malade perd sa personnalité pour ne devenir souvent qu'un cas. Or c'est, pour une large part, de la qualité de la communication entre les soignants et les soignés que dépend le résultat final de l'effort thérapeutique. La dépersonnalisation et la promiscuité consécutive aux conditions d'hébergement dans les grands centres hospitaliers rendent impossibles les relations nécessaires entre le malade, son médecin et sa famille.

L'hôpital local permet de remédier, en partie, à cet état de fait qui tient à la fois aux structures et aux hommes.

Il remplit une importante fonction de fournisseur d'emplois, ce qui en fait un élément important de la vie locale et régionale.

Il peut permettre le dégagement des centres hospitaliers, des cas diagnostiqués et ne nécessitant plus de soins intensifs et spécialisés.

Il offre enfin une qualité d'hébergement supérieure, un service humain et une ambiance familiale, le contact avec son médecin de famille et du personnel souvent amicalement connu.

Pour toutes ces raisons, nous demandons au Gouvernement de concilier harmonieusement la nécessité de la maîtrise des équipements hospitaliers avec le souci d'une répartition géographique équilibrée permettant à tous, et donc au milieu rural, un égal accès aux soins.

Ces établissements, proches des populations, jouent en effet à leur égard le rôle de substitut du domicile pour la pratique médicale courante et évitent, par là même, des déplacements et des hospitalisations inutiles ou trop prolongés dans des centres urbains.

Madame le ministre, les différentes mesures contenues dans ce projet apparaissent utiles et efficaces. Elles permettront une meilleure maîtrise des dépenses tout en maintenant l'indispensable qualité des soins hospitaliers.

Nous voterons donc ce projet mais nous vous demandons, madame le ministre, de donner les instructions nécessaires à votre administration pour que les dispositions du texte soient appliquées avec souplesse et discernement et que les hôpitaux locaux puissent continuer à assurer leur rôle indispensable au milieu rural. (Applaudissements sur les bancs de l'Union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à M. Léger.

M. Alain Léger. Le projet de loi proposé aujourd'hui, personne ne s'y méprend, madame le ministre, est un élément du dispositif d'envergure monté contre le droit à la santé des Français.

Ce projet veut nous faire avaliser une situation déjà existante et si possible nous demande d'aller un peu plus loin dans la voie de la centralisation, de l'autoritarisme et de l'austérité pour le secteur de l'hospitalisation.

Malgré tout votre discours sur l'humanisation, madame le ministre, pour vous, l'hospitalisation est avant tout une dépense et une dépense à limiter.

Déjà en 1977, vous aviez pris un arsenal de mesures visant à mettre en place un super quadrillage de l'austérité.

Pour l'essentiel, il y a eu les pouvoirs nouveaux donnés aux préfets dans l'élaboration et le contrôle des budgets des établissements, l'expérience de fusion des services départementaux et régionaux de la sécurité sociale et de la santé.

Il y a eu les expériences de réforme de la tarification hospitalière et ce projet d'un forfait quotidien à la charge de la personne hospitalisée.

Il y a eu le blocage des prix de journée et le freinage des dépenses de personnels.

Ces mesures ont porté leurs fruits, c'est vrai. La croissance des dépenses hospitalières a décliné de moitié en deux ans.

Aujourd'hui, tout en vous prononçant sur la continuation de ces mesures, vous entendez aller plus loin !

Ainsi, il s'agit — et c'est l'objet du texte de loi — de stabiliser, voire de réduire le nombre de lits, en révisant systématiquement en baisse tous les programmes d'équipement, tant pour le public que pour le privé.

La modernisation des plateaux techniques est assujettie à la réduction de la durée moyenne de séjour et donc, du nombre de lits.

Ainsi, la seule chose qui compte maintenant, le critère unique, c'est le taux de rentabilité par lit, en réponse à votre refrain : « un lit vide coûte aussi cher qu'un lit plein ».

Ce taux de rentabilité par lit correspond aux conditions optimales d'amortissement des investissements réalisés par les grands groupes industriels et financiers que la maladie intéresse et qui ont trouvé jusqu'à ces dernières années, aux temps bénis de la croissance soutenue dans le « marché de l'hôpital », l'occasion d'un développement prodigieux de leurs chiffres d'affaires et de leurs profits.

Mais, en cette nouvelle phase d'austérité brutale, de redoublement accéléré, les investissements sont rapidement freinés. Il s'agit maintenant de les amortir au mieux, quitte pour cela à traiter les personnes hospitalisées comme éléments d'une brutale gestion des stocks, comme objets permettant de réaliser les conditions idéales de rotation du capital.

Et c'est dans cette optique que vous entendez accentuer votre pression sur les prix de journée, par préfets et services de sécurité sociale interposés, pression qui se manifeste déjà et qui va continuer à se manifester sur les personnels hospitaliers, sur leur nombre, leurs conditions de travail et leurs rémunérations.

C'est dans cette optique également que vous entendez porter une grande attention aux établissements de long et moyen séjours pour personnes âgées ou handicapées, où vous voulez freiner « toute médicalisation excessive » pour pérenniser, en fin de compte, la pratique des « mouvoirs » et des « asiles ».

D'ailleurs, à la lecture du rapport de M. Barbier, on a le sentiment que notre système de santé, pris par beaucoup en exemple, notre avancée technologique et scientifique, notre protection sociale étendue sont des facteurs de blocage pour notre pays.

Ainsi, le développement de l'appareil de soins aurait atteint un tel niveau qu'il conviendrait désormais de le freiner.

Et puis le développement technique et l'accès massif aux soins des gens, y compris des agriculteurs, rendraient très malaisée la planification.

Mais en développant ces thèses, vous laissez passer le bout de l'oreille et confirmez l'orientation d'une politique malthusienne fondée sur l'abaissement du coût des soins à partir de la diminution de l'offre des soins.

Sans doute, sur le fond, nos collègues du groupe socialiste seront-ils en convergence avec vous, puisqu'ils se déclareraient, dans un commentaire sur votre discours de Dinard, « heureux de constater qu'après avoir récusé notre discours Mme Veil parle aujourd'hui après nous et comme nous d'action sur l'offre de soins ».

Vous avez également l'appui du C.N.P.F. qui, tout dernièrement, par la plume de l'un de ses dirigeants, dans *La Lettre de l'Exposition*, déclarait « une plus grande rigueur dans la gestion des hôpitaux et une plus grande maîtrise des dépenses ».

Certes, nous, communistes, avons conscience que des problèmes ne peuvent pas rester sans solution, mais nous ne pouvons pas vous suivre dans votre logique. Tel sera le sens de nos propositions qui figurent dans les amendements que nous défendrons.

Car comment suivre, d'abord, votre analyse des causes des difficultés des caisses ?

Nous lisons dans le rapport de M. Gilbert Barbier :

« Les médecins et les directeurs sur le plan professionnel, les élus locaux membres du conseil d'administration de l'hôpital sur le plan du prestige politique ont tout intérêt à développer un service même s'il ne répond pas à des besoins ou à empêcher artificiellement, le cas échéant, la désaffection envers un service. « Les différentes mesures ne permettent pas de mettre fin

à des situations le plus souvent anciennes qui ne sont guère justifiées au plan des besoins mais sont parfaitement protégées au plan administratif. »

Monsieur le rapporteur, vous auriez pu ajouter aussi que « l'action des communistes ne facilite pas la casse des établissements sanitaires », vous qui avez demandé l'instauration des interdits professionnels, comme vous avez soutenu la loi scélérate sur la limitation du droit de grève ! (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

A ce sujet, permettez-moi d'observer que vous avez fait école. En effet, à Châlons-sur-Marne, plusieurs infirmiers de l'hôpital psychiatrique, en lutte pour le maintien d'avantages acquis, ont été convoqués au tribunal, après avoir été reconnus sur une photo publiée par un journal local.

Eh bien, nous tenons à protester vivement, du haut de cette tribune, contre de tels agissements dignes d'un autre temps. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

Non, nous, communistes, ne désignons pas les fonctionnaires, les médecins et les élus comme des saboteurs de notre économie.

L'hospitalisation publique, vous devez le savoir, ne représente que 2,1 p. 100 de la P.I.B. Les charges indues, les conséquences du chômage sur le montant des cotisations sont à l'origine, bien plus que l'hôpital, des difficultés financières des caisses d'assurance maladie. Il convient de le souligner.

Nous n'imaginons pas, bien sûr, que les médecins refusent de soigner les malades. Non, mais quand le chômage est massif, quand les travailleurs doivent calculer quotidiennement au plus juste, quand ils se heurtent à des difficultés pour se loger, se nourrir et se vêtir, ils « tirent » forcément sur les dépenses de santé ! Voilà ce que nous voulons dire lorsque nous parlons de « médecine de pauvres ».

Il existe bien, dans notre pays, une médecine de pauvres. Voici un chiffre tout récent, pris dans un rapport. Savez-vous, madame le ministre, que l'espérance de vie pour les cadres supérieurs est de 74,4 ans alors qu'elle n'atteint que 63,8 ans pour les manœuvres ? Dix ans de différence ! N'est-ce pas, après l'inégalité dans la vie, l'inégalité flagrante devant la mort ? Voilà de quoi nous voulons parler en opposant la médecine des pauvres à la médecine des riches ! (Applaudissements sur les mêmes bancs.)

Nous ne pouvons pas vous suivre non plus, madame le ministre, en ce qui concerne les remèdes que vous voulez mettre en place.

Déjà, la circulaire du 29 mars 1979, relative au contrôle de l'exécution des budgets et de l'activité des établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure, annonçait le contenu du projet qui nous est soumis aujourd'hui.

L'hôpital est mis en étroite tutelle sous la responsabilité directe de votre ministère, qui décidera la suppression des lits et des équipements, voire la liquidation de services entiers, en passant outre à l'avis des conseils d'administration, des médecins et des élus.

Pourtant, madame le ministre, au sein de ces conseils siègent déjà vos représentants. Mais c'est encore trop pour vous qu'il subsiste avec ces conseils une parcelle de démocratie. C'est bien trop pour ce pouvoir centralisateur et autoritaire !

Vous voulez que 9535 lits soient voués à disparaître d'ici 1985 dans la région parisienne — 67 237 pour l'ensemble de la France. Tel est l'objectif du projet !

En mettant d'autorité en place une carte sanitaire, élaborée bureaucratiquement, vous contestez violemment une exigence légitime de chaque Français, celle de bénéficier d'un système de soins correspondant à l'état des sciences et des techniques. En effet, l'austérité reste votre credo économique et, au fond, votre orientation en matière d'hospitalisation.

Dernièrement, à l'hôpital Tenon, ne déclariez-vous pas que cette réforme ne pourrait « réussir que si les médecins et les gestionnaires des hôpitaux se persuadent que produire des actes médicaux et guérir des malades sont deux activités qui ne se confondent pas totalement » ?

M. Gilbert Millet. C'est scandaleux !

M. Alain Léger. Voilà un discours qui doit puiser aux sources du très obscurantiste et rétrograde Ivan Illich ! Dans son livre *L'Expropriation de la santé*, il développe la même thèse.

En fait, dans la réalité, que signifiera la mise en place de cette politique ? Des patients moins bien soignés, mal nourris, renvoyés chez eux incomplètement guéris ; un personnel hospitalier surexploité, confronté à une charge de travail à la limite du supportable ; des médecins auxquels sera refusé l'exercice d'une médecine conforme aux exigences et aux possibilités actuelles, subissant des contrôles et un autoritarisme de plus en plus pesants.

Nous ne donnons pas dans le catastrophisme mais, madame le ministre, les députés communistes ont accompli un tour de France des hôpitaux et ils ont rencontré de nombreux directeurs d'hôpitaux, des chefs de service, des membres de conseils d'administration et des délégués du personnel.

Tout en reconnaissant les progrès réalisés grâce aux nombreuses luttes participant d'une tradition démocratique de notre pays et grâce à l'intervention substantielle des collectivités locales dans les montages financiers, le cri d'alarme est unanime. L'hôpital est bloqué. Que va-t-il devenir ? Comment répondra-t-il aux besoins ?

En matière de santé, il ne convient pas seulement de préserver l'acquis, mais de permettre la prise en compte de besoins nouveaux.

Quels éléments d'information avons-nous rapportés de notre tournée, en dehors de ceux qu'a déjà évoqués mon ami Gilbert Millet ?

D'abord, tous les postes budgétaires autorisés ne sont pas pourvus. Les agents qui partent à la retraite ne sont pas remplacés. Certains vacataires sont licenciés.

A l'hôpital de La Rochelle, sur les 350 postes demandés pour les personnels hospitaliers, vingt-trois seulement ont été accordés.

A l'hôpital de Reims, le budget a été amputé de seize millions de francs.

A l'occasion de l'ouverture d'un nouvel hôpital à Strasbourg, 1 785 postes ont été accordés sur les 3 033 demandés.

A Bordeaux, le taux d'occupation des services de traumatologie-réanimation est de 110 p. 100, ce qui pose parfois des problèmes de désinfection. Dans la même ville, l'hôpital pour enfants fonctionne dans des conditions épouvantables. La réduction autoritaire du nombre des lits d'hospitalisation en chirurgie pédiatrique entraine les professeurs à refuser des entrées d'enfants malades.

A Aulnay-sous-Bois, une demande d'installation d'une unité d'hémodialyse a été refusée à l'hôpital public. En revanche, fait troublant, elle a été acceptée pour une clinique privée.

Dans la vallée de l'Orne et de la Fensch en Lorraine, les hôpitaux et les maternités laissés à l'abandon par le trust Sacilor sont désormais à la charge des collectivités. Ils manquent de moyens.

Tout dernièrement, lors du tragique accident de l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche, à Neuilly-sur-Marne, il n'y avait que deux infirmières pour surveiller trente-huit malades.

A la maternité Baudelocque, les locaux étaient suroccupés et le personnel insuffisant.

Ces quelques faits, qui seront complétés par mes collègues du groupe communiste, montrent bien, madame le ministre, que votre projet renforcera les aspects néfastes que je viens de décrire. Ce projet, conjugué avec budget globalisé qui viendra en discussion, peut conduire à des situations dramatiques et à la réduction des admissions de malades et, à la limite, au refus d'admission faute de crédits.

