

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

7^e Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1983-1984
(12^e SEANCE)

COMPTE RENDU INTEGRAL

1^{re} Séance du Lundi 10 Octobre 1983.

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. ALAIN CHENARD

1. — **Service public hospitalier.** — Discussion d'un projet de loi (p. 3921).

M. Bartolone, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

M. Bérégozov, ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale.

M. Hervé, secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

Question préalable de M. Foyer : MM. Foye , Lareng, le ministre, le rapporteur. — Rejet par scrutin.

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

2. — **Ordre du jour** (p. 3934).

PRÉSIDENCE DE M. ALAIN CHENARD,
vice-président.

La séance est ouverte à dix heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier (n° 1722, 1732).

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

M. Claude Bartolone, rapporteur. Monsieur le président, monsieur le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la santé, mes chers collègues, une nouvelle fois, notre assemblée est amenée à discuter d'un projet de loi concernant l'hôpital; une nouvelle fois l'Assemblée nationale va devoir se prononcer pour essayer d'adapter les structures hospitalières à la réalité sociale et économique.

Les élus que nous sommes, monsieur le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, ne pouvant que se féliciter de cette démarche, qui les associe à cette transformation.

En effet, comment pourrions-nous ignorer le poids à la fois sociologique, économique et culturel de cette institution?

Un regret tout le même à formuler, comme le font généralement la plupart des rapporteurs: celui de ne pas avoir eu plus de temps.

Malgré ce handicap j'ai reçu plus de vingt délégations, et la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a étudié le projet d'une manière très attentive, d'autant plus que, concernant la santé, il touche à une valeur symbolique.

En effet, depuis une cinquantaine d'années, que de changements a connus l'institution hospitalière! D'un lieu d'accueil et de soins recevant grand nombre de malades ne pouvant se faire soigner dans le privé, faute de moyens financiers, elle est devenue, par la conjugaison de forces très différentes que sont la généralisation du système de protection sociale, les progrès de la connaissance médicale, l'évolution technologique et l'affirmation de plus en plus pressante du droit à la santé, un véritable mythe chargé de faire reculer la souffrance et la limite de la mort.

Autant de raisons qui doivent nous inciter non seulement à une grande prudence mais aussi à toute l'imagination nécessaire pour faire correspondre l'offre à l'attente. D'autant qu'il n'existe pas, à travers le monde, d'exemple importable de toutes pièces. A nous de trouver ensemble notre vérité.

De ce fait, il nous semble pertinent d'avoir dissocié l'organisation du service public hospitalier — sur le plan humain, médical, administratif et financier — de la réforme d'ensemble, qui abordera notamment le problème de la planification et de la liaison entre l'hôpital et l'extérieur.

Nous attendons maintenant avec impatience ce deuxième volet car il n'y aura pas de réalisation d'un service public d'hospitalisation sans complémentarité structurelle, opérationnelle et fonctionnelle des établissements d'hospitalisation publics et privés. Il n'y aura pas de véritable transformation de l'hôpital sans une nouvelle définition et un nouveau partage des tâches entre celui-ci, la médecine extra-hospitalière et l'ensemble des professions dites de santé.

Seule cette définition permettra de choisir à terme la réponse la moins coûteuse à la maladie, à efficacité médicale égale. Seule cette définition permettra, le cas échéant, d'apporter une réponse sociale à des hommes et des femmes, je pense notamment aux personnes âgées, dont l'état de santé ne nécessite pas ou plus l'hospitalisation.

Pour permettre à la loi d'être appliquée dans des délais acceptables, il vous faudra vaincre des réserves, des hésitations et des oppositions.

Pour les réserves, je suis persuadé que les explications du Gouvernement permettront tout à l'heure d'éclaircir quelques points de la loi qui, malgré les amendements votés par la commission, demandent à être précisés dans la mesure où ils relèvent du domaine réglementaire.

Les hésitations, il vous faudra dès aujourd'hui les lever pour inciter les réticents à jouer le jeu. Mais, pour jouer à plusieurs, il faut que les règles soient claires. J'y reviendrai dans quelques instants.

Quant aux oppositions, faisons en sorte qu'elles soient le moins nombreuses possible, sans ignorer qu'une partie d'entre elles ne pourront être surmontées, car elles relèvent d'un tout autre calcul.

Revenons-en aux règles du jeu. Je prendrai tout d'abord une de ces règles du jeu, monsieur le ministre, qui mérite explication. Le décret du 11 août 1983 qui institue le budget global ne semble pas, dans sa forme actuelle, de nature à permettre une application sans amertume de cette réforme importante. S'il est vrai qu'une gestion saine et rigoureuse est nécessaire pour préserver notre système de soins, en aucun cas la maîtrise des dépenses ne devra donner l'impression de s'effectuer aux dépens de la santé. Nous devons mener de pair maîtrise des dépenses et amélioration du service dû au malade. C'est

d'ailleurs cette raison qui explique la réorganisation de l'hôpital en départements. Première grande ligne du projet de loi, elle recouvre davantage l'activité médicale autour du malade.

La notion même de département n'est pas nouvelle. A l'étranger et dans notre pays des hôpitaux connaissent cette organisation depuis de nombreuses années. Cette nouvelle structure hospitalière, tout en permettant une meilleure relation entre le personnel soignant et les malades, met un terme au découpage de l'hôpital en services et aux conséquences de la réforme de 1958, qui donnait un pouvoir à vie aux médecins chefs de service, et se mesurait en fonction du nombre de lits que contenait le service.

Il ne saurait être question de nier ici l'importance qu'a pu avoir cette organisation depuis 1958. Elle a, pour une grande part, permis d'obtenir le système performant que nous connaissons, mais qui, faute d'adaptation, craque dangereusement aujourd'hui. Et cela sous l'effet non seulement de la démographie médicale et du blocage statutaire du personnel qui en découle, mais aussi de la division en services différents, gérant des plateaux techniques composés d'équipements et de matériels de plus en plus onéreux qui, du fait du pouvoir du chef de service, sont rarement partagés ou utilisés en commun, division qui entraîne une multiplication de ces moyens difficilement compatible avec les contraintes de financement.

Mais, au-delà de cette dimension financière, la mesure la plus importante nous semble être la disparition du droit de propriété sur les personnes et le matériel d'un service, qui laisse la place à un système où sont rassemblés les personnels sous l'autorité d'un chef de département élu, assisté d'un conseil de département au sein duquel siègent les représentants du personnel médical et non médical qui auront à examiner dans chaque département ce qui se fait, pourquoi, comment et avec quels résultats.

La motivation et la responsabilisation au niveau du département constituent la base de toute décentralisation. C'est ce qui explique la nécessité d'une relation suivie entre le chef du département et le conseil de département, notion que la commission a voulu préciser: nous y reviendrons lors de l'examen des articles.

Au niveau du personnel médical, ce système est viable du fait de l'instauration du statut unique, qui dissocie le grade de la fonction. A ce propos, monsieur le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, et afin de permettre à ce statut de voir le jour dans de bonnes conditions, des précisions sont indispensables rapidement sur le temps de travail, la grille des salaires, les gardes et astreintes, les retraites, ainsi que sur le statut des attachés et du personnel à temps partiel.

Bien entendu, le passage de l'organisation hospitalière issue de la réforme de 1958 à celle qui nous est proposée aujourd'hui ne peut se faire en un jour. Pour autant, il serait dommage qu'une période transitoire trop longue entraîne le renforcement de ceux qui veulent que rien ne change à l'hôpital, une perte de volonté des personnels les plus motivés et la non-application de cette mesure, comme ce fut le cas pour certaine disposition de la loi de 1970.

Aussi, monsieur le ministre, la commission vous propose telle de réduire la durée de la période transitoire.

Je voudrais m'arrêter un instant, monsieur le ministre, sur le budget global. Sans revenir sur le débat de janvier 1983, il me semble important de lui consacrer quelques minutes dans la mesure où son application n'est pas sans conséquence sur la réforme que vous proposez.

L'instauration de ce nouveau mécanisme financier est devenue indispensable, d'autant plus que depuis 1979 il existe de fait. Dès cette date, la croissance des dépenses de fonctionnement de l'hôpital a été alignée sur les objectifs nationaux de production.

Le prix de journée étant, par nature, inflationniste dans la mesure où, liant coût moyen et nombre de journées, il ne pouvait qu'inciter les hôpitaux à avoir le taux d'occupation le plus élevé, quitte à prolonger légèrement le temps d'hospitalisation de certains malades ou à accueillir des patients qui ne relèvent pas forcément de l'hôpital.

Le budget global est donc une nécessité, mais son application se doit de correspondre à la définition qu'en a donnée Claude Evin dans son rapport en janvier 1983. Je vous la rappelle: «L'établissement du budget global d'exploitation résulte de l'agrégation des évaluations faites par chaque centre d'activités, qui exprime ses objectifs sur l'exercice à venir, compte tenu des éléments normalement prévisibles: activité antérieure et tendance, nombre de journées prévues, nombre d'actes, acquisition de matériels, consommation de produits,

le tout replacé dans la conjoncture épidémiologique et technologique du moment — et définit les moyens qu'il estime nécessaires pour les réaliser. Après concertation avec la direction de l'hôpital, valorisation et arbitrage, le directeur de l'hôpital établit le budget global prévisionnel d'exploitation, qu'il soumet à l'autorité de tutelle. Celle-ci arrête alors la dotation budgétaire globale d'exploitation de l'établissement.

La politique de contrôle des coûts, bien que nécessaire économique, doit être utilisée avec prudence. Si elle devait être interprétée par la communauté médicale et la population, comme synonyme d'une baisse de la qualité des soins, elle produirait vite des réactions de rejet ne pouvant qu'aller à l'inverse de la direction souhaitée.