En effet, les cadres des établissements hospitaliers affirment que 85 p. 100 des dépenses hospitalières sont incompressibles. Votre politique, visant à réduire les coûts de l'hospitalisation, ne pourra donc guère porter que sur les 15 p. 100 restants, c'est-à-dire sur les dépenses de soins proprement dites, examens, diagnostics et médicaments, par exemple.

Mais vous semblez, sur ce sujet, témoigner d'une lucidité parfaite puisque, dans un rapport aux D. D. A. S. S., vous écriviez : « La population exige dans le domaine de la santé un confort plus grand, de plus en plus de satisfaction ; elle refuse l'idée de risque, l'idée de maladie.

« A partir de ces constatations, tout d'abord il faut faire comprendre à la population qu'il existe un seuil de dépenses à ne pas dépasser. »

Vous ajoutiez, comme exemple d'abus :

« On assiste aussi à une augmentation des dépenses provoquées par l'augmentation du nombre des personnes exonérées du ticket modérateur. »

Ensuite, vous mettiez en doute la moralité du médecin, coupable de cette augmentation !

Quand on sait, madame le ministre, que vous vous attaquez à aux malades atteints des maladies les plus longues, et parfois les plus graves, souvent les plus douloureux, en tout cas des maladies qui coûtent le plus cher et qui pèsent le plus lourd sur le revenu des gens, on peut se poser des questions sur votre conception des hommes.

Mais peut-être, pour aller si vite, si fort, si clair, vous appuyiez-vous sur l'argument « Europe » ? En effet, l'Europe est un argument supplémentaire pour la compression, par tous les moyens, des dépenses de santé, pour l'élimination des acquis spécifiques de notre système hospitalier, et pour un renforcement inédit de l'étatisme sur l'ensemble des structures de santé.

C'est l'utilisation des « modèles » socio-technocrates allemands et britanniques, où l'éthique médicale est mise à mal par la mise en liberté surveillée des prescripteurs, par l'achèvement des « profils ».

C'est le projet, révélé par vous-même, madame le ministre, au conseil de l'Europe, d'instaurer des modèles de comportement thérapeutique inspirés de la République fédérale d'Allemagne.

C'est la volonté, également, de créer les conditions pour une « congestion » de la pénurie, en moyens et en personnels, dans les services hospitaliers.

Est-ce à cela que vous voulez parvenir chez nous, madame le ministre ?

Face à cette offensive généralisée, nous, communistes, nous joignons, à tous ceux, et ils sont nombreux — pas seulement dans nos rangs — qui rejettent votre orientation, car elle va dans le sens inverse de l'histoire, et qui luttent pour que les besoins réels soient effectivement pris en compte de façon décentralisée. Il faut doter notre pays d'un réseau d'équipements le plus proche possible des sens, fonctionnant avec des personnels qualifiés, en nombre suffisant et attentifs à l'évolution de la maladie comme aux comportements des malades.

Nous pensons que la planification ne peut être que démocratique. Les conseils d'administration, pour bien jouer leur rôle de gestion au service des demandeurs, doivent donc disposer du pouvoir de décision et de moyens suffisants.

Bref, nous voulons que la démocratie soit le moteur du progrès à tous les niveaux.

Autogestion des services hospitaliers ; rôle nouveau des conseils d'administration, pouvoir et responsabilité des assemblées élues dans la planification : voilà les trois points d'ancrage de notre conception de la démocratie.

Avouez, madame le ministre, qu'il s'agit là d'une tout autre logique ! (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Porcu.

M. Antoine Porcu. Madame le ministre, ce projet s'inscrit bien dans la politique d'austérité du Gouvernement, une politique qui, en aggravant les conditions d'existence des travailleurs, organise systématiquement le chômage, car celui-ci est pour vous un des moyens qui permettent aux grandes sociétés capitalistes d'accroître leurs profits.

Aucun domaine de la vie publique et sociale n'est épargné.

Le projet qui nous est soumis compromet gravement la protection de la santé. C'est une nouvelle pierre à votre édifice qui consiste à faire payer par les travailleurs une crise dont le Gouvernement porte seul la responsabilité.

Vous voulez restreindre le droit à la santé, alors qu'il est encore loin d'être satisfait.

Votre discours général, vos statistiques d'ensemble ne s'embarassent pas de la grande détresse des régions, notamment des régions à forte densité ouvrière.

Je veux porter ici témoignage de la grande misère médicale et hospitalière de la région dont je suis l'élu, une région industrielle où le secteur sidérurgique est encore dominant.

Les travailleurs de la sidérurgie luttent depuis six mois pour sauver leur emploi et leur outil de travail. Ils sont astreints à une organisation du travail que l'on appelle le service « feux continus », ce qui signifie qu'ils travaillent le matin, l'après-midi ou la nuit, le rythme changeant chaque semaine.

Ecoutez bien ce que je vais vous dire, monsieur Perrut, et vous aussi, monsieur le rapporteur.

Les heures de repas et de repos sont constamment bouleversées, ce qui provoque de nombreux troubles : troubles du sommeil, d'abord, d'autant plus que les logements ne sont pas insonorisés ; troubles du système nerveux aussi, et troubles digestifs, qui se concrétisent par un nombre élevé de malades souffrant d'ulcères ou de pancréatites ; troubles de la vie familiale : 39 p. 100 des familles ouvrières en subissent ; 65 p. 100 des ouvriers ne peuvent pratiquement pas participer à la vie sociale. Leur vie sexuelle est également troublée.

L'usure des travailleurs de la sidérurgie est telle qu'un ouvrier sur deux meurt avant d'avoir atteint l'âge de la retraite.

Non content d'user les travailleurs, le patronat, aidé par les organismes officiels, déploie une honteuse propagande affirmant que le taux d'absentéisme trop élevé compromet les coûts de production.

C'est faux. En réalité, alors que le taux d'absentéisme est en moyenne de 9 p. 100 en France et en République fédérale d'Allemagne, de 12 p. 100 en Suède, il n'est que de 5,5 p. 100 à Usinor-Longwy et de 6,5 p. 100 à Cockerill-Rehon.

Le but de cette campagne est d'empêcher les travailleurs de se soigner à temps, ce qui ralentirait sans nul doute leur usure prématurée.

Au cours de la dernière période, le nombre des accidents du travail a baissé, il est vrai, mais c'est du fait de la diminution du nombre des emplois.

En revanche, le taux de gravité des accidents est aussi élevé, ce qui signifie que leur nombre s'est sérieusement accru dans l'absolu.

Malgré cette situation, il n'y a ni centre de traumatologie ni centre de soins aux brûlés. Le plus proche se trouve à Metz, à 70 kilomètres.

Voici deux chiffres pour vous démontrer combien le travail tel qu'il est pratiqué actuellement dans la sidérurgie est mutilant : 10 p. 100 des travailleurs d'Usinor-Longwy et 20 p. 100 de ceux de Cockerill-Rehon sont handicapés. Pourtant, ils étaient entrés jeunes et sains dans la vie professionnelle.

Le manque de médecins est criant dans cette région ouvrière où les pauvres sont nombreux, ne vous en déplaise, madame le ministre : ce mot, vous le considérez comme injurieux car il ne vous plaît pas, mais il n'est injurieux ni pour nous ni pour les pauvres. Il ne l'est, en réalité, que pour vous et pour votre Gouvernement car vous organisez la pauvreté des producteurs de richesses de notre pays.

Il manque chez nous des médecins du travail, des spécialistes en gynécologie, en rhumatologie, en psychiatrie et en pneumologie.

Alors que pour 100 000 habitants il y a en moyenne 180 médecins en France, il n'y en a que quatre-vingt-dix dans la région de Longwy.

Comment s'étonner, dès lors, que cette dernière connaisse un des taux de mortalité infantile les plus élevés de France, si ce n'est le plus élevé ?

Votre projet de loi, madame le ministre, vise à casser les hôpitaux, tout comme la politique de votre Gouvernement conduit à casser les usines.

Sans doute voulez-vous étendre à tout le pays la grande misère de la situation hospitalière du bassin de Longwy-Villerupt-Longuyon, situation qui, de tout temps, a été aux mains des hommes du comité des forges, plus préoccupés de réaliser des profits que de dispenser et de garantir la santé.

Cette région est sans doute un cas unique en France : avec une population de près de 100 000 habitants, elle est dépourvue de tout service public de santé. Certes, à Nancy, chef-lieu du département, il y a un excellent C.H.U., mais Longwy en est distant de 130 kilomètres.

Alors, madame le ministre, je vous pose les questions suivantes.

Quelles mesures allez-vous prendre afin que cesse la situation de monopole privilégié dont bénéficie l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin, hôpital privé toujours aux mains du patronat de la sidérurgie, même si son statut a changé depuis 1976, ce qui lui permet, soit dit en passant, de recevoir des subventions de municipalités complaisantes ?

Il est indispensable de doter cette région d'équipements hospitaliers publics qui tiennent compte de son caractère spécifique, avec des services susceptibles de soigner et de prévenir les maladies qui y sont les plus fréquentes et qui sont la conséquence des conditions de travail.

Aujourd'hui, la population laborieuse qui ne trouve pas à l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin tous les services nécessaires est contrainte, si elle veut être soignée, de se diriger vers Nancy, avec toutes les complications familiales que cela entraîne. En effet, les transports entre Longwy et Nancy sont loin de répondre aux besoins et ils coûtent très cher — votre gouvernement vient d'ailleurs d'augmenter les tarifs voyageurs de la S.N.C.F. — ce qui limite les visites aux malades.

Par ailleurs, quelles mesures allez-vous prendre afin qu'un centre d'interruption volontaire de la grossesse soit ouvert à Longwy ? Car dans ce domaine également il faut se rendre à Nancy ou à l'étranger.

Il est clair que les communistes combattent votre projet rétrograde. Au-delà de cette enceinte où nous vous refuserons nos voix, nous agirons pour aider les travailleurs à organiser leur lutte utile, afin que le droit à la santé ne soit plus l'apanage des privilégiés de la fortune, mais un droit pour tous. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Jarosz.

M. Jean Jarosz. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, je souhaite soumettre à votre réflexion un certain nombre de mesures récentes qui témoignent de la mise en place progressive d'une organisation sanitaire et sociale régressive, parfois même rétrograde, toujours angoissante pour l'avenir et qui justifient que nous tirions la sonnette d'alarme.

En premier lieu, la fameuse circulaire du 1^{er} août 1977 postule, qu'en France, les besoins quantitatifs en capacité hospitalière sont globalement satisfaits.

A notre connaissance, c'est la première fois qu'un ministre proclame qu'il faut stopper une progression, qu'un équipement est arrivé à son terme et qu'on doit imposer le *statu quo*, bien que la croissance démographique, elle, se poursuive.

La France s'est donc arrêtée au mois d'août 1977 pour ce qui concerne ses hôpitaux. Dans cinquante ans nos descendants découvriront, étonnés, dans leurs livres d'histoire, le nom de ce ministre, vous, madame, qui, planifiant la pénurie, décréta qu'on stopperait le progrès !...

Cette politique est en marche dans ma région, le Nord-Pas-de-Calais, à tous les niveaux. Tous les directeurs d'établissement ont reçu l'ordre de bloquer leurs effectifs de lits à la date du 1^{er} août 1979, la création de nouveaux lits devant s'accompagner de suppressions en nombre équivalent. Je laisse l'Assemblée juger de la catastrophe qui se prépare dans notre région, la dernière, la lanterne rouge de la France et qui le restera, puisque tout rattrapage est désormais interdit par cette circulaire.

Le second élément de cette nouvelle orientation, madame le ministre, est contenu dans votre discours de Dinard du mois de septembre 1978. Intitulé : « Politique de santé dans une croissance ralentie », il développe toutes les conséquences de la circulaire.

L'expansion, c'est bien fini, il faut freiner les dépenses de santé par tous les moyens :

En démolissant la sécurité sociale — tous les salariés de France ont perdu, au 31 janvier 1979, entre 1,25 et 2 p. 100 de leurs salaires à cause du relèvement des cotisations, et ce n'est pas fini ;

En instaurant le profil médical, ce contrôle policier des prescriptions des médecins à leurs malades ;

En abaissant les taux de remboursement de nombreux médicaments ;

En augmentant la rotation des malades dans les hôpitaux et en réduisant le nombre de lits ;

En stoppant le recrutement des personnels et en bloquant l'amélioration de leurs salaires ;

En dénonçant le principe du tiers payant.

Voici, ensuite, la circulaire du 29 mars 1979 qui instaure un certain nombre de contrôles tatillons et souvent inutiles sur la gestion des hôpitaux et qui a été unanimement dénoncée par l'ensemble des syndicats des personnels des hôpitaux, et notamment par les cadres hospitaliers lors de leur congrès de Metz des 11 et 12 mai derniers.

Les plus touchés par ces réductions de consommation de soins sont les personnes âgées, les chômeurs et les jeunes ménages à revenus modestes.

Cette « victoire » du ministère, de combien de souffrances, de détresses, s'est-elle accompagnée ? En savez-vous quelque chose, madame ?

Chaque généraliste peut vous parler de malades qui diffèrent une opération, des radios coûteuses ou des examens de laboratoire. Chaque médecin de quartier constate une baisse de fréquentation après le 15 de chaque mois. Combien de personnes ne se font plus soigner les dents, ne changent plus leurs lunettes ? Combien de handicapés gardent leurs vieilles prothèses ? Où est le progrès humain dans cette situation ?

Le quatrième élément concerne la sélection des étudiants en médecine. Il va bientôt y avoir trop de médecins en France, nous dit-on. Qu'est-ce que cela signifie : trop ?

Là encore, sur quels critères peut-on proclamer que le progrès doit s'achever ? Qu'on est trop bien soigné ? Chaque année, depuis 1975, 400 étudiants en P.C.E.M. 1 sont orientés vers d'autres professions. Chaque année, les postes mis au concours diminuent de 5 p. 100.

Solxante-dix postes d'enseignant ont été supprimés au C. H. U. de Lille à la dernière rentrée. En octobre 1978, 500 étudiants lillois ont été admis en seconde année, en P. C. E. M. 2 ; en octobre 1979, ils ne seront plus que 280, soit 44 p. 100 de moins en un an.

Est-il exagéré de parler de politique rétrograde ?

Pour compléter ce tableau de la lente désagrégation du système de soins français, je rappellerai, pour mémoire, quelques-unes de ses retombées dramatiques pour toute la région Nord-Pas-de-Calais :

Lors de l'élaboration de la carte sanitaire de notre région, le préfet préconisait le découpage en quatorze secteurs. Le ministre en a retenu treize, « gommant » celui d'Hazebrouck-Merville, artificiellement rattaché à celui de Lille, « excédentaire ». Le tour de passe-passe permettait « l'économie » de 600 lits et de 500 emplois ;

Autres économies aux conséquences incalculables :

Le centre départemental de recherche sur le cancer de Lille voit sa subvention réduite de 60 p. 100. Le directeur du centre a dû offrir sa démission. Pourtant, le conseil régional par trois fois, a subventionné ce : institut de renommée mondiale ;

Le centre Oscar-Lambret de Lille, qui soigne les cancéreux, n'a pu acquérir un scanner qu'avec l'aide de la région, celle de l'Etat s'arrêtant à 2,40 p. 100 — 20 p. 100 moins 17,60 p. 100 de T. V. A. récupérée.

Pour notre région, on peut dire que la crise sanitaire et sociale a anticipé, en quelque sorte, sur le massacre économique : l'exemple le plus parlant est celui de l'hôpital mort-né de Denain.

En 1975, le préfet de l'époque, M. Chadeau, actuel patron de la D. A. T. A. R., demandait l'inscription au VII^e Plan de quatre hôpitaux neufs, à Béthune, à Roubaix, à Tourcoing et à Denain.

A la fin du VII^e Plan, un seul, celui de Béthune, a une petite chance d'être achevé. Ceux de Roubaix et de Tourcoing n'en sont qu'à la phase des études et du démarrage et seront peut-être inaugurés au cours du VIII^e Plan. Encore sont-ils déjà programmés en baisse par rapport aux besoins et aux avant-projets.

Celui de Denain, lui, est abandonné deux ans avant la fermeture d'Usinor. Est-ce un hasard ? Ou n'est-ce pas, au contraire, la preuve qu'il existe au moins une planification en France, celle des fermetures d'usines précédée par la non-ouverture d'hôpitaux ?

Seul un vœu récent du conseil général vient de sortir l'hôpital de Denain de l'oubli.

Dois-je continuer encore longtemps la liste des faits témoignant de la lente installation pour demain, dans notre pays et surtout dans la région Nord-Pas-de-Calais, d'un système de soins autoritaire et fondé sur la pénurie ?

Mon collègue Georges Hage, rapporteur de la commission de la santé au conseil régional du Nord, a démontré les conséquences de cette politique sur les crédits d'Etat dans la région : en francs constants et par rapport à 1976 une baisse de 43,6 p. 100 pour la santé, le 39 p. 100 pour les interventions sociales, et une baisse globale de 42,77 p. 100 pour ces deux fonctions.

Est-ce ainsi que l'on prépare l'avenir ?

Cette politique est inacceptable. Nous ne pouvons donc que la rejeter. Elle n'est pas celle qu'attend la population du Nord-Pas-de-Calais, déjà écrasée par la crise et le chômage. Il ne lui reste que la lutte. Les communistes seront à ses côtés. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Goubier.

M. Roger Goubier. Monsieur le président, madame le ministre, je veux, au cours de ce débat, insister sur la situation dramatique des hôpitaux psychiatriques de la région parisienne et plus particulièrement sur celle de l'hôpital de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne.

Malgré les promesses faites, malgré les multiples interventions des personnels, malgré aussi l'action des familles des malades et des élus, rien de concret n'a été réalisé et la situation ne fait que se dégrader.

En 1975 déjà, à la suite de l'assassinat d'un retraité par un malade échappé de l'hôpital de Maison-Blanche, ma collègue Marie-Thérèse Goutmann avait été conduite à souligner qu'une des raisons de ce drame tenait au manque de personnel de ce centre hospitalier, dont la dimension et le caractère concentrationnaire étaient évidents :

« L'hôpital de Maison-Blanche accueille plus de 1 800 malades. Depuis 1971, il reçoit 30 p. 100 de malades hommes ; parmi eux, des alcooliques, des drogués, des délinquants difficiles à contrô-

ler. Dans le même temps, l'effectif infirmier est resté de 20 à 25 p. 100 en dessous des normes minimales souhaitées par le conseil d'administration. Il manque, actuellement 250 infirmiers. »

Aussi, alors que la sectorisation de la psychiatrie constitue un progrès incontestable dans la thérapeutique moderne, son application se heurte au manque cruel de personnel, au manque de moyens financiers. C'est non seulement la santé des malades qui est mise en cause mais aussi la sécurité des personnels et celle de la population à l'entour !

Certes, des promesses ont été faites concernant l'augmentation du personnel, en particulier du personnel masculin et aussi la déconcentration des soins en milieu extra-hospitalier.

Le 4 mai 1979, dans la nuit, un malade égorge six personnes. Le drame est à la une des grands quotidiens. Une fois de plus, il met en évidence toute la responsabilité du Gouvernement.

Oui, pour que d'autres drames ne se reproduisent pas demain, il faut augmenter le personnel : il manque toujours au moins cent cinquante infirmiers et infirmières.

Oui, pour que d'autres drames n'aient pas lieu demain, il faut la déconcentration : il y a encore plus de 1 600 malades à l'hôpital de Maison-Blanche.

La nuit, des pavillons de cinquante malades n'ont le plus souvent que deux, voire un seul infirmier veilleur, alors que continuent à affluer dans cet hôpital les cas difficiles ramenés par les commissariats de police des arrondissements de Paris.

Malgré l'émotion soulevée dans la population, parmi le personnel, les familles de malades et les malades, malgré les nouvelles interventions des élus et des personnels médecins et employés, vous avez opposé une fin de non-recevoir catégorique à toutes leurs demandes pourtant justifiées. Vous n'avez pas répondu à la question écrite posée par ma collègue Marie-Thérèse Goutmann et, pendant que vous bavardez sur l'humanisation des hôpitaux, vous organisez systématiquement et délibérément la casse du système hospitalier ; vous décrêtez — et mes collègues en ont longuement parlé au cours de ce débat — qu'il y a trop de lits d'hôpitaux en France, trop de Français qui se soignent.

Le triste exemple de l'hôpital de Maison-Blanche, la situation générale des hôpitaux psychiatriques français, le maintien de cet univers asilaire ne sont plus tolérables.

Les méthodes de soins modernes exigent un personnel nombreux et qualifié, des crédits suffisants pour mettre en place les infrastructures extra-hospitalières et la constitution de véritables équipes de secteur.

En votant contre votre projet, madame le ministre, c'est tout cela que nous exigeons, avec les familles des malades, les médecins, les personnels et la population. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Garcin.

M. Edmond Garcin. Monsieur le président, madame le ministre, mesdames, messieurs, les difficultés rencontrées par les établissements hospitaliers publics pour répondre aux besoins de nos populations en matière de santé auraient pu laisser supposer qu'il serait apporté à la réforme hospitalière de 1970, au vu de l'expérience des divers centres hospitaliers, des améliorations conséquentes.

C'était vraiment être naïf, comme on peut s'en rendre compte en lisant le projet de loi relatif aux équipements sanitaires que vous soumettez au Parlement.

Les députés-maires qui sont présidents de conseil d'administration de centres hospitaliers savent l'apport considérable que représentent ces établissements dans le domaine de la santé. Ils touchent du doigt tous les problèmes journaliers qui surgissent en urgence, en cardiologie, en pédiatrie, en chirurgie comme en médecine générale ou en maternité, en maisons de retraite ou en réanimation, en spécialités ou en consultations externes ou encore en radiologie, laboratoire ou pharmacie.

Aujourd'hui, ces services remplissent leur fonction grâce au dévouement de l'ensemble du personnel. Cependant, celui-ci ne peut plus faire face : c'est la sécurité du malade qui est en jeu.

Je ne veux citer que quelques exemples. Au centre hospitalier général dont je préside le conseil d'administration, l'effectif en personnel non médical se situe autour de 500.

Il faudrait, pour assurer une véritable sécurité la nuit, dix-huit infirmières supplémentaires. Ainsi, on pourrait faire se chevaucher les équipes et on éviterait que chaque infirmière ait à assurer, comme c'est le cas actuellement, vingt et une ou vingt-trois nuits sur trente. Le non-remplacement du personnel en congé annuel, en congé maladie, maternité ou syndical et l'insuf-

finances des services en personnel créent des conditions de travail extrêmement pénibles, d'autant que l'accélération de la rotation des malades entraîne une surcharge de travail.

En 1977 à l'Assistance publique de Marseille, 238 lits ont été supprimés. Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales, lui, envisage la suppression de 600 lits et de 3 000 emplois en cinq ans.

Alors que le conseil d'administration de l'Assistance publique avait demandé la création de 1 073 postes, demande qui était inférieure aux besoins réels, conformément à votre plan il n'en serait accordé que 120.

Or, par exemple, le nombre d'enfants au C.H.U. de La Timone a été beaucoup plus élevé pour les quatre premiers mois de 1979 que pour la même période de 1978.

Certains jours, dans les secteurs de pointe — cardiologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie — des chambres à quatre lits accueillent six malades et certains d'entre eux, gravement atteints, sont installés dans la salle de bains !

M. Gilbert Millet. C'est ça la réalité, madame le ministre !

M. Edmond Garcin. En pédiatrie, il y a une infirmière ou un infirmier pour 37 à 40 enfants, alors que le seuil est de 30 lits. Des infirmières sont obligées de faire trente-six heures d'affilée.

Je pourrais poursuivre mon énumération.

Je me permets simplement de dire : c'est grave. Des établissements hospitaliers qui ont été modernisés avec un équipement de grande valeur et un personnel hautement qualifié se trouvent dans l'impossibilité de remplir leur mission.

Il s'agit de votre part d'une politique systématique de destruction du secteur public de la santé qu'est l'hospitalisation publique.

Toutes les formes sont bonnes. Il y a un instant, je parlais du centre hospitalier général dont je préside le conseil d'administration.

A côté du centre médico-chirurgical moderne, on trouve un vieil hospice de 120 à 140 lits, tout fissuré, qui représente un danger permanent.

Dossiers, constats photographiques, interventions, délibérations, tout a été mis en œuvre pour que nos personnes âgées disposent d'une maison médicale neuve. On ne nous a laissé le choix qu'entre accepter un « V 80 » ou ne rien avoir. On va donc construire quatre-vingts lits sur un terrain cédé gratuitement par la ville, avec une subvention de l'Etat de 20 p. 100 sur une dépense subventionnable de 10 300 000 francs, alors que la dépense réelle atteint 14 000 000 francs.

En réalité, avec la T.V.A., récupérée sur les travaux, le « V 80 » n'aura rien coûté à l'Etat, mais ce sont l'établissement hospitalier, la caisse régionale d'assurance maladie, le département et la ville qui assureront la construction. De plus, le « V 80 », contrairement au « V 120 » aura un plateau technique réduit et insuffisant. Est-ce cela l'humanisation ?

Ajoutez à tout cela et à votre projet de loi la circulaire du 29 mars 1979 relative à l'exécution des budgets, et la boucle est bouclée !

Au lieu de la décentralisation, c'est la centralisation à outrance, le contrôle permanent et insupportable, la succession de rapports. L'envahissement de la bureaucratie paperassière, le poids d'une technocratie irresponsable devant la nation.

Permettez-moi de vous dire, madame le ministre, que les maires et les membres des conseils d'administration, que les directeurs que vous préférez appeler gestionnaires, que le corps médical et l'ensemble du personnel hospitalier connaissent beaucoup mieux la situation de leurs établissements, les besoins des malades, que ceux que vous délèguerez pour être des contrôleurs, même s'ils n'en portent pas le titre. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

Alors que nos établissements publics pourraient être appelés à un développement important avec l'application des découvertes et des progrès techniques, à une gestion de plus en plus démocratique, avec un élargissement des responsabilités des membres du conseil d'administration, de la commission médicale consultative et des comités techniques paritaires, vous êtes en train de détruire petit à petit les progrès considérables que ces établissements avaient permis d'accomplir dans le domaine de la santé.

A quoi vont servir les conseils d'administration, les commissions médicales consultatives, les comités techniques paritaires si vous pouvez, avec votre projet de loi, rayer d'un trait de plume des services, supprimer des chambres, licencier du personnel, si vous pouvez imposer une masse budgétaire ? Ils n'auront plus aucun rôle.

Cela, croyez-moi, nous ne pouvons l'accepter.

M. Gilbert Millet. Très bien !

M. Edmond Garcin. Nous ne pouvons accepter d'être complices d'une médecine pour riches qui iront dans des centres privés, alors que les malades issus de l'immense majorité de notre population attendront leur place dans les hôpitaux publics où ils savent y trouver, malgré les conditions présentes, le maximum de sécurité, les meilleurs soins possibles ainsi que l'environnement dont ils ont besoin.

Croyez bien que nous défendrons contre vous, avec l'ensemble du personnel et les populations concernées, le service public de la santé. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Bordu.

M. Gérard Bordu. Madame le ministre, vous avez répondu le 26 mars dernier à l'un de mes courriers à propos de problèmes soulevés par le personnel syndiqué de l'hôpital de Lagny situé en Seine-et-Marne.

Les questions touchaient aux aspects multiples des effectifs, de l'hygiène et donc de la qualité des soins. L'enquête menée par la direction départementale de l'action sanitaire et sociale montrait que les conditions décrites pour l'hôpital de Lagny n'étaient pas pires que dans d'autres hôpitaux. C'est bien là ce qui est grave.