Il faut donc impérativement tenir compte de la situation financière de chaque hôpital, de son endettement, de son équipement, bref de sa situation financière véritable.

L'idéal pour mener à bien cette approche serait de pouvoir mesurer l'activité réelle de chaque hôpital.

Vaste programme pour les élus, le corps médical, le personnel et le directeur des différents établissements, qui devront pouvoir s'appuyer à terme sur de véritables études épidémiologiques, ainsi qu'un véritable corps de santé publique.

Pour terminer sur ce sujet, monsieur le ministre, je ferai une remarque: il ne doit pas y avoir rigueur pour le service public hospitalier sans qu'elle s'applique aussi au secteur privé, sous peine de voir une certaine complémentarité se briser.

Après avoir évoqué la mission de l'hôpital et sa structure financière, il est important de parler des femmes et des hommes qui sont chargés d'accueillir, d'informer, de soigner les hospitalisés.

Toute réforme, quelles que soient ses qualités, n'est applicable qu'à ce que leur participation. Toute amélioration, lorsqu'elle est nécessaire, ne peut être obtenue que par leur motivation. Ce qui donnera aux organismes consultatifs que sont le comité technique paritaire et la commission médicale consultative, leur véritable importance dans les années à venir.

Pour le comité technique paritaire, le moins que l'on puisse dire est que son importance n'a pas été perçue dans tous les établissements de la même manière.

Si son installation s'est faite quelquefois, il faut bien l'avouer, en traînant les pieds. Et pourtant, un bon fonctionnement du comité technique paritaire ne peut avoir que des effets favorables.

Si son intérêt est aussi réel que celui de la commission médicale consultative. Si la notion d'équipe hospitalière doit naître, chacun de ses éléments doit bien mesurer la tâche et les responsabilités qui lui incombent. L'information la plus large possible est la meilleure arme pour éviter l'indifférence. C'est ce qui a amené notre commission à vous proposer un amendement qui élargit le domaine de compétence du comité technique paritaire. Il doit non seulement être consulté sur les problèmes catégoriels, mais aussi connaître réellement le fonctionnement de l'hôpital. Par là passe une vraie responsabilisation du personnel. Nous devons pouvoir obtenir du personnel, pour le fonctionnement du comité technique paritaire, le même intérêt que celui montré par les médecins pour le fonctionnement de la commission médicale consultative.

Cette commission voit dans le projet de loi ses compétences élargies puisqu'elle est chargée d'établir un rapport annuel sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement.

Ce point nous semble fondamental. Les médecins sont aujourd'hui les mieux placés pour résoudre l'équation qui existe entre la qualité des soins et la maîtrise réalisable des dépenses hospitalières. Les membres de cette profession ont su donner une grande importance au fonctionnement de la commission médicale consultative. C'est à eux qu'il revient de démontrer dans l'avenir ce qu'ils souhaitent faire de ce rapport sur l'évaluation des soins. Ils peuvent avoir entre les mains le meilleur instrument de mesure des besoins, de la réponse qui leur est apportée, de son efficacité et de son coût. Toute véritable décentralisation de la décision en matière hospitalière dépend de l'évolution de ce concept.

L'Etat avait en main jusqu'à il n'y a pas si longtemps un instrument ultra-centralisateur: le rapport lits-équipements-population. En adoptant le système du vrai budget global, il fait un premier pas décentralisateur. Les années à venir nous raconteront la suite de ce pari.

C'est de l'évolution du rôle et du fonctionnement de cette commission médicale consultative que dépend en grande partie l'avenir du conseil d'administration. Du fait de l'instauration des départements, il serait bon de revoir les décrets de 1972 et de 1975 et d'élargir sa composition.

Avant de parler des compétences du conseil d'administration, il me semble nécessaire, monsieur le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, de vous faire connaître le sentiment de notre commission. Il faut absolument qu'une concertation approfondie ait lieu pour déterminer la part devant revenir aux différentes catégories qui y sont représentées. Il nous semble important, notamment, d'augmenter le nombre des représentants des personnels et de faire en sorte que ceux-ci soient représentés le plus rapidement possible dans tous les conseils d'administration.

Quant à ses compétences, elles demeurent importantes. Ce n'est pas l'apparition du nouvel élément constitué par la définition des besoins devant être substitués par l'établissement qui porte atteinte à ses prérogatives. Ce n'est pas l'adaptation des délais d'approbation à la réalité qui renforce la tutelle quoique, sur ce point, une amélioration des liaisons dans les faits ne puisse être que positive.

La nouvelle définition de la notion de « dépenses abusives », contenue dans la loi de 1970, ne constitue pas une recentralisation bureaucratique, malgré sa référence aux possibilités de soins mis à la disposition de la population et aux hypothèses économiques générales.

La carte sanitaire et l'alignement, en 1979, de la croissance des dépenses de fonctionnement de l'hôpital sur les objectifs nationaux de production étaient-ils vraiment moins contraignants ?

En définitive, et pour revenir à ces thèmes que sont la centralisation, l'évaluation des soins et la recherche épidémiologique, une évidence s'impose: qui détient les moyens financiers détient le pouvoir.

Demain, je l'ai déjà dit, la notion d'évaluation des soins peut — positionner — la commission médicale consultative, le comité technique paritaire et le conseil d'administration, d'une manière différente lors des discussions avec le Gouvernement et les caisses de sécurité sociale. Mais, et alors seulement, décentralisation et cohérence sanitaire nationale pourront aller de pair.

Il est temps d'évoquer le rôle et les compétences d'un personnage qui a fait beaucoup parler de lui ces dernières semaines: le directeur de l'hôpital. S'il est un faux problème, c'est bien celui-là, car — et je me permettrai de citer M. Barrat lors de la discussion de la loi de 1970 — « un directeur d'hôpital, appuyé par sa commission administrative, peut beaucoup mieux surveiller son personnel et veiller de plus près, quand il en a les pouvoirs, au bien-être de ses malades ». Je n'ai rien à ajouter à cela...

On ne peut ergoter sur la fameuse phrase contenue dans le projet de loi et, en même temps, souhaiter voir jouer aux directeurs des hôpitaux un véritable rôle de chef d'entreprise, charge d'animer une équipe et de veiller à l'image de leur hôpital. D'autant qu'il est difficile de légiférer sur les relations humaines. La meilleure des phrases ne pourra codifier les relations idéales qui devront s'instaurer entre le directeur, les médecins, le personnel et le conseil d'administration.

Tels sont les quelques commentaires que je tenais, en qualité de rapporteur, à faire sur ce projet de loi, que je qualifierai, les puristes me le pardonneront, de « projet starter ».

Il permet à toutes les parties prenantes de l'hôpital de réfléchir. Aidés par les travaux de la commission de départementalisation, médecins, personnel et conseil d'administration auront à se déterminer d'une manière volontaire sur l'organisation de l'hôpital. Ils pourront, le cas échéant, grâce à ce projet de loi, décider de travailler en commun avec un autre établissement hospitalier, sans contrainte, ni de secteur sanitaire, ni de région sanitaire.

Ils auront à réfléchir et à agir ensemble, dans le cadre des départements, des comités techniques paritaires, des commissions médicales consultatives, des conseils d'administration, pour encore mieux individualiser et mieux personnaliser l'accueil et les soins que méritent les malades.

M. Claude-Gérard Marcus. Ils le font depuis longtemps !

M. Claude Bartolone, rapporteur. Ils auront la charge de la préparation de l'hôpital de demain.

Certes, d'autres facteurs interviendront. Qui peut dire aujourd'hui si, demain, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les conséquences des accidents ne reculeront pas sous l'effet de la prévention ou du progrès de la science ? Qui peut dire si, demain, d'autres formes de maladie ne demanderont pas une nouvelle réponse de la part de l'hôpital ? L'Assemblée, n'en doutons pas, aura de nouveau à légiférer en

matière hospitalière, car, de par sa nature même, l'institution hospitalière porte en elle les éléments de son évolution. Depuis l'après-1977, le problème est devenu difficile à aborder, dans la mesure où, pour parodier le titre d'un ouvrage récent, Hippocrate a découvert les technocrates. (Sourires.)

Et pourtant, il faut bien l'admettre, le pourcentage du produit national brut consacré aux dépenses de santé ne peut croître sans limite. Employeurs, salariés, malades, médecins, personnel, Etat, sécurité sociale, élus ont des motivations si différentes qu'il n'est pas facile de dégager un large consensus. Le débat national peut y parvenir. C'est en l'engageant comme nous l'avons fait dans le cadre de l'examen du budget social de la nation qu'il sera vraiment possible de mettre à plat non seulement les coûts, mais aussi les effets directs et indirects des dépenses de santé, notamment en matière de recherche, d'emploi, de prévention. Mais ceci est une autre histoire...

Même si ce texte ne répond pas à tout, il est porteur d'une amélioration de l'organisation du service public hospitalier, afin de le rendre encore plus humain et efficace. C'est cette démarche que nous avions à l'esprit en examinant et en amendement ce texte. C'est cette démarche que nous aurons à l'esprit au moment de nous prononcer. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale.

M. Pierre Bérégovoy, ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, le projet de loi que nous vous soumettons intéresse l'hôpital et son avenir. Mon nom Edmond Hervé, secrétaire d'Etat, vous en présentera le dispositif et il participera avec vous à l'examen des propositions qui vous sont faites.

Je voudrais, pour ma part, insérer notre projet dans son contexte historique, me permettant de montrer en quoi il accompagne le progrès médical et comment il peut le favoriser dans l'avenir en matière, qui doit être, naturellement, au centre de toutes nos préoccupations.

La découverte du corps humain, au fil des siècles, a été l'œuvre d'une longue patience. Beaucoup de progrès ont été accomplis mais beaucoup reste à faire pour percer le mystère de la nature humaine.

Il est clair que l'évolution s'accélère, modifiant nos comportements et les structures médicales. Aussi loin que remonte l'histoire de l'humanité, on voit l'homme confronté aux forces du mal, avide de transformer la nature, soucieux de dominer son environnement. Mais, durant longtemps, la médecine était magique et la fatalité réponse à tout. Il y avait aussi les tabous et les interdits de toutes sortes. Faut-il rappeler que l'autopsie et la vivisection étaient condamnées et que les rares chercheurs étaient le plus souvent poursuivis ? Pour un Androsciole, combien de médecins scolastiques que la verve d'un Molière a illustrés de si belle façon ?

Le tournant a été définitivement pris avec le Siècle des Lumières et la science a lancé depuis un mouvement continu d'amélioration des modes de diagnostic et de soins. L'asepsie, les vaccinations, l'hygiène, la maîtrise de l'action microbienne, le développement et l'affinement des techniques opératoires, l'anesthésie ainsi que les grandes découvertes pharmacologiques du XX^e siècle ont fait reculer les limites de la souffrance et de la maladie.

On peut en mesurer le résultat : en un siècle, l'espérance de vie a augmenté de trente ans et, depuis la dernière guerre, ce sont dix années qui ont été gagnées contre la mort.

L'hôpital accompagne et jalonne les progrès de la médecine. Mesurons, mesdames, messieurs les députés, le chemin parcouru, depuis la « maison des pauvres » que construisait le chancelier de Bourgoigne, Nicolas Rolin, en 1453, en fondant l'Hôtel-Dieu de Beaune, depuis qu'à la salle neuve de l'Hôtel-Dieu de Paris, construite en 1250, s'étaient installés plusieurs centaines de malades, à quatre ou cinq par lit, sur quelque 600 mètres carrés !

Les hospices sont lentement devenus, à partir du XIX^e siècle, des établissements dont l'architecture respectait les normes de l'hygiène. Avec le XX^e siècle, l'hôpital moderne apparaît, se distingue de l'hospice, bâti sur un plateau technique de plus en plus spécialisé : disciplines médicales et chirurgicales y trouvent leur place et attirent un personnel de plus en plus nombreux.

Cette révolution technique s'accompagne d'une révolution sociale : c'est la création en 1945 de l'assurance maladie et sa généralisation qui permettent la mobilisation des moyens finan-

ciers nécessaires au progrès de l'hôpital. C'est aussi l'étape capitale, que je tiens à souligner, de la réforme de 1958, qui crée les grands centres hospitaliers et universitaires, généralise la médecine à plein temps à l'hôpital et ouvre la période d'équipements hospitaliers qui permet à la France de se doter d'un réseau d'hôpitaux de haut niveau et de grande qualité médicale et technique, et la place parmi les tout premiers pays du monde.

Au moment où une nouvelle phase doit s'ouvrir, comment ne pas saluer les grands médecins qui ont fait l'hôpital d'aujourd'hui et auxquels va la reconnaissance nationale ?

Cette évolution, vous le savez bien, ne s'est pas faite sans heurts, et le développement même de l'hospitalisation publique, quantitatif et qualitatif, a provoqué un malaise qui a son origine dans l'organisation même de l'hôpital.

Les racines en sont anciennes: dès 1970, le législateur reconnaissait l'inadaptation de la tarification hospitalière au prix de journée et en demandait la réforme. La poussée considérable de la démographie médicale, bien mal programmée pendant vingt ans, a engorgé tous les débouchés pour les étudiants en médecine et l'organisation des carrières s'en est trouvée profondément modifiée; les rigidités de l'hôpital sont de plus en plus mal acceptées par les malades et leurs familles.

Ce malaise montre qu'une nouvelle étape doit être franchie dans le développement de l'hôpital. Elle doit répondre à une ambition nationale : mettre le système hospitalier en situation de rendre le progrès médical d'aujourd'hui et de demain accessible à toute la population, et le faire dans des conditions financières qui garantissent contre tout retour en arrière.

La nécessité d'une réforme de l'organisation hospitalière a été présentée de longue date et nous en avons souvent parlé ici même. Mais ceux qui nous ont précédés ont cru que des actions conjoncturelles les en dispenseraient. Leur erreur, dont je veux bien considérer qu'ils l'ont commise de bonne foi, a été de croire qu'ils pourraient infléchir comportements et habitudes sans modifier l'organisation qui les engendre. Si la volonté d'adapter l'hôpital aux exigences de notre temps avait triomphé à cette époque, nous aurions sans doute fait l'économie de la crise des internes et chefs de clinique du printemps dernier. Mesdames, messieurs les députés, retenons-en la leçon : il faut toujours agir à temps.

La nécessité d'une organisation d'ensemble n'est plus guère discutée aujourd'hui. Les orientations elles-mêmes en sont largement admises, et ce que vous avez dit, monsieur le rapporteur, le confirme. J'en veux pour preuve supplémentaire l'accueil favorable qu'a reçu le rapport rédigé à la demande du Gouvernement par les médiateurs, auxquels je veux rendre hommage pour la clarification et l'apaisement que, par la rigueur et la qualité de leur travail, ils ont apportés aux milieux hospitaliers.

Le présent projet de loi, dont vous parlerez plus en détail M. Edmond Hervé, s'inscrit dans l'ensemble défini par la charte de la santé adoptée au printemps 1982 sous l'impulsion de M. Jack Rabite. Des premières dispositions ont déjà été arrêtées, d'autres suivront.

Le Gouvernement a en effet considéré que le recours à une loi-programme comparable à la loi hospitalière de 1970 n'était pas la bonne méthode. Sur un sujet qui engage l'organisation de l'hôpital pour de longues années, il est nécessaire que le Parlement se prononce sur des textes précis, et que le Gouvernement confronte son point de vue avec celui des parlementaires.

Le présent projet de loi est aussi la pièce maîtresse du dispositif car il concerne la place du malade dans le système hospitalier, le rôle des personnels, le développement des techniques nouvelles, et préfigure finalement l'hôpital de demain.

Je voudrais vous dire dans quel esprit le Gouvernement aborde aujourd'hui ces questions.

En premier lieu — cette précision est banale mais il convient cependant de le rappeler — l'hôpital est avant tout au service du malade.

Il est clair que le progrès dans les soins donnés au malade est la première des améliorations à apporter. Mais le progrès médical a son revers lorsqu'il n'est pas bien maîtrisé. Les modes de gestion administratifs et les dispositifs institutionnels ont des défauts et étoient tout le temps — nul ne me démentira — le risque de bureaucratie.

Les structures d'organisation de l'hôpital sont trop rigides. L'organisation en services nécessairement cloisonnés et peu évolutifs, dans la mesure où la fonction du chef de service est attachée à son grade, c'est-à-dire à sa carrière administrative, entrave le travail collectif, la collaboration des équipes

et la mise en commun des moyens. La tarification à la journée, nous le savons tous, freine l'évolution vers des sorties plus rapides et le développement des services de jour ou à domicile, puisque la diminution des journées peut mettre en péril l'équilibre financier de l'hôpital. Finalement, ce n'est pas l'évolution des thérapeutiques qui modèle l'organisation des soins, ce serait plutôt l'inverse.

Que devient le malade dans cet engrenage institutionnel ? On oublie parfois dans de trop nombreux cas, on oublie la personne, dont la dignité est pourtant sacrée à nos yeux, et dont le libre choix doit pouvoir s'exercer. Il s'agit bien là d'un principe fondamental que rappelle l'article 1^{er} de la loi hospitalière du 31 décembre 1970.

Or le malade ne doit pas être oublié. Et pourtant, nous en avons tous fait l'expérience, il ignore jusqu'aux noms de ceux qui le soignent et qui lui ont été affectés ; il ignore parfois le nom du chef de service qui, du reste, dispose rarement du temps nécessaire pour lui dispenser personnellement des soins.

En outre, la spécialisation de plus en plus fine des techniques médicales, comme la juste nécessité d'une carrière convenable pour les médecins, ont conduit à multiplier les services : le territoire de l'hôpital s'en trouve parcellisé ; les moyens sont souvent disséminés.

Il n'est pas rare dans ces conditions que le malade voyage d'un service à l'autre, subisse et subisse à nouveau examens et visites. Comment ne pas voir là à la fois une source de gaspillages et une prise en charge mal adaptée aux besoins du malade ?

En second lieu, je dirai que le malade doit être au centre de tout.

Il doit profiter du plateau technique de l'hôpital, qui lui apporte la technicité la plus efficace, mais n'être hébergé que lorsque cela est indispensable. Les murs de l'hôpital, si vous me permettez cette image, doivent donc s'ouvrir ; le malade doit pouvoir être soigné chez lui par son médecin traitant, en liaison avec les équipes soignantes de l'hôpital, chaque fois que cela est possible.

Lorsqu'il doit être hospitalisé il doit avoir une relation personnelle avec son médecin et son infirmière. Cette relation individuelle, il faut non seulement la préserver, mais la renforcer et, lorsque cela est nécessaire, la rétablir.

La création de petites unités fonctionnelles dirigées par un médecin soignant effectivement ses malades et coordonnées au sein d'un département répond à cet objectif. La reorganisation des hôpitaux en départements, sur la base du projet de loi qui vous est soumis, s'accompagne de la réforme des statuts médicaux, dans des conditions qu'Edmond Hervé vous indiquera tout à l'heure, à partir de l'idée de base, essentielle à nos yeux, que la carrière financière du médecin hospitalier ne doit plus être liée à son grade de chef de service et qu'elle doit progresser ainsi d'une manière normale.