En effet, les normes officielles retenues pour évaluer les besoins en personnels exigent en permanence des exploits de la part de ces personnels multiples dotés d'une haute conscience professionnelle. Si nous cherchons à connaître les besoins réels hors des normes officielles, nous nous rendons compte qu'il manque actuellement à l'hôpital de Lagny 30 postes demandés par le conseil d'administration de l'hôpital. Or ces 30 postes viennent d'être refusés par le ministère de tutelle via la D. D. A. S. S.

Le syndicat du personnel C. G. T. avait même avancé le chiffre de 50 postes nécessaires pour répondre correctement aux besoins d'une santé de qualité.

Parmi ces postes nous relevons, par exemple, pour les services administratifs deux postes de secrétaire médicale et la qualification de quatre postes ; cinq postes d'O. P. 3 en cuisine ; un poste de surveillant-chef de la radiologie, et du personnel pour assurer la surveillance de nuit dans ce même service ; trois postes de kinésithérapeute. Les services « aigus » ont besoin de deux postes d'aide soignante et de deux postes d'A. S. II ; il manque un poste de sage-femme, un poste de surveillant, un poste d'aide soignante, un d'O. P. 3 et deux d'A. S. H. pour le service de gynécologie.

Les services d'urgence demandent un poste d'aide soignante et deux brancardiers auxquels devraient s'ajouter, au titre de la rotation, une infirmière et deux aides soignantes. Il faut aussi créer un service autonome de chirurgie infantile.

Pour les moyens séjours, pour la psychiatrie, pour les services de nuit, pour la période des congés, pour assurer le remplacement des personnels malades, pour pallier les démissions, les départs à la retraite, d'autres besoins précis ont été également estimés.

Le personnel est insuffisant pour assurer les droits ouverts par la cinquième semaine de congés payés et pour garantir simultanément la qualité des soins. Les malades ne se sentent plus en sécurité, surtout la nuit. Les carences en matière d'urgences se multiplient. Les plaintes s'accroissent.

L'absence de surveillance a provoqué la mort par accident de membres du personnel et de malades.

On nous rétorque que l'hôpital de Lagny sera doté d'un nouveau et très moderne bloc opératoire. C'est exact, et je m'en suis d'ailleurs préoccupé activement depuis 1974. Cela nous satisfait évidemment. Cet ensemble nouveau doit permettre d'augmenter le nombre de lits et de mettre en place un service de réanimation.

Cependant, je reste très inquiet, car il ne faudrait pas que ces créations compromettent le bon fonctionnement de ce qui existe. Par ailleurs, rien ne nous garantit que lors de leur création à la fin de l'année, ces nouveaux services disposeront du personnel indispensable à leur fonctionnement. Par personnel, j'entends le chirurgien, le médecin, l'infirmière, mais aussi les employés chargés du nettoyage et de l'hygiène, sans oublier ceux qui s'occupent de la nourriture.

Manque aussi à cet hôpital une érèche hospitalière nécessaire pour assurer une plus grande stabilité du personnel, compte tenu des horaires pratiqués en milieu hospitalier.

Je veux enfin revenir rapidement sur le problème des vacances des internes en psychiatrie. J'avais déjà posé une question écrite il y a quelque temps sur ce sujet et j'attends encore la réponse.

Cette question revêt une certaine importance car elle touche à la fois aux conditions des soins de prévention, au suivi en dispensaire ou à domicile et aux conditions d'existence des internes vacataires. A la limite, si ces vacations, jusque-là autorisées aux internes en psychiatrie, étaient supprimées, cela mettrait gravement en cause la qualité des prestations dans le domaine de la psychiatrie elle-même.

Nous avons pensé que, dans certains cas, des soins dispensés hors du milieu hospitalier pouvaient répondre à certains besoins réels pour des catégories de malades. En psychiatrie, sans doute plus que dans d'autres disciplines, le dispensaire permet au consultant d'avoir un contact avec le malade sans recourir d'emblée à l'hospitalisation. La vacation permet d'aborder plus humainement le patient qui a besoin de se livrer en toute confiance. Elle permet de suivre en milieu ouvert un patient que ne relève pas de l'hospitalisation.

Telles sont les observations que je voulais présenter sur des problèmes de santé qui, à bien des égards, sont plus graves encore à l'échelle de tout le département de la Seine-et-Marne.

La santé va-t-elle régresser, alors que les progrès techniques, notamment en matière médicale, sont de plus en plus importants? (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Balmigère.

M. Paul Balmigère. Membre de la commission des affaires social d'un conseil régional, je vois remettre à plus tard des dizaines de projets d'humanisation des hôpitaux.

Chaque fois, cela signifie la perpétuation des salles communes ou des hospices. Il y a là une contradiction entre les déclarations pleines de bonnes intentions et les faits. Pour un projet partiellement financé, des dizaines d'autres sont ajournés.

L'austérité pèse, alors que la vétusté des équipements hospitaliers, la fermeture d'une maternité, le délabrement d'un hôpital rural sont l'annonce de la fin d'une ville.

On pourrait croire que les centres hospitaliers des moyennes et grandes villes profitent de cette situation. Il n'en est rien!

A Béziers, si le projet de reconstruction de l'hôpital avance, c'est sous la pression des élus et du personnel. C'est un hôpital ayant subi une amputation du nombre de lits qui nous est proposé. Et pourtant, les besoins sont immenses: il ne peut y avoir de développement urbain et industriel sans l'existence d'un centre hospitalier moderne et efficace — centre hospitalier, lui-même, porteur d'animation économique.

Votre politique est malthusienne; la récession nourrit l'austérité et accentuera le déclin régional, y compris dans le centre hospitalier régional de Montpellier, lié à l'une des plus prestigieuses universités de médecine de France avec 4 000 étudiants et 8 000 emplois rayonnant des Pyrénées-Orientales à l'Ardèche.

L'austérité se traduit également par des coupes claires dans le budget: 20 p. 100 de diminutions sont programmés d'autorité par le ministère.

Deux exemples parmi tant d'autres: à Bédarieux, la circulaire du 29 mars 1979 a prévu une réduction accélérée des frais pharmaceutiques. De plus, on préconise la réduction des effectifs et la non-titularisation des auxiliaires.

La commission médicale consultative a préparé une liste de produits pharmaceutiques à supprimer en indiquant que des mesures encore plus draconiennes devront être prises. La même observation porte également sur les frais des analyses, des radios et des consultations externes.

Cette politique, cautionnée parfois par des élus, y compris de gauche, nous la refusons nous communistes, appuyés par les malades, par le personnel et par la population. Il n'est pas possible d'accepter de voir la nourriture réduite, par exemple, le dimanche, parce que ce jour-là les visiteurs apportent des petits gâteaux aux malades!

Vous proposez donc de réduire les dépenses médicales et pharmaceutiques pour 1980, alors qu'en septembre 1979 les crédits seront pratiquement épuisés et que rien n'est prévu au budget supplémentaire. Cela signifie donc que l'on n'entreprendra pas certains soins et que l'on en interrompra d'autres, comme à Béziers où sans les centaines de millions avancés par la municipalité, l'hôpital risquait d'être en cessation de paiement et n'aurait pu acheter le matériel indispensable aux perfusions, le fournisseur ne consentant plus de crédit.

Vous investissez dans l'organisation « d'une cellule de gestion » mise en place pour réduire les dépenses des médecins et infirmiers, des étudiants et des chercheurs;

Vous voulez réduire au silence les administrateurs dans les conseils d'administration, réduire leurs prérogatives et tout remettre entre les mains de fonctionnaires d'autorité. On veut même les empêcher tout simplement de s'exprimer, comme ce fut le cas pour la maire adjointe chargée de la santé à Montpellier; une infirmière s'est vue menacée de sanction disciplinaire pour avoir voulu discuter avec ses compagnons de travail.

Votre politique exige le silence et l'alignement, des bancs de la faculté — où vous demandez un entretien préalable entre le futur étudiant en médecine et la hiérarchie professorale — à l'aspic dont vous voulez ignorer les souffrances qu'il abrite.

Partout nous agissons pour que les constructions nécessaires soient lancées. A Sète, à Alès, toutes opinions confondues, l'action a payé. Satisfaction a été ou sera obtenue, même si vous imposez une diminution du nombre de lits, ce qui est d'ailleurs une recherche d'économie à court terme. Ces jours-ci, on a pris connaissance de la théorie de la rotation accélérée des malades. Encore hier, nous apprenions un nouveau cas de surinfection hospitalière. C'est pourtant ce qui nous attend si nos hôpitaux sont trop pleins.

En Languedoc, terre d'élection de Rabelais pour ses études médicales, santé de la population et austérité sont inconciliables, tout comme d'ailleurs santé et profit!

C'est, au contraire, d'une politique de la santé à long terme comme un des supports du développement régional que nous avons besoin.

Par exemple, le centre kinésithérapeutique de Lamalou-les-Bains doit passer au secteur public et connaître l'expansion que son passé et les besoins autorisent au centre hospitalier et universitaire de Montpellier.

Il n'y a d'avenir, pensons-nous, que pour une médecine répondant aux besoins de tous, s'appuyant sur la volonté de chacun. C'est pour cela que nous luttons, persuadés de répondre ainsi aux aspirations de l'immense majorité de la population. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Vizet.

M. Robert Vizet. Madame le ministre, je voudrais profiter de ce débat sur les problèmes de l'équipement sanitaire, pour dire à mon tour que dans le département de l'Essonne, nous sommes encore loin du compte pour répondre aux besoins de la population. Ce n'est pas le surnombre des lits qu'il faut incriminer, mais leur insuffisance ainsi que celle des plateaux techniques.

D'après l'étude de l'office régional de la santé, la reclassification des lits d'hôpitaux en lits d'« aigus », de moyens séjours et de longs séjours portera sur 35 p. 100 des lits en Essonne. Les établissements les plus touchés par cette reclassification sont les hôpitaux d'Etampes, de Dourdan et d'Orsay.

Ces modifications ne répondent pas aux besoins de la population locale qui fréquente d'autant plus ces établissements que ceux-ci sont proches. La réduction du nombre de lits de long séjour aura pour conséquence le renvoi des malades chez eux avant une complète guérison. L'insuffisance des spécialisations dans les établissements du département oblige à utiliser les hôpitaux parisiens dont le coût est trop élevé pour les couches les plus modestes.

Les plus déshérités seront aussi frappés par la réduction du taux de prise en charge d'un forfait par l'établissement.

Quelle singulière façon de pratiquer l'humanisation!

Il est évident, par exemple, que la réhabilitation de l'hôpital d'Etampes ne peut pas être menée à bien à partir des structures actuelles, car les bâtiments sont classés.

C'est pourquoi, compte tenu de la situation géographique et de son rôle attractif au Sud du département, la ville d'Etampes doit avoir un établissement neuf répondant à tous égards aux besoins d'aujourd'hui, tant sur le plan de la médecine, que des spécialisations et de la chirurgie moderne.

Les instances préfectorales et régionales ont reconnu la nécessité de la construction d'un centre hospitalier moderne dans cette partie du département de l'Essonne. Le ministère doit donc répondre positivement, et dans les meilleurs délais, au projet de la municipalité et du conseil d'administration de l'hôpital d'Etampes.

Dans un autre secteur du département, celui d'Orsay, il est également indispensable de répondre aux besoins par la réaffectation d'un établissement de 350 à 400 lits, car actuellement les 218 lits d'actifs sont insuffisants, comme sont insuffisants

les lits d'aigus en chirurgie. Il en est de même en maternité où les seize lits ne permettent pas de répondre à toutes les demandes.

L'humanisation, hautement souhaitable, des hospices et des maisons de retraite se traduit par une réduction du nombre de lits et laisse de côté une catégorie de plus en plus nombreuse, celle des personnes invalides et grabataires pour lesquelles le nombre de lits est gravement insuffisant.

En conclusion, les besoins de santé dans le département de l'Essonne ne sont pas satisfaits, ni en quantité, ni en qualité. Ce n'est donc pas le redéploiement des moyens, mais plutôt une augmentation de ceux-ci qui permettra de répondre à ces besoins.

Madame le ministre, je termine ainsi la série d'interventions des députés communistes qui, tous, vous ont fait part des difficultés grandissantes de l'hospitalisation publique dans leur circonscription ou dans leur département. Ils l'ont fait à partir de faits réels qu'ils connaissent bien et qui sont terriblement accusateurs de votre politique de l'hospitalisation. Ils sont un témoignage concret des graves insuffisances de l'équipement sanitaire et appellent donc une autre politique de la santé. Ce n'est pas celle que vous nous proposez, et c'est pourquoi nous la rejetons. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Baridon.

M. Jean Baridon. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, le déficit de la sécurité sociale est lourd. Il atteint déjà un niveau insupportable; il constitue un facteur économique préoccupant. Nous en sommes tous convaincus.

Rien de plus normal que le Gouvernement en ait étudié les causes et veuille se donner les moyens d'agir pour une meilleure gestion de cet organisme auquel les Français sont profondément attachés.

Dans le budget de la sécurité sociale, la part de l'hospitalisation publique ou privée est très importante : 42 p. 100 en 1974, près de 49 p. 100 en 1979.

Mais de là à crier haro sur le haudet hospitalier, à le rendre responsable de tous nos maux, il y a tout de même une certaine marge.

La médecine a fait, depuis quelques décennies, des progrès énormes qui permettent de sauver des vies humaines, grâce à un personnel hautement qualifié, de plus en plus nombreux, disposant d'un matériel hautement sophistiqué, donc très onéreux.

Tout cela se répercute sur le prix de journée, qui atteint dans certains hôpitaux des niveaux exorbitants. Mais, parce que la sécurité sociale est en déficit, faut-il renoncer à un traitement d'avant-garde, sacrifier délibérément des vies humaines? Cela, les médecins ne l'accepteront jamais. Leur mission consiste à conserver la vie en utilisant tous les moyens que la science met à leur disposition, quel qu'en soit le prix.

Voilà d'un peu plus près le problème des hôpitaux.

J'ai, à des titres divers, passé cinquante ans de ma vie dans les hôpitaux de Lyon; j'en suis administrateur depuis vingt ans, et je sais donc de quoi je parle. J'ai assisté à leur évolution, à leur transformation, à leur humanisation. J'ai vu s'élever des hôpitaux nouveaux et s'ouvrir de nouveaux services hautement qualifiés. Je connais leurs projets d'avenir, et M. le Premier ministre a bien voulu reconnaître récemment leur valeur et la nécessité de les réaliser.