Simultanément, la capacité de coordination du département permettra de regrouper les moyens en hommes et en équipements, d'éviter les doubles examens ou les transferts du malade lorsqu'un nouveau médecin doit le prendre en charge. Voilà, mesdames et messieurs les députés, ce que nous attendons de cette réforme. Elle s'accompagnera ultérieurement des nouvelles dispositions juridiques dont vous nous avez parlé, monsieur le rapporteur, pour toutes les formules alternatives à l'hospitalisation : le Gouvernement en saisira le Parlement le moment venu, que je souhaite comme vous, monsieur le rapporteur, le plus proche possible.

A une organisation de l'hôpital centrée sur le développement des spécialités, donc des maladies ou de leurs traitements, le département substitue une organisation qui privilégie le malade, c'est-à-dire l'individu. L'évolution amorcée avec l'humanisation des salles communes et la rénovation du patrimoine hospitalier entreprise dans les deux dernières décennies trouve ici son aboutissement et sa pleine signification. Comme il est écrit dans la Charte de la santé que vous avez adoptée : « La nouvelle politique de la santé remet l'homme au premier plan. »

Je voudrais maintenant parler de la responsabilité du médecin et du travail d'équipe.

Le médecin, c'est une évidence, est au centre de la relation individuelle avec le malade. Faut-il répéter, en effet, qu'au cœur de l'organisation complexe de l'hôpital se noue une sorte de dialogue singulier entre le malade et son médecin ? Ce dialogue ne doit pas être touché. Dans tous ses engagements, dans la Charte de la santé, dans le texte du projet que nous vous soumettons, le Gouvernement affirme l'indépendance pro-

fessionnelle du médecin dans sa relation avec le malade. Le médecin assume la responsabilité du diagnostic et du traitement, il doit pour cela disposer de la plus grande indépendance possible.

Mais la médecine n'est plus le fait d'un homme seul, tel que nous l'avons connu. Cette réalité n'est pas nouvelle mais elle s'amplifie. Le médecin fait aujourd'hui partie, surtout à l'hôpital, d'une équipe médicale et aussi para-médicale. Un dialogue se noue donc sur le dossier d'un malade au sein de l'équipe de ceux qui concourent au diagnostic, biologistes, radiologues par exemple et ceux qui élaborent une thérapeutique, médecins ou chirurgiens, partie de spécialités diverses. La complexité comme la finesse de certaines techniques exigent cette collaboration qui s'étend aux autres personnels soignants, toujours autour du malade.

En outre, le médecin appartient à cette organisation collective qu'est l'hôpital. L'institution lui fournit les moyens de soins. Elle a également ses règles d'organisation et de gestion, car il faut déterminer des objectifs médicaux cohérents à l'hôpital et prévoir les moyens susceptibles de les satisfaire.

L'organisation de l'hôpital doit donc refléter l'ensemble de la réalité que je viens de décrire. La réforme que nous vous proposons poursuit à cet égard deux objectifs.

En premier lieu, il faut assurer une meilleure coordination des activités hospitalières, en donnant au chef de département et au directeur de l'hôpital l'autorité nécessaire. Dans leur domaine de compétence, qui ne saurait se confondre avec la responsabilité médicale, elle doit être pleine et entière. En particulier, il vous est proposé de donner au directeur de l'hôpital, autorité sur l'ensemble des personnels, y compris médicaux, dans le respect des règles de la déontologie médicale et des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins. Cette phrase est écrite dans le projet de loi que nous vous soumettons.

En second lieu, il faut organiser le dialogue à tous les niveaux. La démocratie est un gage d'efficacité et de cohésion. Mais la démocratie, vous l'avez d'ailleurs dit, monsieur le rapporteur, ne peut pas reposer sur le bon vouloir du responsable du moment. Elle doit obéir à des règles permanentes reconnues et acceptées de tous. C'est pourquoi nous vous proposons, d'une part, que le chef de département soit un médecin élu par ses pairs, assisté d'un conseil élu par collègue et, d'autre part, que la compétence de la commission médicale consultative auprès du directeur de l'hôpital soit renforcée. Par ailleurs, comme vous l'avez demandé, la participation des personnels et des syndicats à la vie de l'hôpital est indispensable à son bon fonctionnement. Elle se fera normalement dans le cadre du comité technique paritaire qui aura à connaître de toutes les grandes questions relatives à l'organisation de l'hôpital. Puisque vous avez déposé un amendement, nous l'examinerons dans l'esprit que je viens d'indiquer.

Je souhaite d'ailleurs que nous évitions de fausses polémiques. La démocratie et l'organisation du dialogue ne suppriment pas l'autorité. La démocratie consiste à déléguer des pouvoirs et non à les supprimer.

En particulier, il faut savoir que les personnels non médicaux restent soumis dans l'exercice de leur activité professionnelle aux autorités hiérarchiques dont ils relèvent.

Ces réformes, mesdames et messieurs les députés, vont profondément modifier la vie de l'hôpital. La mise en commun des moyens et le dialogue que nous souhaitons développer seront des facteurs d'une plus grande mobilité. Au sein d'un département, les passages d'une unité à l'autre s'en trouveront facilités. Souplesse externe aussi par une meilleure liaison avec la ville, hors des murs de l'établissement. Les expériences que nous lançons dans le domaine de la psychiatrie, et d'abord à Saint-Erève dans l'Isère, illustrent parfaitement cette volonté : en globalisant le budget de l'hôpital et le budget départemental du secteur psychiatrique, on efface les frontières entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires, on élargit les équipes, on rapproche aussi l'action de l'hôpital et celle de la médecine libérale. C'est pour nous une des voies de l'avenir.

Chaque acquisition de technique nouvelle, chaque évolution de mode de diagnostic et de traitement doivent conduire les médecins et les gestionnaires, en concertation avec l'ensemble des personnels hospitaliers, à s'interroger sur l'utilisation des moyens techniques et humains et sur les redéploiements nécessaires. L'hôpital ne peut pas être la seule activité où la reconversion demeure un mot tabou. Il appartient à toutes les parties intéressées d'organiser cette évolution dans les meilleures conditions, en donnant à chacun la formation nécessaire.

Enfin, dernière partie de mon exposé, je dirai un mot de l'hôpital de demain.

Vous avez, mesdames et messieurs les députés, au mois de décembre dernier, adopté la réforme dite de la dotation globale de financement qui va permettre une transformation profonde de la gestion des hôpitaux. Dès le 1^{er} janvier 1984, la réforme sera en place dans les centres hospitaliers régionaux et universitaires qui réalisent environ 30 p. 100 de l'activité hospitalière. Au 1^{er} janvier 1985, elle sera généralisée à l'ensemble de l'hospitalisation publique.

Cette réforme met fin à un système inflationniste et dégage les gestionnaires du souci — parfois de l'obligation — de faire des journées. Mais l'importance de cette réforme réside autant sinon plus dans la rénovation du cadre comptable des établissements hospitaliers. Elle jette les bases d'un système de mesure de l'activité et de l'efficacité des hôpitaux qui a fait défaut jusqu'à présent. Grâce à la mesure du coût du traitement par malade ou groupe de malades de diagnostics identiques, nous serons à même de mesurer et de comparer l'efficacité de différents protocoles de soin, mais aussi celle d'équipes ou de différents établissements confrontés au même problème thérapeutique. L'hôpital cessera ainsi d'être un établissement où la seule mesure d'activité pratiquée jusqu'à présent, le nombre des journées d'hospitalisation, conduisant à soumettre la qualité des soins aux seuls impératifs de gestion.

Cette réforme fait entrer l'hôpital dans l'ère de la gestion moderne; elle lui donne les moyens d'une meilleure organisation, d'une meilleure utilisation des hommes et des techniques telles que nous les rencontrons aujourd'hui dans les entreprises les plus performantes, tout en considérant, bien entendu, que l'hôpital ne vend rien mais soigne des malades, ce qui n'interdit pas, mesdames et messieurs les députés, bien au contraire, de rechercher le maximum d'efficacité.

Cette réforme va mettre fin à la structure paradoxale qui est souvent celle de l'hôpital aujourd'hui. Les techniques de pointe de l'électronique, de la chimie, ont pénétré les plateaux techniques des hôpitaux; la formation des médecins, leurs travaux de recherche, notamment dans les C. I. U., les placent parmi les professionnels les plus compétents de la communauté scientifique française et mondiale. En revanche, la gestion de l'hôpital relève trop souvent de l'époque pré-industrielle. C'est là une situation qui devient préjudiciable au développement des techniques qui vont révolutionner l'hôpital de demain. Permettez-moi de vous dire brièvement comment je vois ce développement.

L'hôpital de demain fera toute sa place à l'ensemble des procédés informatiques. Le traitement automatique des données médicales dans l'unité de soins sera la règle. Il remplacera les procédures complexes liées au transfert du malade d'un service à l'autre, aux examens de radio et de laboratoire. Il accélérera et simplifiera les formalités d'admission, et il mettra en temps réel les données relatives à chaque malade à la disposition du médecin hospitalier. Comme je crois aux réalisations concrètes, des expérimentations réelles seront effectuées dès le début de l'année 1984 afin de tester les différents systèmes élaborés par des équipes regroupant des constructeurs d'ordinateurs, des sociétés de service informatique, des médecins, des gestionnaires et des informaticiens hospitaliers. Des sites pilotes sont déjà choisis et les équipes s'activent. Les crédits ont été dégagés.

Vous connaissez les possibilités offertes par le réseau télématique mis en place par l'administration des télécommunications.

Il faut que le monde de la santé se saisisse des opportunités qui lui sont ainsi offertes de s'interconnecter et d'avoir accès à des banques de données professionnelles. Dans ce domaine aussi, des expérimentations sont nécessaires pour tester les systèmes, pour valiner, je ne le cache pas, certaines réticences. En 1984, seront mis en place dans des sites pilotes l'utilisation du réseau Teletel pour la liaison entre l'hôpital et le médecin de ville, ainsi que l'accès des médecins et des pharmaciens à une banque de données sur les médicaments, ce qui permettra d'éviter les incompatibilités réciproques.