On dit, ça et là, que tel ou tel conseil d'administration n'a pas voulu ou pu prendre ses responsabilités. Eh bien, je ne pense pas que le conseil d'administration des hôpitaux de Lyon ait quelque chose à se reprocher. D'ailleurs, ni vos services, ni les autorités de tutelle, ni la Cour des comptes ne lui ont jamais adressé de remarques désobligeantes.

Et ce que je dis des hôpitaux de Lyon est valable pour l'ensemble des grands hôpitaux, des C. H. U. en particulier.

Alors, pourquoi vouloir accrédi-ter l'idée que si la sécurité sociale est en déficit, la faute en incombe aux administrateurs d'hôpitaux, incapables, imprévoyants et irresponsables?

On pourrait tout aussi bien reprocher aux médecins de nos hôpitaux d'empêcher de mourir de grands traumatisés de la route, qui resteront infirmes le restant de leur jour, ou de s'acharner à faire vivre des prématurés dont beaucoup seront, eux aussi, à la charge de la société.

Certes, dans le domaine hospitalier, des erreurs ont été commises.

Beaucoup de nos hôpitaux étaient, il y a vingt ans encore, vétustes. Leur rénovation et leur humanisation s'imposeront. Peut-être a-t-on voulu, à grands frais, faire trop luxueux. Sans

doute, dans une période de prospérité et d'euphorie, au lieu de construire des hôpitaux fonctionnels, a-t-on construit de grandioses monuments pour l'éternité et à la gloire des architectes — un peu aussi pour leur profit, puisqu'ils travaillent au pourcentage. Là, la responsabilité des administrateurs, dont ces établissements portent quelquefois le nom est engagée.

Sans doute aussi, trop de conseillers généraux, trop de maires ont-ils voulu avoir, dans leur canton ou leur ville, leur joli petit hôpital tout neuf, avec son service de chirurgie, sa maternité, mais dont la construction ne s'imposait pas et qui fonctionne aujourd'hui au ralenti.

Mais cela aussi fait partie de l'humanisation du système. Il est agréable pour le malade et pratique pour sa famille de pouvoir être soigné rapidement et convenablement à proximité de son domicile, plutôt que d'être contraint à de longs déplacements.

Alors, madame le ministre, les choses étant ce qu'elles sont, étant donné que l'humanisation des hôpitaux à laquelle vous êtes attachée doit être poursuivie; étant donné que vous ne pouvez pas vous opposer à la construction d'établissements nouveaux, dans les grands C. H. U. en particulier, croyez-vous vraiment que c'est en supprimant, après beaucoup de palabres, de-ci de-là, quelques lits, en fermant quelques services, en convertissant en maison de convalescence quelques hôpitaux ruraux, que vous aurez réussi à résorber le déficit de la sécurité sociale?

Je vous prie de bien vouloir excuser mon scepticisme quant aux résultats espérés.

Mais les vrais problèmes sont ailleurs. D'abord, les dépenses de personnel sont incompressibles. Or elles entrent pour 70 p. 100 dans le prix de journée. De plus, ce personnel est en nombre insuffisant. Nous avons, à Lyon, un hôpital chirurgical tout neuf dont l'ouverture est retardée, faute du personnel nécessaire. En outre, on parle de ramener à trente-cinq heures la durée du travail. Comment faire fonctionner nos services vingt-quatre heures par jour, 365 jours par an, avec un personnel déjà insuffisant, avec un horaire de travail réduit? On ne peut tout de même pas fermer les hôpitaux trois à quatre jours par semaine!

Ensuite, certaines charges qui pèsent sur les hôpitaux devraient, normalement, être supportées par le ministère des universités. Je sais ce qu'il en coûte aux hôpitaux de Lyon pour les acquisitions de terrains, la construction et l'entretien des bâtiments ou locaux universitaires.

Mieux, le ministère de la justice prétend nous imposer la construction d'un service pour ses détenus malades. Cela coûterait 300 millions de centimes et, en vertu de je ne sais quel règlement aberrant, cette dépense serait entièrement à la charge de nos hôpitaux!

Et je pourrais donner d'autres exemples, en particulier en ce qui concerne la participation des hôpitaux à la recherche scientifique.

Enfin, et c'est là le point le plus important, l'un de nos collègues, communiste je pense — qu'il veuille bien m'excuser, si je me trompe d'étiquette — rappelait hier que la loi sur la sécurité sociale portait la signature d'un ministre communiste du général de Gaulle. C'est exact, mais c'est aussi tout un programme. La sécurité sociale, telle qu'elle a été instaurée en 1945, est faite pour fonctionner normalement en régime collectiviste. Or nous sommes en régime libéral, plus ou moins avancé. Alors, il faudrait changer de régime ou de système. Tout le mal vient de cette équivoque, et tout ce qui peut être proposé, sans sortir de ce dilemme, n'est que caetera sur une jambe de bois.

Mon collègue et ami, M. Beaumont, a développé à ce sujet un certain nombre d'idées. Il n'a pas voulu intervenir aujourd'hui. Peut-être est-il, comme beaucoup de médecins, un peu découragé. De toutes façons, je ne pense pas que son projet soit de sitôt pris en considération. Il insiste, en effet, sur la responsabilité de tous et de chacun face aux problèmes de santé. Mais, dans notre pays, les problèmes de civisme et de responsabilité...

Je pourrais m'étendre davantage sur un sujet inépuisable, mais je vais conclure.

Vous savez, madame le ministre, que votre projet de loi a été assez mal accueilli par le personnel des hôpitaux, les médecins, les administrateurs, les élus locaux. Mal informés, quelquefois mal intentionnés, ils ont déformé votre pensée en usant du leitmotiv : plus on parle de décentralisation, plus on centralise! Plus on parle de transférer les décisions aux autorités locales, plus les décisions sont prises au plus haut niveau, à Paris.

Les uns voient dans ce projet de loi un démantèlement du secteur public au profit du secteur privé ; les autres, au contraire, y voient un moyen d'asphyxier le secteur privé.

Mais il fallait bien faire quelque chose. Malgré mon scepticisme quant au résultat espéré, je rends hommage, madame le ministre, à votre courage, à votre ténacité, à votre dévouement au bien public.

Votre projet de loi est ce qu'il est. Il n'est certes pas parfait et sa mise en application entraînera bien des difficultés pour vous ou votre successeur.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a adopté plusieurs amendements qui me paraissent judicieux, et je souhaite que vous ne les repoussiez pas.

Rappelez-vous que l'on a, de Paris, une vue déformée des problèmes provinciaux. Rappelez-vous que la région parisienne est une chose, mais que la Touraine ou la Picardie en sont une autre. Les problèmes hospitaliers, en particulier, sont bien différents dans les villes de nos plaines de ce qu'ils sont dans nos hautes vallées savoyardes ou dauphinoises. Alors, pas de règlement uniforme !

Faites confiance aux institutions et aux élus locaux : ils sont prêts à vous apporter leur collaboration loyale. Si vous voulez que les médecins, les administrateurs des hôpitaux qui siègent au Parlement votent votre projet de loi, si vous voulez que cette loi soit bien accueillie par la grande famille hospitalière de France et par les Français, madame le ministre, ce sont ces assurances que vous devez leur donner. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)*

M. le président. La parole est à M. Hamel.

M. Emmanuel Hamel. Madame le ministre, ce débat suscite bien des passions, et cela est bien compréhensible puisqu'il s'agit de la santé, et donc de la vie ou de la mort des Français. Une fois de plus, vous aurez constaté que, même lorsqu'on a votre courage, il n'est pas facile d'exercer la lourde responsabilité ministérielle qui est la vôtre. Vous aurez aussi mesuré à quel point ce débat nous partage.

Nous constatons dans nos circonscriptions une émotion très vive des médecins et du personnel hospitalier — ce personnel si dévoué — auxquels on tente de présenter votre projet comme une atteinte grave au service public hospitalier et une menace pour la santé des Français.

Comme souvent lorsqu'il s'agit de réformes qui vont au fond des choses, on note aussi de très vives appréhensions, notamment dans les services privés d'hospitalisation où l'on redoute que les pouvoirs attribués au ministre par ce texte, et qu'exercera votre successeur, ne soient un moyen d'étouffer l'hospitalisation privée dont on connaît l'importance de la contribution que, parallèlement au service public hospitalier, elle apporte à la défense et à la promotion de la santé des Français.

Dans ce contexte de passion compréhensible, je me permettrai de rappeler, comme cela est indiqué dans l'exposé des motifs du projet de loi, qu'en quinze ans — et qu'est-ce que quinze ans dans l'histoire d'un pays deux fois millénaire ? — la capacité hospitalière a augmenté de 25 p. 100.

Le Gouvernement et la majorité qui le soutient ne cherchent donc pas délibérément à arrêter l'essor hospitalier ou à mettre en cause les progrès de la santé en France.

Si, avant d'avoir l'honneur d'être parlementaire, je n'avais travaillé durant de longues années à la Cour des comptes, je ne serais pas intervenu dans ce débat. Une constatation s'impose en effet : depuis une quinzaine d'années, les rapports de la Cour des comptes démontrent que, suivant les établissements hospitaliers, qui consentent tous un important effort pour la promotion de la santé, pour assurer la qualité des soins et le développement de la recherche médicale, les critères de rentabilité et d'efficacité sont très différents.

Votre projet de loi, madame le ministre, sans porter atteinte à l'efficacité du service de santé, tend à faire en sorte que, par une meilleure coopération avec les conseils d'administration des hôpitaux, par une meilleure connaissance des résultats obtenus par certains d'entre eux, tous connaissent une promotion dans l'ordre de l'efficacité, laquelle n'est pas la rentabilité au sens égoïste et pernicieux du terme.

En matière de dépenses de pharmacie, la Cour a constaté, au cours des années 1970-1972 — et peut-être a-t-elle confirmé cette observation depuis — que, pour des services qui accomplissent des missions semblables, ces dépenses peuvent varier de un à huit.

La Cour a souvent observé que, pour des opérations chirurgicales de type comparable, exécutées dans les mêmes conditions de dévouement par les membres du service hospitalier, de l'infirmière au chirurgien en passant par tous les collaborateurs de l'hôpital, l'effectif variait du simple au double, et parfois du simple au triple.

Nous sommes nombreux, madame le ministre, à voir dans votre texte la marque d'une volonté, grâce à un effort accru de concertation avec les conseils d'administration et les dirigeants des hôpitaux, ainsi qu'avec le corps médical, de parvenir à une efficacité plus grande pour le plus grand bien de tous.

Ce texte n'est pas aussi dangereux que d'aucuns, sur certains bancs de l'Assemblée, tentent de le faire croire. Et, pour s'en convaincre, il suffit de lire le plus important des articles, l'article 2, celui qui donne sa tonalité au projet de loi.

« Lorsque l'intérêt des malades » — il sera donc pris en compte dans les décisions — « ou le fonctionnement d'un établissement » — l'expérience a prouvé que le fonctionnement de certains établissements laissait à désirer — « le justifie et dans la limite des besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire prévue à l'article 44 » — c'est une précision complémentaire — « le ministre chargé de la santé peut, après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire » — donc après un avis qui aura été mûrement réfléchi — « demander au conseil d'administration d'adopter les mesures nécessaires... »

Dans les mots : « demander au conseil d'administration », on ne saurait voir la menace d'un décret ou d'un ukase qui ne sont d'ailleurs pas dans votre nature, madame le ministre.

En réalité, il y aura une incitation à accentuer l'effort de concertation, dans la mesure où l'on saura qu'en désespoir de cause, il incombera au ministre de la santé d'imposer l'amélioration des méthodes de gestion et de l'efficacité de l'établissement.

Je vois d'ailleurs la preuve que j'ai bien compris vos intentions, madame le ministre, dans le fait que vous venez de faire distribuer plusieurs amendements qui tendent à porter de deux à quatre mois le délai au terme duquel le ministre prendra lui-même les mesures appropriées. Cela permettra en effet d'approfondir la négociation.

J'ajoute que si le ministre doit prendre lui-même la décision, il devra motiver celle-ci, ce qui exclut tout risque d'arbitraire. Aucune décision ne sera prise de Paris sans que le problème ait été étudié concrètement sur le terrain. Il y aura toujours concertation.

C'est dire que, pour appliquer ce texte que l'Assemblée votera vraisemblablement, surtout si vous acceptez les amendements déposés par la commission, ou du moins le plus grand nombre d'entre eux, votre successeur, madame le ministre, devra faire un très grand effort d'explication.

Nous sommes obligés, sur ces problèmes de santé, de faire un commentaire politique puisque bien des exposés ont été fondamentalement politiques, et même passionnément politiques. Votre texte, au départ, n'est pas compris, parce qu'il n'est pas suffisamment expliqué et parce que le commentaire qui en est fait suscite, nous le constatons tous dans nos circonscriptions, une très grande inquiétude.

Il vous appartient, madame le ministre, avant de quitter cette charge que vous avez assumée avec tant de conscience pendant cinq ans, d'expliquer que le texte que nous allons voter n'est pas ce que d'aucuns prétendent, qu'il marque un effort de concertation approfondie pour promouvoir encore davantage la politique de la santé, développer sa qualité, augmenter, au service de tous les malades, son efficacité, en tenant compte des problèmes qui se posent à la nation. A vous d'expliquer que, pour pouvoir précisément financer les progrès qu'impliquent le développement de la santé, l'extension d'équipements de plus en plus onéreux, la multiplication d'opérations de plus en plus compliquées, qui supposent de plus en plus de fonds, il est nécessaire d'être économe dans la gestion. Cela seul permettra d'allier le souci de l'efficacité avec la générosité et la solidarité nationales, qui, dans le domaine de la santé, commandent de ne pas faire d'économies autres que celles qui sont justifiées par les excès d'un fonctionnement parfois regrettable. *(Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. Ralite.