L'hôpital sera également un laboratoire pour la mise au point de nouvelles techniques qui permettront à l'industrie française de rivaliser avec succès avec ses concurrentes. Je pense en particulier à l'intelligence artificielle et à la carte à mémoire.

Que ce soit pour l'aide au diagnostic des maladies chroniques ou le traitement automatique des résultats des instruments d'exploration fonctionnelle, l'intelligence artificielle — l'informatique — peut profondément modifier la pratique médicale dans le futur. Il n'y a que peu d'équipes actuellement dans le monde, principalement aux Etats-Unis et au Japon, qui travaillent aujourd'hui sur ces domaines qui nous font parfois rêver. Mais il faut

que l'on sache qu'il existe en France aussi dans certains de nos centres hospitalo-universitaires de telles équipes. Je suis disposé, avec Edmond Hervé, et en collaboration naturellement avec le ministre de l'industrie et de la recherche, à leur apporter toute l'aide nécessaire pour que leurs travaux aboutissent dès 1984 à des réalisations concrètes dans nos hôpitaux.

Quant à la carte à mémoire dont j'ai souvent eu l'occasion de parler ici même l'an dernier, elle est, je le crois, la technologie à laquelle le domaine de la santé ouvre, potentiellement, les applications les plus riches.

Un jour que je souhaite proche, les formalités d'identification, de paiement et de remboursement par les caisses d'assurance maladie seront sans doute réduites au simple geste de mettre une carte dans un appareil lecteur. En outre, la carte à mémoire peut réunir pour chaque malade les données essentielles sur son état de santé et, grâce à des codes d'accès, faire que ces informations ne soient disponibles que pour des médecins agréés, ce qui permettrait naturellement de préserver le secret médical. Mais avant que l'usage en soit généralisé — je souhaite que ce soit le plus tôt possible —, des problèmes techniques et des problèmes conceptuels, comme l'on dit, doivent être résolus.

Nous en avons beaucoup parlé au sein de mon ministère et je m'en suis ouvert aux plus grands spécialistes. Toutes les difficultés ne sont pas résolues et les principaux constructeurs de matériel informatique doivent encore mener à bien des études avant de généraliser les procédés de cette nature. Là encore, mesdames et messieurs les députés, des expériences concrètes sont nécessaires pour aller de l'avant. L'une d'elles, intéressant les dialysés rénaux, est en cours d'examen, et je pense qu'elle pourra commencer en 1984.

Comme vous le constatez, et j'ai tenu à vous en entretenir, la technologie va elle aussi révolutionner l'hôpital et accroître fortement la qualité des services et des soins rendus au malade. Ce sera le sens de notre action dans les prochaines années. L'accroissement quantitatif des capacités hospitalières nous paraît aujourd'hui chose résolue, et c'est en revanche l'amélioration de nos techniques d'organisation et de soin qui doit être recherchée.

L'hôpital ne saisira cette opportunité que s'il s'ouvre davantage sur le monde industriel. Il lui faut multiplier les échanges, établir des liens plus étroits avec les entreprises. De cette coopération, nous devons attendre des retombées économiques, le développement de nouveaux marchés, la possibilité de nouveaux investissements, la création d'emplois.

J'ajoute que cette évolution peut être, pour les raisons que je viens d'exposer, utile sur le plan international, et elle peut permettre à la France, qui est en avance dans ce domaine, de participer à l'équipement mondial. Il en résultera une belle œuvre sur le plan humanitaire, et, de surcroît, un effet non négligeable sur l'équilibre de notre commerce extérieur.

Cette collaboration est également souhaitable avec l'industrie du bio-médical et de la pharmacie; malgré des succès remarquables, les positions de nos industries sont insuffisantes pour ce qui concerne l'imagerie médicale, les antibiotiques et la biotechnologie.

Pour rattraper ce retard, une association industrie hôpital, sous la responsabilité du secrétariat d'Etat à la santé, nous permettra de tirer profit de la qualité de nos équipes cliniques et de la croissance de nos marchés. Les stratégies limitées au marché national doivent faire place à une vision internationale essentielle; nous n'écartons pas, dans ce domaine, une coopération avec des groupes étrangers, car elle peut se révéler utile.

Voilà mesdames, messieurs les députés, l'orientation générale que nous vous proposons. Elle impose, il ne faut pas le cacher, un changement dans nos comportements. Nous devons accepter de plus en plus que l'hôpital de notre ville ne dispose pas de tous les équipements. Ainsi que l'ont rappelé les médiateurs :

« Un centre technique de tout niveau ne peut conserver sa technicité que si un nombre suffisant de malades y est traité chaque année. La solution est donc à la fois de diminuer le nombre de centres et d'améliorer leur équipement. Cette phrase du rapport des médiateurs nous la faisons nôtre. Il ne s'agit ni d'accepter la fatalité de la dépense, ni de rationner la santé. Notre volonté est de donner aux Françaises et aux Français la qualité de soins qu'ils ont en droit d'attendre. Cela relève de notre responsabilité collective.

En définitive, l'avenir de l'hôpital et de notre système de santé est en cause. Face à un tel enjeu, je souhaite que puissent se retrouver dans un effort commun les bonnes volontés,

toutes les bonnes volontés, celles des pouvoirs publics, du Parlement, des institutions sociales, des professions médicales et des organisations syndicales des travailleurs du secteur hospitalier.

Je souhaite aussi que l'intérêt général prévale contre les intérêts particuliers et que nos comportements et nos habitudes sachent s'adapter aux temps qui viennent.

Dès lors qu'il s'agit de l'essentiel — et la santé des Français est bien du domaine de l'essentiel — je forme le vœu que le sérieux de nos choix et de nos propositions l'emporte sur toute autre considération. D'une collaboration et d'un dialogue que j'espère positifs, car nous serons attentifs aux propositions de l'Assemblée, en particulier à celles qui émanent de la commission, je souhaite que sorte le meilleur pour l'hôpital et le malade, autrement dit le meilleur pour l'homme, qui reste notre souci majeur. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat. Mesdames, messieurs, le projet dont vous voulez bien débattre a pour objet de donner une assise législative à diverses réformes de caractère réglementaire intéressant plus spécialement l'organisation et la gestion hospitalières.

Ce texte s'inscrit dans une certaine logique et, en tant que tel, il a ses limites. En effet, il appelle d'autres textes. Soucieux de mettre à hauteur de l'avenir notre système de santé, nous avons choisi d'entamer un processus de réforme de l'institution hospitalière, puisant sa source notamment dans la charte de la santé. Il faut rappeler, au sujet de ce processus, un certain nombre de réformes essentielles, décidées ou projetées. Par exemple, la suppression du secteur privé, la réforme des études médicales : on ne soulignera jamais assez, à cet égard, la réelle portée de la généralisation de l'internat avec, pour principale conséquence, le dialogue entre le médecin généraliste et le spécialiste, dialogue sans lequel il ne saurait y avoir de véritable ouverture de l'hôpital sur l'extérieur.

Je pense aussi à la maîtrise de la démographie médicale. Discrets anciens, réalité d'aujourd'hui, cette maîtrise de la démographie médicale, qui s'opère de façon consultative et ordonnée, est une condition de l'exercice de la liberté médicale et de son efficacité. Dans ce domaine comme en d'autres, il ne peut y avoir de liberté sans une organisation consentie et volontaire.

La réforme des statuts médicaux est le thème de très nombreux discours. Sur ce point, il conviendrait de dresser un tableau de la réalité que nous devons dominer : multiplicité des statuts, absence de carrière et parfois même absence de statut. Je pense à ces jeunes chefs de clinique qui se trouvent dans une situation juridique difficile, tournant le dos à la notion même de sécurité. La création d'un statut du médecin hospitalier, la réforme du statut hospitalo-universitaire, la distinction entre le grade et la fonction, autant d'éléments qui assurent une véritable carrière — et permettent donc un épanouissement — qui créent une réelle sécurité à la fois pour le médecin et pour le malade, et qui facilitent la nécessaire coordination du fait de la mobilité qu'elle implique entre les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux et universitaires. La réforme des statuts est aussi un élément déterminant pour gérer au mieux les compétences existantes, c'est-à-dire pour faire preuve du respect dû à celles et à ceux qui ont choisi de se consacrer aux malades.

Autre élément de ce processus — vous l'avez rappelé, monsieur le ministre : le budget global. Pour ma part, je suis frappé de voir comment certaines critiques en viennent à oublier l'essentiel de ce budget global et les dérives dans ce sens du système du prix de journée. Le budget global permet, entre autres, à chaque hôpital de connaître, au départ de l'année, le niveau de ses recettes. C'est là un acte essentiel de lucidité économique. Et n'oublions pas la départementalisation.

Voilà quelques uns des thèmes qu'il importait de citer pour rappeler le processus dans lequel nous sommes engagés et qui doit effectivement nous permettre de donner un nouveau souffle nécessaire à notre système de santé.

De tout cela, il doit résulter un nouvel investissement dans la qualité, celle des personnes et des méthodes ou de la technique, et un investissement dans la responsabilité et l'efficacité. Bien évidemment, tout cela ne peut se réaliser sans concertation. Nous respectons à la lettre le contrat de concertation que nous

avons proposé et les différents engagements pris. C'est dans le cadre de cet esprit de concertation qu'a été commandé et que sera lu le rapport des médiateurs.