M. Jack Ralite. Mesdames, messieurs, si vous consultez les documents « santé » du V^e Plan, vous y découvrirez la prévision d'un centre hospitalier universitaire à construire sur les terrains du fort d'Aubervilliers pour répondre aux besoins de santé de la population de la Seine-Saint-Denis.

Je sais que le Plan n'est plus pour le pouvoir actuel une « ardente obligation », mais tout de même ! En 1963, le directeur de l'Assistance publique présentait le projet de ce C.H.U. au conseil général de l'ancien département de la Seine. En 1964, un projet était défini, prévoyant 2 200 lits, dont un hôpital pour enfants. Le 24 février 1968, ce projet était confirmé à M. Waldeck Rochet, le 16 mai 1972 à M. Etienne Fajon, le 29 juin 1973 à moi-même. Mme Dienesch me précisait que l'installation d'une caserne de gendarmerie sur l'emplacement du fort ne remettait pas en cause le C.H.U.

La population de Seine-Saint-Denis, qui trouvait que dix ans de promesses, cela suffisait, manifesta. 30 000 signatures furent recueillies.

En juin 1973, M. Poniatowski m'informe que le dossier est relancé. Vous-même, madame le ministre, en septembre 1974, me le faites savoir et ajoutez : « Le projet demeure et il sera vraisemblablement inscrit au VII^e Plan. »

En mai 1976, le préfet de Seine-Saint-Denis informe le conseil général que « c'est sûr, le C.H.U. sera réalisé. »

En décembre 1976, en réponse à une question écrite, vous définissez le projet : 485 lits, et vous m'annoncez le profil du plan de financement.

En mai 1978, le C.H.U. d'Aubervilliers est inclus dans le plan d'amélioration hospitalière de l'Île-de-France.

A l'automne 1978, le préfet de Seine-Saint-Denis réaffirme devant le conseil général la volonté gouvernementale de faire ce C.H.U.

En février 1979, le rapport du budget de l'Assistance publique place la réalisation de ce C.H.U. à moyen terme, dans la fourchette 1983-1985.

Et puis, la semaine passée, alors que je parlais avec vous de ce dossier vieux de seize ans, vous m'informez, madame le ministre, de votre décision d'abandonner le projet. Seize ans de luttés, d'expression de besoins de santé, d'engagements, de promesses, d'études, d'un seul coup annihilés, sans qu'un seul habitant, un seul responsable de syndicat ou d'organisation, un seul élu du département ait été consulté !

Il est très grave de procéder ainsi ; c'est inacceptable.

2 200 lits en 1964, 485 lits en 1976, plus de lit du tout en 1979. Bien sûr, madame le ministre, vous avancez pour vous justifier quelques arguments. Je veux consacrer quelques mots à chacun d'eux.

Le premier argument est le suivant : il existe des normes pour l'hospitalisation, et elles sont atteintes en Seine-Saint-Denis. Les normes, c'est la grande idée gouvernementale. Vous êtes le Gouvernement de la norme. M. Beullac a une grille scolaire « guillotine » pour les enfants d'origine modeste et vous disposez maintenant d'une grille hospitalière tout aussi « guillotine » pour les familles modestes du département que je représente.

Comment pouvez-vous traiter toutes les régions de France de la même manière, avec la même jauge ?

En Seine-Saint-Denis, la population est essentiellement composée de travailleurs manuels, ce qui signifie des risques d'accidents malheureusement nombreux. Le besoin en chirurgie est donc plus grand. Comment une norme unique peut-elle y répondre ?

En Seine-Saint-Denis, il y a de nombreux travailleurs immigrés qui ne peuvent être soignés dans ce qui leur tient lieu de logement. Ils vont à l'hôpital, d'où un besoin de lits plus grand. Comment une norme unique peut-elle y répondre ?

En Seine-Saint-Denis, où vit une population connaissant beaucoup de difficultés, on se soigne plus tardivement, à un stade souvent plus grave, celui où l'hospitalisation devient nécessaire, d'où un besoin plus important de lits. Comment une norme unique peut-elle y répondre ?

Ces faits sont irrécusables.

J'ajoute qu'une enquête récente sur les besoins de santé de Montfermeil et de ses alentours, en Seine-Saint-Denis, et de Saint-Germain-en-Laye, fait apparaître qu'une même population n'a pas les mêmes besoins, qu'il existe une très grande différence.

Alors, cessons de parler de norme, parlons de la vie et de sa défense.

Vous en parlez aussi, madame le ministre, en déclarant qu'en Seine-Saint-Denis, nous avons réponse aux besoins les plus diversifiés — c'est votre deuxième argument. Je veux démontrer que ce n'est pas le cas.

En Seine-Saint-Denis, il n'est pas possible de se soigner en neurochirurgie, en cancérologie, en cardiologie lourde, en chirurgie cardiaque, en néphrologie.

En Seine-Saint-Denis, les enfants doivent être hospitalisés à Paris, soit à Hérould, soit à Brotonneau.

En Seine-Saint-Denis, à l'hôpital franco-musulman, la sortie de certains malades est accélérée faute de place, alors que les médecins souhaiteraient s'en occuper encore quelques jours.

En Seine-Saint-Denis, le surpeuplement hospitalier ne permet pas, par exemple, toutes les désinfections nécessaires.

La vie est trop précieuse pour que l'issue des accidents qui lui arrivent soit tributaire d'une telle situation.

Alors, vous avancez un troisième argument. La Seine-Saint-Denis, en tout cas Aubervilliers, est dans un secteur de 1 500 000 habitants bien équipé. Le malheur, c'est que votre découpage hospitalier ressemble beaucoup aux découpages électoraux de votre ami M. Poniatowski. Il n'est pas normal de découper la région parisienne hospitalière comme un camembert. Vous tentez ainsi de noyer les besoins de la banlieue et leur spécificité. Mais, même ainsi, votre réponse est courte.

Un rapport, présenté par M. Pierre Lépine en mai 1979 au conseil régional d'Île-de-France, insiste sur certains faits, braque le projecteur sur quelques cas difficiles. J'en relève quelques traits.

Sur l'hospitalisation des urgences : il y a saturation et souvent répercussion d'un hôpital sur un autre, voire sur plusieurs autres. Quand il y a urgence, c'est un drame.

Sur la chirurgie orthopédique et traumatologique : il y a augmentation des accidents de la route. Or, l'équipement correspondant à ces besoins est, pour les trois quarts, au centre de l'Île-de-France ; l'Assistance publique regrette, par exemple, que deux hôpitaux spécialisés n'aient pas été créés, comme elle le souhaitait, à l'Est et à l'Ouest de Paris.

Sur la médecine pédiatrique : la proche couronne de Paris compte 40,7 p. 100 des enfants de moins de quinze ans de la région et seulement 27,5 p. 100 des lits qui leur sont destinés. Aussi, la rotation est-elle plus rapide.

En ce qui concerne le matériel lourd et l'équipement haute-ment spécialisé : l'Est parisien est relativement démuné.

Enfin, sur l'hospitalisation en moyen et en long séjour : le nombre de lits pour les personnes du troisième âge ayant besoin d'une assistance médicale est insuffisant. Les personnes âgées sont ainsi contraintes à un éloignement souvent considérable qui les prive des relations familiales et sociales, si précieuses à leur âge, qu'elles s'étaient constituées.

Vous avez d'ailleurs reconnu tout cela à une certaine époque, par exemple quand vous répondiez à la demande de l'hôpital de Montfermeil d'avoir un service de cancérologie : mais il sera au C. H. U. d'Aubervilliers ; à l'hôpital d'Aulnay quand il revendiquait un service de neurochirurgie : mais le C. H. U. y pourvoira ; à l'hôpital de Saint-Denis, quand il réclamait une amélioration du service de cardiologie : le C. H. U. y fera face.

Vous avancez maintenant un quatrième argument, qui sera le dernier que je souhaite examiner : le secteur privé apporte une réponse aux besoins.

Nous ne sommes pas hostiles à une réponse aux besoins qui vienne aussi du secteur privé mais nous sommes attachés à la priorité de la responsabilité publique en matière d'hospitalisation, parce qu'elle seule peut aller jusqu'au bout de toutes les réponses possibles. Or, vous savez que la réponse est souvent dramatique du point de vue de la vie, du point de vue de la morale !

Tenez, les cliniques privées diminuent leur accueil en chirurgie orthopédique parce que cette branche est moins rentable que d'autres !

Tenez, si 93 p. 100 des invalides sont accueillis dans les hôpitaux publics, 52 p. 100 des valides sont hospitalisés en établissements privés. Quand le lucratif intervient — pour reprendre une expression employée par le professeur Bernard devant la ce mission des libertés de l'Assemblée nationale — voilà à quoi on aboutit !

Tenez, j'habite Aubervilliers où vous avez aidé la clinique de l'Orangerie à installer un accélérateur de particules pour le traitement du cancer. Comme vous ne prévoyez qu'un seul accélérateur par million d'habitants et que la Seine-Saint-Denis n'en compte qu'un million et demi, il n'y en aura pas d'autre. En premier lieu, il y aura insuffisance. En deuxième lieu, un service public sera privé d'un tel équipement. Je vous croyais, madame le ministre, attachée à la liberté de choix pour les malades entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée !

Votre décision d'étouffer le projet de construction du C.H.U. de Seine-Saint-Denis sur l'emplacement du fort d'Aubervilliers est grave. Elle n'a d'autre justification — après que j'ai démontré que vos quatre principaux arguments n'étaient pas crédibles —

que la volonté élyséenne de diminuer les dépenses de santé en France. Alors, vous diminuez l'offre, et là où elle est le plus nécessaire : en milieu populaire.

Madame le ministre, je veux vous le dire avec gravité : je suis sûr que la population, les médecins dans leur diversité et, plus généralement, l'ensemble des personnels de santé de la Seine-Saint-Denis, qui ne savent pas encore que vous avez renoncé à ce C. H. U., accueilleront avec colère votre décision.

Les élus communistes de ce département, quant à eux, et pour la part qui leur revient, prendront toutes initiatives pour vous faire revenir sur votre décision si néfaste — il faut l'entendre au sens profond et avec colère, j'y insiste — à la santé de la population de ce département en majorité ouvrier. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ?...

La discussion générale est close.

La parole est à Mme le ministre de la santé et de la famille.

Mme le ministre de la santé et de la famille. Mesdames, messieurs, je pensais être brève dans mes réponses, mais l'intervention de M. Hamel, qui a su aller au fond du débat, m'engage à donner d'assez longues explications.

Quel est l'objet du projet de loi qui vous est soumis ? Si l'on s'en tient à l'examen de ses articles, il apparaît d'une portée limitée, que nous n'avons pas l'intention de dépasser. Nous n'avons pas du tout l'intention d'imposer aux conseils d'administration des hôpitaux d'importantes fermetures de services. Loin de nous l'idée de dire : « il y a deux cents lits de trop ici », ou : « tel établissement est devenu superflu ». Il n'est pas question non plus de bouleverser les équipements hospitaliers actuels. Simplement, nous voulons pouvoir discuter, avec les établissements, des adaptations nécessaires, que celles-ci se réalisent par des ajustements, des transferts, des mutations ou des transformations de services.

Dans ces conditions, pourquoi un projet de loi ? Je dois à ce sujet signaler à M. Fontaine, qui s'est étonné du dépôt de ce projet de loi, qu'au troisième paragraphe de l'exposé des motifs une faute d'impression a fait écrire que les mécanismes de la loi de 1970 étaient suffisants. En réalité, c'est « insuffisants » qu'il faut lire.

De toute façon, et même si les dispositions actuelles ne sont pas suffisantes, on peut se demander, dans la mesure où nous n'avons pas l'intention de bouleverser les équipements hospitaliers d'une manière autoritaire et arbitraire, s'il était bien nécessaire de faire discuter un projet de loi dans la précipitation d'une fin de session. Il est d'ailleurs vraisemblable que ce texte ne sera pas voté définitivement au cours de la présente session puisque le Sénat n'aura sans doute pas la possibilité de l'examiner. Nous aurons donc le temps d'y réfléchir encore.

Si je n'ai pas renoncé à défendre ce projet, bien que je doive quitter bientôt le Gouvernement, c'est parce qu'il s'inscrit résolument dans la ligne d'une politique que j'ai choisie de défendre et qui tend délibérément à poursuivre les progrès médicaux.

Comme M. Comiti, je suis convaincue que les dépenses de santé continueront à augmenter plus que le coût de la vie. Plusieurs facteurs concourent à ce qu'il en soit ainsi. Nous les avons délibérément acceptés. Quels sont-ils ?

Il s'agit d'abord de la modernisation des hôpitaux. L'ouverture d'un hôpital moderne, comme l'hôpital de Haute-pierre, à Strasbourg, et bientôt l'hôpital Bichat, comme l'hôpital cardiologique que nous avons ouvert il y a quelques mois à Bordeaux ou celui que nous sommes en train d'ouvrir à Lille, entraîne des surcoûts de prix de journée considérables. Or il n'est nullement question, en cette période où s'élabore le budget de 1980, d'arrêter la modernisation des équipements hospitaliers. Certains d'entre vous savent très bien que des établissements doivent être démolis et remplacés par des hôpitaux neufs. Or ces opérations coûtent très cher.

Autre facteur d'augmentation : la mise en place de matériels nouveaux, par exemple l'introduction de tomo-densitomètres. Ces équipements coûtent très cher, tout comme les services de réanimation, qui se multiplient. De même, l'accroissement du nombre de médecins entraîne une augmentation des dépenses. Avec l'humanisation des hospices, les prix de journée sont passés à 150 ou 200 francs, alors que l'aide sociale ne donne que de 35 à 50 francs. La sécurité sociale doit donc supporter une partie du prix de journée.

A cela s'ajoute le facteur démographique. L'augmentation du nombre de personnes âgées entraîne un accroissement des dépenses.

Enfin, les progrès de la médecine, que nous voulons favoriser, comme le montre le budget de l'institut national de la santé et de la recherche médicale, entraîneront l'apparition de nouvelles techniques et de nouvelles méthodes qui coûteront très cher.

Si nous voulons assumer cette évolution, si nous voulons continuer à progresser et rester à la pointe du progrès médical, il nous faut ne pas accepter les dépenses inutiles. Elles seules sont visées par ce projet de loi. Compte tenu des progrès accomplis, certains équipements sont devenus inutiles. Il faut inciter, et parfois aider, les conseils d'administration à fermer les services inutiles ou à transformer les structures des établissements.

Je citerai l'exemple d'un sanatorium où je suis allée récemment, dont la création a été décidée sans que l'on ait tenu compte des progrès thérapeutiques accomplis dans le domaine de la tuberculose. Il a été terminé en 1973 et comprend 250 lits modernes. Il faut maintenant éviter de telles réalisations. Nous n'avons pas le droit d'imposer à la collectivité des dépenses inutiles. Chaque fois que des structures cessent d'être utiles, nous devons prendre les mesures qui s'imposent.

Je citerai un autre exemple valable pour tous les pays de niveau comparable au nôtre sur le plan social. J'ai inauguré il y a quelques années un hôpital d'enfants, qui avait été programmé il y a une quinzaine d'années, à une époque où les maladies infectieuses des enfants nécessitaient encore de longues hospitalisations. Cet hôpital est deux fois trop grand. Que faut-il faire ? Il faut aider le conseil d'administration à prévoir sa conversion. Il a sollicité notre aide.

Dans certains cas, l'évolution nécessaire est donc facilement admise et des services mieux adaptés viennent prendre la place de services devenus trop grands. Autre exemple : un maire me dit que le service de pédiatrie de son hôpital est devenu beaucoup trop grand et que, par contre, le service de chirurgie infantile est trop petit, parce que cette discipline s'est développée ; il me demande donc de construire une nouvelle unité de chirurgie. Soucieuse d'économiser les deniers publics, je lui réponds que c'est inutile puisqu'il y a de la place dans le service de pédiatrie. Mais la législation est telle que les pouvoirs publics ne peuvent pas, en la circonstance imposer un transfert de quarante lits d'un service de pédiatrie, qui en compte cent, à un service de chirurgie infantile.

Une telle situation est critiquable et, même sans que le ministre ait à imposer quoi que ce soit en l'occurrence, le seul fait que le ministre puisse l'imposer confortera le maire dans sa discussion avec les médecins, voire avec les autorités.

Nous sommes en définitive tous responsables de la meilleure utilisation de la masse financière gérée par la sécurité sociale. La sécurité sociale est pour la nation un bien auquel nous sommes attachés. Ce bien, nous devons le défendre et il nous appartient de faire en sorte que tout l'argent affecté par la collectivité à la santé des Français soit dépensé dans les meilleures conditions. C'est la raison pour laquelle ce projet de loi vous a été proposé.

Je sais gré à M. Hamel d'avoir dit qu'il n'était pas question de porter atteinte à la santé ni de revenir sur les progrès déjà accomplis, mais au contraire de les poursuivre. De même, je remercie M. Comiti d'avoir souligné qu'il nous faudra certainement affecter encore beaucoup de crédits à l'hospitalisation, mais que, justement pour cette raison, nous ne devons tolérer aucune dépense inutile — et chacun sait qu'il peut toujours y en avoir.

Monsieur Fontaine, loin de moi l'idée de mettre en cause qui que ce soit. Depuis cinq ans, chaque fois que j'ai parlé des dépenses de santé et des problèmes de sécurité sociale, quel que soit le secteur dont il s'agit, je n'ai jamais cherché à faire de telle ou telle catégorie « un bouc émissaire ». Lorsqu'il s'agit de la santé, personne n'a jamais le sentiment de commettre un abus ; il est normal, il est humain que chacun estime que le maximum doit être fait. Aucune catégorie ne doit, plus qu'une autre, être considérée comme responsable de la croissance des dépenses de santé.

J'ai souvent expliqué pourquoi cette croissance des dépenses résultait, pour une large part, des progrès réalisés notamment dans les domaines médical et du confort hôtelier. A ce propos, certains orateurs ont fait une description misérabiliste de la situation du patrimoine hospitalier français. Pour avoir visité de nombreux pays, je puis vous assurer que la France est à la pointe du progrès par la qualité d'ensemble de son patrimoine hospitalier, qui s'est totalement transformé depuis quinze ans.

Je ne mets donc en cause ni les médecins, ni les personnels de santé, ni les malades, ni les responsables de la gestion hospitalière et, notamment, les directeurs d'hôpitaux.

M. Jean Fontaine. Ni les maires ?

Mme la ministre de la santé et de la famille. Encore moins les maires, monsieur Fontaine.

M. Jean Fontaine. Il était bon que cela fût dit !

Mme la ministre de la santé et de la famille. Je me réjouis que l'occasion me soit donnée de rendre hommage aux médecins des hôpitaux, aux personnels hospitaliers, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, aux directeurs et aux élus locaux pour lesquels la présidence du conseil d'administration d'un hôpital représente souvent une charge très lourde, très délicate et très absorbante.

Comme vous l'avez souligné, monsieur Fontaine, dans ces conseils siègent les représentants de l'administration, qui ont un rôle à jouer. Mais bien qu'ils le jouent avec le maximum de dévouement et de compétence, l'appréciation des besoins au niveau local n'est pas forcément la meilleure. Certes, l'administration centrale peut paraître éloignée des réalités, mais elle a parfois l'avantage de mieux pouvoir prendre une vue générale et prospective des réalités. Connaissant la situation internationale des différentes disciplines, elle est au fait deux ou trois ans à l'avance de l'évolution médicale.

Ainsi, j'ai demandé à l'I. N. S. E. R. M. de réaliser une étude sur l'évolution de la périnatalité. Si nous apprenons que le nombre des enfants prématurés ou handicapés à la naissance a tendance à décroître, nous devons en tenir compte dans la programmation des établissements qui leur sont destinés. L'I. N. S. E. R. M. doit également déterminer si, dans les dix années qui viennent, il sera possible, compte tenu des progrès de la pharmacologie, d'envisager une réduction du nombre des malades mentaux internés. Si, dans le passé, on avait mieux pris conscience du fait que les antibiotiques permettraient de diminuer le nombre de tuberculeux, on aurait évité de construire des sanatoriums dont il est très difficile aujourd'hui d'organiser la reconversion.

Ce sont là quelques exemples qui me viennent à l'esprit, mais je pourrais en citer bien d'autres pour illustrer les possibilités d'analyse prospective dont bénéficie l'administration centrale. Je souhaite, du reste — et je le prouverai au cours de l'examen des articles — que la discussion qui s'instaurera entre celle-ci et les conseils d'administration des établissements soit la plus souple et la plus compréhensive possible, de telle sorte que la décision ne leur apparaisse pas comme une mesure en forme de couperet, ce qui serait tout à fait injuste.

Quant au décret de 1963, monsieur Fontaine, l'article 54 de la loi hospitalière stipule : « Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées. » Ce décret étant ainsi abrogé, puisque la loi hospitalière définissait les pouvoirs des conseils d'administration, il était nécessaire d'élaborer un texte permettant de créer ou de supprimer des lits.

A M. Geng, qui s'est préoccupé des hôpitaux locaux, je précise que le décret de classement qui en assure le maintien sera signé très prochainement. Il me paraît indispensable de maintenir de tels établissements. D'abord, ils s'inscrivent dans la politique d'aménagement du territoire ; nous souhaitons conserver en zone rurale une vie active qui permette à la population d'y rester et d'y vivre dans des conditions normales. Mais ensuite — pour reprendre ce qui a été souligné par M. Comiti — je dirai que l'égalité dans les soins implique l'égalité devant la qualité des soins, et non pas seulement l'égalité par rapport aux distances géographiques qui séparent les domiciles des lieux de soins. S'il est tout à fait nécessaire que les personnes âgées restent le plus près possible de leur résidence et que ces hôpitaux locaux subsistent pour des soins très courants, il serait dangereux pour la population de disperser des équipements quelque peu sophistiqués. C'est ainsi que beaucoup de maternités rurales n'ont plus leur place dans les hôpitaux locaux. De toute façon, ce n'est pas cette catégorie d'établissement qui est visée par nos dispositions : ce sont beaucoup plus des services devenus trop importants pour certaines disciplines.

M. Autain estime souhaitable la création de centres de santé. Je lui indique tout de suite que les centres de santé ne sont pas soumis à autorisation particulière.

Par ailleurs, il pense que nous n'avons pas l'intention de respecter la carte sanitaire puisque nous prévoyons des dérogations. Sur ce point, je tiens à le rassurer : la carte définitive de la région Provence-Côte d'Azur, la dernière à élaborer, va être prochainement publiée. Si la carte sanitaire concernant le moyen séjour n'a pas encore été déterminée, c'est que nous n'avons pas encore les données statistiques nécessaires. Mais nous avons bien l'intention de poursuivre le travail et de le mener à bonne fin.

Déplorant l'insuffisance de l'équipement de la région Nord-Pas-de-Calais, M. Autain a craint que le projet de loi n'aggrave encore la situation.

Ce faisant, il déclare que les décisions d'investissement seraient prises selon les « amitiés politiques ». J'indiquerai simplement, pour l'information de l'Assemblée, ce qui a été fait dans la région Nord-Pas-de-Calais, et elle verra où sont « les amis politiques » :

Au titre du VI^e Plan, l'hôpital de Calais, l'hôpital de Seclin, la pédiatrie de Lens ; au titre du VII^e Plan, l'hôpital de Dunkerque, l'hôpital de Valenciennes, la chirurgie de Lens, l'hôpital de Boulogne, l'hôpital d'Avesnes, deux établissements très importants à Lille — les hôpitaux neurologique et cardiologique — l'hôpital de Béthune et l'hôpital de Roubaix. Je ne cite là que les opérations les plus coûteuses, c'est-à-dire des hôpitaux, de 300 à 500 lits entièrement rénovés ou entièrement neufs. De telles réalisations montrent bien l'effort considérable qui a été accompli dans cette région pour combler les insuffisances dont elle pouvait souffrir ; le Gouvernement a l'intention de poursuivre cet effort en tenant compte de la carte sanitaire.

Pour M. Poreu, la Lorraine est une région défavorisée sur le plan de l'équipement sanitaire. Or le C. H. U. de Brabois réalisé au titre du VI^e Plan, représente une opération considérable. S'y ajoutent le centre anticancéreux, l'hôpital psychiatrique de Jury, l'hôpital de Remiremont, celui de Briey, l'hôpital d'enfants de Nancy, les hôpitaux de Forbach, Neufchâteau : un projet complémentaire est arrêté pour le C. H. U. de Metz-Thionville. On ne peut donc pas dire que la région Lorraine soit défavorisée.

Il est exact que, sur le plan de la périnatalité, nous nous sommes rendu compte, d'après les récentes statistiques de mortalité périnatales, que, derrière le Nord-Pas-de-Calais et la Corse, départements aussi relativement en retard, la région Lorraine devait faire l'objet d'un effort particulier.

M. Jarosz s'est inquiété de la situation du centre de recherche sur le cancer de Lille, affirmant qu'on avait supprimé son autonomie et qu'on l'avait empêché de fonctionner.

C'est au vu de sa situation financière, constatée par un rapport d'inspection, que ce centre de recherche — il ne s'agit en effet pas d'un centre de soins — a été intégré à l'I. N. S. E. R. M. Cette mesure était éminemment souhaitable sur le plan de l'efficacité et, si le professeur Biserte, directeur de ce centre, a démissionné, c'est pour des raisons de santé et non parce qu'on aurait démantelé son établissement.

Celui-ci est de toute façon distinct du centre anti-cancéreux, soumis à l'évolution des prix de journée, considérable ces dernières années.

M. Garcin a prétendu que nous vivions dans l'austérité et que la situation serait catastrophique. Je lui indique que, depuis dix ans, les effectifs des personnels de santé ont augmenté de 430 000 personnes et que, dans les établissements publics, le nombre d'infirmiers et d'aides soignants a été multiplié par 2,5. Nous sommes donc loin de la politique d'austérité qu'il stigmatise. Je souhaiterais d'ailleurs que tous les pays puissent en dire autant et ne connaissent pas une austérité plus rigoureuse que la nôtre !

Toutes les régions ont été évoquées sous un jour défavorable, comme si tous les Français ne pouvaient être hospitalisés et soignés. A entendre ces critiques, on pourrait croire, que nous partageons la condition de pays où c'est malheureusement le cas.

M. Vizet a évoqué la situation de l'Essonne. Je lui rappelle que l'hôpital d'Evry a été programmé en 1978 alors même que certains se posaient la question de son utilité. Je me suis d'ailleurs moi-même demandé si nous ne risquions pas de créer ainsi une surcapacité hospitalière et j'espère que nous ne nous sommes pas trompés. Dans le même temps, un nouvel hôpital a été financé à Corbeil et une unité pour personnes âgées a été prévue à Orsay. On est donc très loin de l'austérité dont on cherche à nous convaincre.

J'en terminerai par le C. H. U. d'Aubervilliers. En Seine-Saint-Denis, un effort considérable a été consenti, avec la reconstruction de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois, avec l'inauguration du C. H. U. de Bondy, avec les travaux actuellement envisagés à l'hôpital franco-musulman.

Un Gouvernement et un Parlement responsables ne doivent consacrer à des équipements d'importants crédits que dans la mesure où ils sont justifiés par les besoins. Mais l'évolution est telle dans le domaine de la santé que des équipements qui semblaient tout à fait nécessaires il y a dix ans apparaissent maintenant inutiles, ou devraient être totalement réétudiés et adaptés à une situation nouvelle.

Combien de constructions ont été réalisées simplement parce qu'elles avaient été programmées il y a dix ou quinze ans ! Parce qu'elles étaient inscrites au Plan, on s'est cru obligé de les faire. Ensuite, on a dénoncé l'incurie des pouvoirs publics qui avaient construit des équipements — de tous genres ; d'ailleurs, il ne s'agit pas seulement d'équipements hospitaliers — qui s'avèrent inutiles. Comme l'a souligné tout à l'heure M. Hamel, dans ce cas-là la Cour des comptes sait fort bien faire observer — à juste titre, d'ailleurs, car c'est son rôle — que ces projets d'équipement auraient dû être révisés compte tenu de l'évolution constatée. Il appartient donc au ministre responsable de prendre en considération l'évolution des besoins.