Vous comprendrez encore mieux la logique dans laquelle s'insère le projet dont vous allez débattre lorsque nous vous aurons dit ce que ce texte n'est pas. D'abord, il ne concerne que les hôpitaux civils publics. Ensuite, il n'aborde pas la question de la composition même des différents organes de l'institution hospitalière : je pense au conseil d'administration et à la commission médicale consultative. Il ne traite directement ni de la planification, ni de la coordination, ni des alternatives à l'hospitalisation qui devront, dans un proche avenir, suggérer et inspirer de nouveaux textes. Mais s'il n'intéresse pas directement ces thèmes, il les prépare. A ce sujet, vous avez, monsieur le rapporteur, utilisé une heureuse formule pour identifier notre projet.

Je voudrais prolonger le discours de M. Pierre Bérégovoy en insistant sur deux points qu'il a tenu lui-même à souligner. Je pense à la notion de responsabilité et à la notion de consultation, les deux piliers techniques de ce projet.

La notion de responsabilité d'abord : oui, le département ! L'organisation hospitalière, fruit de l'évolution, de la diversité et du progrès de la science et de la technologie, est fondée sur une diversification des services qui actuellement conduit à certains cloisonnements, à certaines parcelisations et qui, hélas ! débouche bien souvent dans nos hôpitaux sur la multiplication de certains équipements.

Aussi le département est-il un regroupement de personnels et de moyens qui vise à créer sous l'autorité d'un chef de département, médecin élu par ses pairs et assisté d'un conseil, une équipe et une entité. La notion de département, chère à la science et à l'hôpital, intéresse très directement le bien-être à recouvrer du malade. Le département, c'est, bien évidemment, une équipe pluridisciplinaire. Chaque équipe a des vertus scientifiques et économiques mais aussi des vertus pour le malade. Le département, qui assure une personnalisation des rapports entre le médecin et le malade, est un centre de responsabilité déconcentrée à l'intérieur de l'hôpital, prenant tout son sens avec le budget global.

Le département, vous avez eu raison de le rappeler, monsieur le rapporteur, n'est d'ailleurs pas une nouveauté. Il existe ici et là. Ce n'est pas non plus une construction théorique. C'est pourquoi dans les textes futurs, si vous voulez bien que ce projet devienne loi, mesdames, messieurs, nous retrouverons une constante : le pragmatisme concerté.

Le législateur doit être éclairé sur les textes réglementaires qui donneront un supplément de vie aux dispositions législatives et les prolongeront.

D'abord, dans chaque hôpital, le plan de départementalisation sera préparé par un groupe de travail *ad hoc* composé de membres du conseil d'administration, de la commission médicale consultative et du comité technique paritaire. Ce groupe de travail devra bien évidemment travailler en étroite liaison avec l'ensemble des partenaires de l'hôpital. Le plan de départementalisation devra être arrêté par le conseil d'administration, sur proposition du directeur de l'hôpital, après avis de la commission médicale consultative et du comité technique paritaire.

Le chef de département sera une autorité déconcentrée ayant compétence pour l'organisation du département. élu par l'ensemble de ses pairs, il disposera d'une réelle autorité. Il sera assisté d'un surveillant-chef et devra avoir à ses côtés un conseil de département comprenant des membres élus par les trois collèges qui constituent la structure hospitalière.

Le département devra se composer de différentes unités fonctionnelles.

Ce sont là les grandes orientations. Elles figurent en concentré dans le projet et seront, si vous le voulez bien, développées dans les textes de mise en œuvre. Là aussi, partant du principe que le pragmatisme concerté devait être notre point de ralliement, il est important que nous puissions gérer dans le temps la mise en application de la départementalisation.

Parlons encore de la notion de responsabilité. Le département, le directeur, vous avez eu raison de rappeler, monsieur le rapporteur, la polémique qui a éclaté à ce sujet. Les praticiens de la chose hospitalière ainsi que les juristes savent que ce texte, tel qu'il a été rédigé, a une vertu très simple : il met en forme la réalité quotidienne et jurisprudentielle. Dans ce domaine, nous n'avons fait que copier le Conseil d'Etat. Organe exécutif du conseil d'administration, le directeur de l'hôpital assure la conduite générale de l'établissement.

Vous connaissez, et vous l'avez rappelé, le contenu du troisième alinéa de l'article 8 qui rappelle à juste titre la place de la déontologie médicale. Jusqu'à présent, l'autorité du directeur n'avait pas de base légale. Une garantie de cohérence dans la gestion de l'établissement est ainsi apportée par le projet. Le directeur, disposera, entre autres, de l'autorité nécessaire pour gérer et négocier la nouvelle dotation globale.

Le cadre juridique de l'exercice de la tutelle est précisé dans ce projet puisqu'il intègre les possibilités de soins mises à la disposition de la population et le taux d'évolution des dépenses hospitalières. Je viens de citer un passage de l'article 7. Cette formulation améliore les dispositions « rapides » de la loi de 1970 qui ne visait que les dépenses abusives. Vous trouverez également dans ce projet une disposition concernant le délai de l'exercice de la tutelle. Ce délai doit varier, à notre sens, selon la nature et l'importance de la délibération. Là encore, il y a une conciliation du droit et du fait, un souci de sérieux et une recherche de la qualité dans l'exercice de la tutelle qui obligeront l'autorité centrale.

Enfin, il vous est proposé de préciser les conditions dans lesquelles les chambres régionales des comptes peuvent être saisies.

Responsabilité également avec la réforme des syndicats inter-hospitaliers. Nous aurons l'occasion de retrouver ces derniers lorsque nous aborderons un projet sur lequel nous travaillons et qui a trait à la coopération et à la planification. S'il est une disposition de la loi du 31 décembre 1970 qui n'a pas reçu efficacité, c'est bien celle qui a trait plus spécifiquement aux syndicats inter-hospitaliers. Nous avons souhaité que leur fonctionnement puisse être plus actif et moins lent. C'est pourquoi il faut donner notamment la possibilité aux bureaux de ces syndicats de recevoir délégation. Par souci également d'efficacité et de coordination, il vous est proposé que le syndicat puisse être créé en dehors de toute référence à un cadre géographique déterminé.

Après la notion de responsabilité, celle de consultation : les articles du projet de loi intéressent le conseil de département, la commission médicale consultative et le comité technique paritaire, visent cet objectif. C'est ainsi que la commission médicale consultative établira chaque année un rapport sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement, rapport qui devra être transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire. Nous aurons certainement, monsieur le rapporteur, l'occasion de procéder à des échanges de vues sur cette notion d'évaluation des soins.

Ce projet a un objectif philosophique. Nous souhaitons donner à l'hôpital une nouvelle cohésion. Nous voulons organiser un remembrement du secteur hospitalier, condition nécessaire à l'introduction de la souplesse, de l'efficacité et donc de la performance dans notre service de santé.

Ce remembrement est essentiel à un moment où nous devons procéder à une redistribution interne de notre système de santé entraîné par les évolutions techniques que monsieur le ministre a dessinées et par les nouvelles attentes culturelles des populations, nécessité aussi par la nouvelle allocation des ressources tant que par le rôle international de notre pays.

A ce point de mon exposé, je veux adresser mes remerciements à M. le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et à vous-même, monsieur le rapporteur, pour la qualité du rapport que vous avez présenté et l'esprit dans lequel vous avez souhaité l'instauration de ce dialogue, je souhaite que ce débat soit fructueux car la santé peut être un point de convergence fondamental. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

M. le président. M. Foyer oppose la question préalable, en vertu de l'article 91, alinéa 4, du règlement.

La parole est à M. Foyer.

M. Jean Foyer. Mesdames, messieurs, le Gouvernement semble habité d'une sorte de rage de légiférer...

M. Alain Bonnet. Nous sommes là pour cela !

M. Jean Foyer. ... contre laquelle toute espèce de vaccination apparaît impuissante.

La loi hospitalière en vigueur a été promulguée le 31 décembre 1970, il y a de cela moins de treize ans.

Elle prévoyait l'intervention de très nombreux décrets et imposait préalablement à la signature de ces décrets d'innombrables consultations. Ces procédures ont demandé des années et cela fait qu'elle n'est effectivement appliquée que depuis moins de dix ans.

Elle comporte beaucoup de souplesses et, tout à l'heure, pendant les intéressants développements de M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale concernant l'hôpital de demain, je pensais qu'en réalité la plupart des transformations qu'il envisageait étaient parfaitement réalisables avec les textes en vigueur.

Et voici que vous engagez le législateur dans une nouvelle réforme qui, à mon sens, ne s'imposait pas davantage que celle de l'enseignement supérieur que j'ai combattue il y a quelques mois.

Mais, plus prudent sans doute que votre collègue de l'éducation nationale qui avait déversé toute la noirceur du dessein gouvernemental dans un projet unique, vous avez choisi la tactique du jeune Horace à l'égard des Curiaques (rires) et décidé d'adopter la méthode des petits paquets : un projet de loi aujourd'hui, un autre demain, un troisième après-demain.

M. Lucien Couqueberg. C'est de l'homéopathie !

M. Jean Foyer. Sans doute avez-vous espéré de cette manière anesthésier vos victimes. Il est clair cependant que vous n'y êtes pas tout à fait parvenu. (*Sourires.*)

Ce projet de loi n'est pas seulement la manifestation d'une manie législative. Les intéressés l'ont parfaitement compris, et je crois que l'opinion le comprendra elle aussi. Sous des apparences techniques, sous des prétextes financiers, qui mériteraient d'ailleurs en soi la considération, c'est une opération beaucoup plus politique que vous entreprenez, opération politique inspirée du reste des mêmes doctrines et tendant aux mêmes fins que la prétendue réforme de l'enseignement supérieur.

Je me suis élevé aux mois de mai et de juin contre le projet de M. Savary...

M. Alain Bonnet. C'est une obsession !

M. Jean Foyer. ... parce qu'il tendait à détruire notre enseignement supérieur en abaissant sa qualité et en portant atteinte à la dignité de ses maîtres.