En ce qui concerne la Seine-Saint-Denis, nombre de besoins évoqués par M. Rallie sont actuellement satisfaits. Pour les autres, des solutions sont à l'étude, notamment dans le domaine de la neurochirurgie.

On peut regretter que les équipements destinés au traitement du cancer fassent l'objet d'une aussi forte concentration dans le Sud de Paris, mais des équipements importants sont néanmoins implantés localement. Les cancérologues soutiennent, du reste, que les malades, dans leur intérêt, doivent bénéficier de structures concentrées. Dans cette perspective, le deuxième ensemble hospitalier de l'Institut Gustave-Roussy — I. G. R. II — doit ouvrir ses portes dans deux à Villejuif.

S'agissant de la pédiatrie, la banlieue offre moins de places que Paris parce que nombre de services parisiens sont très spécialisés. Ils accueillent du reste des enfants non seulement de toute la France mais souvent aussi de l'étranger.

La comparaison ne peut être faite entre les services de pédiatrie des hôpitaux généraux et les grands services parisiens de ce type.

Il s'avère donc nécessaire de procéder à une étude des besoins, mais nous agirions en irresponsables en construisant sous le seul prétexte que des programmes ont été établis depuis longtemps, alors qu'ils ne sont plus adaptés à la situation actuelle.

Certains, comme M. Baridon, estiment que le texte est disproportionné par rapport aux difficultés de la sécurité sociale. En effet, celles-ci sont grandes et le problème est important. Ainsi, depuis cinq ans, dans les différents secteurs de la santé, j'ai essayé de déployer des efforts particuliers pour éviter toute dépense inutile, d'obtenir la plus grande efficacité et de rendre chacun pleinement responsable.

Aucune économie n'est dérisoire lorsqu'il s'agit d'éviter une dépense inutile. Ainsi, les dépenses résultant de l'occupation de certains lits, au-delà de la marge de sécurité nécessaire, sont loin d'être négligeables. Pour ma part, je pense qu'il est fondamental de maintenir le système de protection sociale institué en 1945. En effet, celui-ci a assuré une plus juste répartition entre les Français. En tout cas, il a permis à tous les Français,

notamment à ceux atteints d'une maladie grave, d'être soignés dans les mêmes conditions. C'est là une conquête à laquelle la France ne doit pas renoncer.

Il est à l'honneur de notre pays à la fois d'avoir assumé le progrès médical, comme l'a souligné M. Comiti, et de soigner tous les malades, quels que soient leurs revenus. La sécurité sociale est donc un bien auquel nous devons être attachés. Il vaut la peine d'accepter certaines contraintes, législatives ou réglementaires, pour continuer à assumer le progrès médical et nous permettre de soigner tous les malades, quels que soient l'affection dont ils souffrent, leur âge, leur situation sociale ou leurs ressources.

Il s'agit pour moi d'un engagement fondamental, et c'est pour m'y conformer que j'ai l'honneur de vous soumettre ce projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

M. le président. Aucune motion de renvoi en commission n'étant présentée, le passage à la discussion des articles du projet de loi dans le texte du Gouvernement est de droit.

Je rappelle que peuvent seuls être déposés les amendements répondant aux conditions prévues aux alinéas 4 et suivants de l'article 99 du règlement.

En accord avec la commission et le Gouvernement, je vais lever la séance.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— 3 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi n° 995 relatif aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (rapport n° 1051 de M. Gilbert Barbier, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales) ;

Discussion du projet de loi n° 1034 relatif au contrôle de la circulation des sucres (rapport n° 1135 de M. Henri Michel, au nom de la commission de la production et des échanges).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures cinq.)

Le Directeur du service du compte rendu sténographique
de l'Assemblée nationale,
LOUIS JEAN.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL

DE LA

1^{re} Séance du Jeudi 21 Juin 1979.

SCRUTIN (N° 193)

Sur l'exception d'irrecevabilité opposée par M. Gilbert Millet au projet de loi relatif aux équipements sanitaires et modifiant la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Nombre des votants..... 481
 Nombre des suffrages exprimés..... 480
 Majorité absolue..... 241

Pour l'adoption..... 200
 Contre 280

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Ont voté pour :

M.M.
 Abadie.
 Andrieu (Haute-Garonne).
 Andrieux (Pas-de-Calais).
 Ansart.
 Aumont.
 Auroux.
 Autain.
 Mme Avice.
 Ballanger.
 Balmigère.
 Bapt (Gérard).
 Mme Barbéra.
 Bardol.
 Barthe.
 Baylet.
 Bayou.
 Bèche.
 Beix (Roland).
 Benoist (Daniel).
 Besson.
 Billardon.
 Billoux.
 Bocquet.
 Bonnet (Alain).
 Bordu.
 Boucheron.
 Boulay.
 Bourgeois.
 Brugnon.
 Brunhes.
 Bustin.
 Cambolive.
 Canecos.
 Cellard.
 Césaire.
 Chamlnade.
 Chandernagor.
 Mme Chavatte.
 Chénard.
 Chevènement.
 Mme Chonavel.
 Combrisson.
 Mme Coustans.

Cot (Jean-Pierre).
 Couillet.
 Crépeau.
 Darinot.
 Darras.
 Defferre.
 Defontaine.
 Delchède.
 Delcils.
 Denvers.
 Depietri.
 Derosler.
 Deschamps (Bernard).
 Deschamps (Henri).
 Dubedout.
 Ducoloné.
 Duplet.
 Duratfour (Paul).
 Duroméa.
 Duroure.
 Dutard.
 Emmanuelli.
 Evin.
 Fabius.
 Faugaret.
 Faure (Gilbert).
 Faure (Maurice).
 Filloud.
 Fiterman.
 Florian.
 Forgues.
 Forni.
 Mme Fost.
 Franceschi.
 Mme Frayssé-Cazalis.
 Frelaut.
 Gaillard.
 Gaucin.
 Garrouste.
 Gau.
 Gauthier.
 Girardot.
 Mme Goerlot.
 Goldberg.
 Gosnat.
 Gouhier.

Mme Goutmann.
 Gremetz.
 Guidoul.
 Haesebroeck.
 Hage.
 Hauteceur.
 Hermier.
 Henu.
 Mme Horvath.
 Houël.
 Houteer.
 Huguet.
 Huyghues
 des Etages.
 Mme Jacq.
 Jagoret.
 Jans.
 Jarosz (Jean).
 Jourdan.
 Jouve.
 Joxe.
 Julien.
 Juquin.
 Kafinsky.
 Labarrère.
 Laborde.
 Lagorce (Pierre).
 Lajoinie.
 Laurain.
 Laurent (André).
 Laurent (Paul).
 Laurisergues.
 Lavédrine.
 Lavielle.
 Lazzarino.
 Mme Leblanc.
 Le Drian.
 Léger.
 Legrand.
 Leizour.
 Le Meur.
 Lemoine.
 Le Pensec.
 Leroy.
 Madrelle (Bernard).
 Madrelle (Philippe).

Millet.
 Maisonnat.
 Malvy.
 Manet.
 Marchais.
 Marchand.
 Marin.
 Masquère.
 Massot (François).
 Maton.
 Mauroy.
 Mellick.
 Mermaz.
 Mexandeau.
 Michel (Claude).
 Michel (Henri).
 Millet (Gilbert).
 Miltterrand.
 Montdargent.
 Mme Moreau (Gisèle).
 Niles.
 Notebart.

Nucel.
 Odru.
 Pesce.
 Philibert.
 Pierret.
 Pignion.
 Pistre.
 Poperen.
 Porcu.
 Porelli.
 Mme Forte.
 Pourchon.
 Mme Privat.
 Prouvost.
 Quilès.
 Ralite.
 Raymond.
 Renard.
 Richard (Alain).
 Riubon.
 Rigout.
 Rocard (Michel).

Roger.
 Ruffe.
 Saint-Paul.
 Sainte-Marie.
 Santrot.
 Savary.
 Séné.
 Soury.
 Taddel.
 Tassy.
 Toodon.
 Tourné.
 Vacant.
 Vial-Massat.
 Vidal.
 Villa.
 Visse.
 Vivien (Alain).
 Vizet (Robert).
 Wargnies.
 Wilquin (Claude).
 Zarka.

Ont voté contre :

M.M.
 About.
 Aiduy.
 Alphandery.
 Ansqer.
 Arreckx.
 Aubert (Emmanuel).
 Aubert (François d').
 Audinot.
 Aurillac.
 Bamana.
 Barbier (Gilbert).
 Bariani.
 Baridon.
 Barnérias.
 Barnier (Michel).
 Bas (Pierre).
 Bassot (Hubert).
 Baudouin.
 Baumel.
 Bayard.
 Beaumont.
 Bechter.
 Bégault.
 Benoît (René).
 Benouville (de).
 Berest.
 Berger.
 Bernard.
 Beucler.
 Bigeard.
 Biraux.
 Bisson (Robert).
 Biver.
 Blzet (Emile).
 Blane (Jacques).
 Bolnwilliers.
 Bolo.
 Bonhomme.
 Bord.

Bourson.
 Bousch.
 Bouvard.
 Boyon.
 Bozzi.
 Branche (de).
 Branger.
 Braun (Gérard).
 Brial (Benjamin).
 Briane (Jean).
 Brocard (Jean).
 Brochard (Albert).
 Cabanel.
 Caillaud.
 Calle.
 Caro.
 Castagnou.
 Cattin-Bazin.
 Cavallé
 (Jean-Charles).
 Cazalet.
 César (Gérard).
 Chantelat.
 Chapel.
 Charles.
 Charretier.
 Chasseguet.
 Chauvet.
 Chazalon.
 Chinaud.
 Chirac.
 Clément.
 Cointat.
 Colombier.
 Comiti.
 Cornet.
 Cornette.
 Corrèze.
 Couderc.
 Couepel.

Coulais (Claude).
 Cousté.
 Couve de Murville.
 Creun.
 Cresard.
 Dall'ol.
 Dassault.
 Debré.
 Dehaïne.
 Delalande.
 Delaneau.
 Delatre.
 Delfosse.
 Delhalle.
 Delong.
 Delprat.
 Deniau (Xavier).
 Deprez.
 Desaulis.
 Devaquet.
 Mme Diensch.
 Donnadieu.
 Douffiaques.
 Dousset.
 Drouet.
 Druon.
 Dubreuil.
 Dugoujon.
 Durafour (Michel).
 Durr.
 Ehrmann.
 Eymard-Duvernay.
 Fabre (Robert-Félix).
 Falala.
 Faure (Edgar).
 Feit.
 Fenech.
 Féron.
 Ferretti.
 Fèvre (Charles).

Flosse.	Hardy.	Masson (Marc).	Pineau.	Rossinot.	Taugourdeau.
Fonteneau.	Mme Hauteclouque	Massoubre.	Pinte.	Roux.	Thomas.
Forens.	(de).	Mathieu.	Piot.	Royer.	Tiberi.
Fossé (Roger).	Héraud.	Mauger.	Piantegenest.	Rufenacht.	Tissandier.
Fourneyron.	Hunault.	Maujolan du Gasset.	Pons.	Sablé.	Tomasini.
Foyer.	Icart.	Maximin.	Poujade.	Sallé (Louis).	Torre (Henri).
Frédéric-Dupont.	Inchauspé.	Mayoud.	Préaumont (de).	Sauvalgo.	Tourrain.
Fuchs.	Jacob.	Médecin.	Pringalle.	Schneiter.	Tranchant.
Ganlier (Gibert).	Julia (Didier).	Mesmin.	Proriol.	Schvartz.	Valleix.
Gascher.	Juventin.	Messmer.	Raynal.	Séguin.	Verpillère (de la).
Gastines (de).	Kaspereit.	Micaux.	Revet.	Serres.	Vivien (Robert-André).
Gaudin.	Kerguéris.	Millon.	Ribes.	Sergheraert.	Voilquin (Hubert).
Geng (Francis).	Klein.	Mioesec.	Richard (Lucien).	Serres.	Voisin.
Gérard (Alain).	Koehl.	Mme Missoffe.	Richomme.	Sourdille.	Wagner.
Giacomi.	Krieg.	Monfrais.	Rivièrez.	Sprauer.	Welsenhorn.
Ginoux.	Labbé.	Montagne.	Rocca Serra (de).	Stasi.	Zeller.
Girard.	La Combe.	Mme Moreau (Louise).	Rolland.	Sudreau.	
Gissinger.	Lagourgue.	Morellon.	Rossi.		
Goasduff.	Lancien.	Moullé.			
Godefroy (Pierre).	Lataillade.	Moustache.			
Godfrain (Jacques).	Lauriol.	Muller.			
Gorse.	Le Cabellec.	Narquin.			
Goulet (Daniel).	Le Douarec.	Neuwirth.			
Granet.	Léotard.	Noir.			
Grussenmeyer.	Lepeltier.	Nungesser.			
Guéna.	Lépercq.	Paecht (Arthur).			
Guermeur.	Le Tac.	Paillet.			
Gulchard.	Ligot.	Papet.			
Guillod.	Lipkowski (de).	Pasty.			
Haby (Charles).	Longuet.	Péricard.			
Haby (René).	Madellin.	Pernin.			
Hamel.	Maigret (de).	Péronnet.			
Hamelin (Jean).	Malaud.	Perrut.			
Hamelin (Xavier).	Mancel.	Petit (André).			
Mme Harcourt	Marette.	Petit (Camille).			
(Florence d').	Marie.	Pianta.			
Harcourt	Martin.	Pidjot.			
(François d').	Masson (Jean-Louis).	Pierre-Bloch.			

S'est abstenu volontairement :

M. Fontaine.

N'ont pas pris part au vote :

MM. Dhinnin, Fabre (Robert) et Marcus.

Excusés ou absents par congé :

(Application de l'article 162, alinéas 2 et 3, du règlement.)

MM. Abelin, Jarrot (André), Lafleur, Liogier et Thibault.

N'ont pas pris part au vote :

M. Jacques Chaban-Delmas, président de l'Assemblée nationale, et M. Pasquini, qui présidait la séance.