C'est le même combat que j'ai la sensation de continuer en combattant votre projet car les deux textes procèdent, en réalité, du même esprit. C'est une sorte de loi de décapitation, une loi antimédecins, tout au moins contre certains médecins, comme le texte relatif à l'enseignement supérieur était un texte anti-professeurs. (*Murmures sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

A la faveur d'une reorganisation des structures, ce projet tend à casser la hiérarchie médicale et à renforcer la hiérarchie administrative. De plus, ce n'est que l'apparence première car, dans la réalité des textes, ce n'est pas à l'administration que passeront toutes les prérogatives enlevées aux médecins, mais à des syndicats politiques (*Déclarations sur les bancs des socialistes*), et, pour tout dire, à des partis politiques.

L'unité de base de nos hôpitaux est le service. A sa tête, un chef de service nommé selon des procédures de sélection qui dépendent du jugement des pairs, et qui a, disent les textes, la direction technique du fonctionnement médical.

Dans les C.H.U., le chef de service est également et nécessairement professeur ; il est nommé en respectant les procédures universitaires. L'équipe, réunie autour du chef de service-professeur, s'acquitte à la fois des soins aux malades, des missions d'enseignement et des travaux de recherche.

On juge l'arbre à ses fruits. Qui oserait prétendre que notre organisation a produit de mauvais résultats, qu'il s'agisse de la qualité des soins, du niveau de l'enseignement ou des résultats de la recherche ?

Revisiorée par la réforme qu'avait conçue le grand Robert Debré, que la IV^e République finissante avait été impuissante à mettre en œuvre et que le général de Gaulle a sanctionnée, elle a fait de notre médecine l'une des premières du monde.

L'une des causes de ce succès est sans doute que cette organisation, aujourd'hui critiquée, a permis et favorisé la formation d'écoles qui sont connues en France et à l'étranger du nom de leur chef et maître. Pour ne parler que de ceux qui ne sont plus ou qui sont aujourd'hui retraités, qui ne connaissent dans le monde de la médecine, l'école pédiatrique française du professeur Robert Debré ou l'école d'hématologie du professeur Jean Bernard ? Quant à dire que ces illustres maîtres pratiquaient insuffisamment le dialogue avec les malades de leurs services, j'espère que personne ici n'osera leur faire cet affront.

Certes, aucune organisation n'est immuable, dans l'ordre hospitalier comme en bien d'autres. Sans doute est-il souhaitable — j'en conviens volontiers — de rendre moins imperméables les cloisonnements, de faciliter les osmose et de mettre en commun certains moyens. Dans l'ordre hospitalier, comme dans bien d'autres, il est des modes qui, souvent, proviennent d'outre-Atlantique. Il en est ainsi de l'idée de départementalisation à laquelle le rapport du médiateur a consacré de longs développements, en indiquant d'ailleurs que ce terme peut désigner deux réalités différentes — et le projet de loi se réfère à cette distinction — d'une part, un regroupement de personnes et de moyens traitant les mêmes pathologies et, d'autre part, ce qu'on appellerait dans d'autres domaines une sorte de société de moyens, c'est-à-dire une structure mettant en commun des appareillages auxquels font appel divers praticiens à l'intérieur de l'établissement.

En soi, ces structures n'ont absolument rien qui appelle l'opposition ou la critique et, sous le nom de « département » ou sans ce nom, elles ont reçu en fait des applications dans plusieurs établissements français.

La solution de la départementalisation n'est d'ailleurs pas le remède à tous les maux et, dans un certain nombre de cas, il semble bien qu'elle consistera tout simplement à baptiser demain département ce que l'on appelait hier service. Dans un hôpital général, comme il en est beaucoup, qui compte trois services : un service de médecine, un service de chirurgie et un service de maternité, on ne voit pas très bien comment se réalisera la constitution d'un département.

A supposer qu'il s'agisse d'une véritable restructuration, convient-il de passer sans transition d'une structure à une autre ? Les médiateurs, qui sont ou ont été dans leur majorité des médecins hospitaliers, ne l'ont pas pensé. Ils ont recommandé la prudence et l'aménagement d'étapes. Connaissant la psychologie médico-hospitalière, ils ont pensé qu'une telle réforme devait être voulue, à tout le moins acceptée par le personnel médical, et non pas imposée, et que cela était la condition du succès. On ne retrouve pas cette idée dans le projet de loi qui indique simplement que le Gouvernement aurait la liberté — assez inouïe d'ailleurs — de fixer librement par décret les dispositions transitoires. Tout à l'heure M. le secrétaire d'Etat est pourtant revenu à cette idée qui figurait dans le rapport des médiateurs. Il est malheureux, je le répète, qu'aucune mention n'en soit faite dans le texte du projet et on peut se demander si, pressés par le temps, pour des raisons que l'on connaît, vous n'auriez pas l'intention d'accélérer un peu le mouvement pour réaliser ce que vous voulez, c'est-à-dire casser la hiérarchie médicale.

Certes, un léger progrès a été obtenu, arraché par des médecins dont les médiateurs ont épousé le point de vue : selon le projet Ralite, le chef de département devait être élu par tous le personnel du département. Je ne méconnais certes pas l'importance de la tâche confiée aux agents dont la mission est d'assurer la propreté des hôpitaux, et qui nous préservent de l'hospitalisme. Je ne méconnais pas non plus le rôle des agents qui assurent le confort des malades, mais je ne pense pas que ces agents eux-mêmes s'estiment qualifiés pour apprécier les capacités et les mérites d'un cardiologue ou d'un carcinologue. L'idée a été abandonnée, mais le principe de l'élection a été conservé, le corps électoral étant réduit par le projet aux seuls médecins, et le mandat limité à quatre ans.

Il est très difficile de se prononcer sur cette disposition, car il faudrait savoir qu'elle sera exactement la figure de ces départements et, notamment, si vous allez instituer à l'intérieur de chacun d'eux des unités de soins qui présenteront d'ailleurs l'inconvénient d'aboutir peut-être à un parcellement et à une balkanisation encore plus grande que celle que nous connaissons à l'heure actuelle.

Si ce chef de département a essentiellement des fonctions administratives, tel un directeur d'U.E.R., le système que vous proposez pourrait être accepté. Mais si ce chef de département a, comme les actuels chefs de service, ce que le texte en vigueur appelle la direction technique du fonctionnement médical, ce système de l'élection me paraît mauvais.

Il me paraît mauvais parce qu'il substituera à la sélection par les plus qualifiés, selon le système actuel, une élection à laquelle participeraient aussi ceux qui ne le sont pas encore, ou tout au moins qui le sont moins.

Ce système de l'élection m'inquiète en deuxième lieu, car vous n'exigez d'autres conditions d'éligibilité que la qualité de médecin et l'emploi à temps complet. De même que nos universités sont les seules au monde qui puissent être présidées par un autre qu'un professeur titulaire, demain, nous aurions des départements dont le chef pourrait être, semble-t-il, un interne.

Par ailleurs, si les deux fonctions peuvent être cumulées, votre système comporterait une durée de mandat très brève : quatre années. Vous allez faire vivre périodiquement le microcosme du département en période électorale ; et à qui fera-t-on croire qu'il est possible de fonder une école médicale en quatre ans avec des renouvellements périodiques ?

Enfin, je crains que ce chef de département ne soit, malgré son origine électorale, privé en grande partie de son autorité, car vous l'adornerez de deux conseils — dont l'un, au moins, ne sera pas composé en majorité de médecins — conseil de département d'une part, comité technique paritaire, d'autre part. Voilà introduite dans les départements hospitaliers cette polysynodie qui désole les universités et que le projet Savary prévoit d'aggraver de la manière que nous savons.

Vous ne voulez pas seulement démanteler la hiérarchie médicale, et j'ai grand-peur que ce ne soit le pouvoir médical tout entier que vous vouliez détruire. Vous le faites par idéologie et il semble que la compétence reconnue par les pairs devienne à vos yeux un reproche permanent.

Votre projet est d'autant plus inquietant qu'il est lacunaire et, sur des questions essentielles, muet. Quelles seront les attributions exactes des conseils de départements ? Nui ne le sait. Quels seront les rapports du chef du département et du conseil ? Seront-ils de type parlementaire ou de type présidentiel, selon la distinction opérée par le rapport des médiateurs ? Nous ne le savons pas. C'est le décret qui fera le choix et le Gouvernement, jusqu'à maintenant, ne nous a pas dit quel serait ce choix.

Enfin, me semble-t-il, un maillon essentiel fait défaut.

Dans les centres hospitalo-universitaires, les fonctions d'enseignement et de recherche et la dispensation des soins sont indissolublement liées. C'est la pièce essentielle de la réforme Debré. Actuellement, le chef de service est un professeur et le plus grand nombre de professeurs sont chefs de service. Ils sont nommés conjointement par le ministre de l'éducation nationale et celui de la santé, après intervention des conseils universitaires.

A la lettre de votre texte, le lien est rompu puisque n'importe quel médecin à plein temps, et non seulement un professeur, pourra être élu chef de département. Il sera donc chef de département, mais je pense qu'il ne sera pas pour autant professeur, à moins que l'élection ne devienne l'équivalent de l'agrégation, ce qui serait, à mon avis, déraisonnable.

Sans le dire et honteusement, vous remettez en question l'un des éléments essentiels de la réforme hospitalo-universitaire. Vous allez ainsi introduire la zizanie, là où la réforme avait instauré, précisément, l'unité.

Avec le souci de logique, qui vous habite à l'ordinaire, cependant que vous décentralisez les hôpitaux et même les départements, vous centralisez à l'extrême l'administration hospitalière. La décentralisation sera le deuxième volet de mon propos.

Les traités de droit administratif nous exposent qu'il en existe deux sortes : la décentralisation territoriale et la décentralisation par services. Vous avez beaucoup aimé, à ses débuts, la décentralisation territoriale. Vous l'aimez moins maintenant, au fur et à mesure que les élections locales vous déçoivent davantage. Quant à la décentralisation par services, vous la rejetez systématiquement, car les articles relatifs au conseil d'administration, aux pouvoirs du directeur et à la tutelle administrative vont vigoureusement à l'encontre.

Vous m'objecterez que vous avez conservé le schéma de la loi de 1970. C'est vrai mais, en 1970, il n'y avait pas, dans le gouvernement de l'époque et dans la majorité qui le soutenait, cette espèce de fureur décentralisatrice que nous avons vue s'épanouir en 1981.

Le système que vous consolidez est celui que les Allemands rhénans appellent l'organisation napoléonienne, qu'ils ont d'ailleurs conservée pour l'administration de leurs villes, c'est-à-dire une assemblée délibérante d'un côté et, de l'autre, un organe exécutif qui est un fonctionnaire nommé par le pouvoir d'Etat. Telle était l'organisation ancienne des départements jusqu'à la loi de mars 1982 et c'est celle-là que vous allez renforcer dans les hôpitaux qui sont, pour la plupart, des établissements publics communaux dont le conseil d'administration est présidé par le maire.

Ce conseil, à l'âge de la décentralisation, n'aura pas — le rapporteur l'a noté — une compétence de droit commun. Il ne délibérera, comme aujourd'hui du reste, que sur les questions limitativement énumérées par l'article 7 du projet. Hormis

les délibérations portant sur les actions judiciaires et les transactions et celles relatives aux hommages publics — le conseil d'administration pourra, tout seul, donner le nom d'un médecin illustre à une salle ou à un département — aucune délibération ne sera exécutoire de plein droit. Elles seront toutes soumises à l'approbation du préfet. Il semble que vous ayez voulu redonner un peu de travail aux commissaires de la République, qui en sont fort dépossédés depuis l'entrée en vigueur de la loi de décentralisation.

Pour approuver les délibérations avant qu'elles ne puissent entrer en vigueur, les délais accordés au préfet sont encore allongés puisqu'ils sont portés à quatre mois pour les plus importantes.

Le contrôle du préfet sur les délibérations des conseils d'administration n'est pas seulement de légalité, ce qui est caractéristique de la décentralisation dans la mesure où elle comporte encore une tutelle. Il s'agit aussi d'un contrôle d'opportunité qui atteint, en matière budgétaire, un degré d'intensité dont je ne connais pas d'autres exemples. Le préfet n'a pas seulement le pouvoir d'annulation ou de refus d'approbation, il a encore un véritable pouvoir de refaçon du budget, sans aucune intervention de la chambre régionale des comptes, disposition qui est exactement à l'opposé de la loi du 23 mars 1982. Il peut à son gré supprimer ou diminuer les dépenses qu'il estime injustifiées ou excessives — c'est le contrôle d'opportunité à l'état pur — il peut augmenter les dépenses qui lui paraissent insuffisantes. A quoi se résume donc le pouvoir du conseil d'administration ? On peut se le demander.

Je crois que cela est trop ou trop peu. Si la loi veut maintenir la personnalité juridique et l'autonomie financière aux hôpitaux établissements publics, les dispositions proposées procèdent d'une défiance à l'égard des pouvoirs locaux qui est en désaccord absolu avec la philosophie décentralisatrice. Pourquoi, affranchis de tout contrôle administratif en règle générale, les élus locaux seraient-ils en tutelle dans le domaine hospitalier ?

Si leur gestion mérite cette défiance, qu'on ne parle plus de décentralisation. Pourquoi n'avez-vous pas fait confiance au conseil d'administration ?

L'esprit autoritaire de la réforme se manifeste aussi en ce qui concerne les pouvoirs du directeur. C'est lui qui a la compétence de droit commun et qui la conserve. Ses prérogatives s'alignent sur celles du maire ou du président du conseil général, bien qu'il s'agisse d'un fonctionnaire. Vous lui reconnaissez notamment le pouvoir de requérir le comptable.

Responsable de la conduite générale de l'établissement, le directeur, à cet effet, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel, et l'on sait après quelles protestations vous avez ajouté les mots : dans le respect de la déontologie médicale et des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins.

Il semble qu'il y ait eu quelque hâte dans la rédaction de votre texte et que ce/le-ci ait souffert d'oublis bien curieux. M. le secrétaire d'Etat a déclaré que cette formule avait tout simplement été omise et que son absence ne méritait donc pas les critiques qu'elle avait déclenchées. M. le rapporteur a également relevé que, dans la nouvelle organisation, les sages-femmes avaient été oubliées : encore un oubli !

La référence à la déontologie médicale a donc été ajoutée devant les protestations du corps médical. Néanmoins, c'est la première fois, me semble-t-il, qu'on affirme expressément « l'autorité » du directeur sur le personnel médical. Sous la réserve que je viens d'indiquer, le directeur devient aussi le patron des médecins.

Certes, le corps des directeurs d'hôpitaux est aujourd'hui de très bonne qualité, et j'ai été heureux de l'entendre souligner par le rapporteur, par le ministre et par le secrétaire d'Etat. Dans la formation de ces personnels, l'école nationale de la santé publique a remarquablement réussi, il convient de lui en donner acte. On peut donc penser que les directeurs, connaissant la psychologie médicale, feront montre d'un grand tact dans l'exercice de cette « autorité », à moins que l'autorité supérieure ne leur recommande de se faire tracassiers. Cette éventualité n'est pas à exclure absolument, car la politique est sous-jacente à cette opération présentée sous une justification essentiellement technique.

L'analogie de cette démarche avec celle suivie pour le projet « Savary » doit ici encore être soulignée. L'autorité du chef de département et celle du conseil d'administration seront au moins partagées et, pour ce qui concerne ce dernier, pas seulement avec le préfet.

Le chef de département devra composer avec un conseil, dont nous ne connaissons ni le rôle, ni les attributions, ni les pouvoirs. Mais on peut penser que, dans ce conseil, les médecins détiendront au moins la moitié des sièges, le restant étant dévolu aux autres personnels, qui seront évidemment représentés par des élus proposés par les syndicats. Ceux-ci interviendront donc dès ce stade.

Comme si cette représentation n'était point suffisante, le comité technique paritaire aura aussi son mot à dire. Il sera consulté sur l'organisation et le fonctionnement des départements et des services non médicaux ainsi que sur les conditions de travail dans l'établissement. S'agissant d'une consultation sur les conditions de travail, elle est, bien entendu, normale. S'agissant d'une consultation sur l'organisation et le fonctionnement des services non médicaux, elle n'appelle pas la critique. Mais, s'agissant des départements, il conviendrait au moins de soustraire à cette consultation tout ce qui a trait à l'art médical ou tient à la déontologie médicale.

Cette exception, le projet ne la formule pas. Bien pire : le comité technique paritaire doit être destinataire du rapport annuel de la commission médicale consultative sur l'évaluation des soins dispensés. L'évaluation est prise ici — M. le rapporteur l'a écrit — au sens qualitatif plus encore qu'au sens quantitatif. Et il a donné quelques exemples de points qui pourraient figurer dans ce rapport d'évaluation : la conduite à tenir devant une suspicion de phlébite des membres inférieurs, l'opportunité d'un ionogramme pharmaceutique systématique pour tous les entrants, les clichés d'abdomen sans préparation, les critères d'emploi des antibiotiques et la consommation des dérivés sanguins. J'avoue que je vois mal les raisons de consulter le comité technique paritaire, tel qu'il est composé, sur des questions pareilles, sur lesquelles je n'aurais pas moi-même la moindre compétence si jamais elles m'étaient posées.

Voilà donc, dans une certaine mesure, le comité technique juge des soins, tout au moins des soins administrés.

Quant aux conseils d'administration, dans lesquels les syndicats tiennent une place peu importante à l'heure actuelle, leur véritable futur sera-t-il seulement le préfet, commissaire de la République ? On en peut douter, et je m'exprime par litote.

Le préfet sera, dans une grande mesure, maître des dépenses, soit qu'il les réduise, soit qu'il les augmente. Mais, en ce qui concerne les recettes, avec le système de la dotation globale, ce sont dès à présent les organismes de sécurité sociale qui les déterminent. Ils deviendront ainsi les véritables maîtres de la gestion financière des hôpitaux, les collectivités locales étant désormais reléguées à l'extérieur.

M. le rapporteur s'en est d'ailleurs félicité dans son document écrit en expliquant que les collectivités locales n'avaient aucun titre à intervenir puisque le financement ne venait pas d'elles. Si on appliquait ce principe à la décentralisation des compétences, la dotation de décentralisation me paraîtrait devoir être soumise à un réexamen fondamental.

De l'intérieur comme de l'extérieur, vous avez donc placé les hôpitaux sous le contrôle des syndicats et, espérez-vous, de ceux qui sont les amis du pouvoir en place. Mais peut-être serez-vous aussi déçus que vous l'avez été dans l'application des lois de décentralisation. Vous vouliez décentraliser dans l'espérance que le suffrage universel vous donnerait très largement le pouvoir local. Il fait le contraire avec continuité depuis deux ans et le 19 octobre prochain — ou plus exactement le 22 ou le 23, car dans la bagaille où se déroulent les élections aux caisses de sécurité sociale, il vous faudra probablement un long temps pour dépouiller les résultats — il n'est pas impossible que vous n'avez en définitive qu'une satisfaction très modérée par rapport à vos ambitions de départ.

Quoi qu'il en soit, on peut se demander quelle qualité les syndicats auraient à régenter les hôpitaux ? Qu'ils défendent les intérêts du personnel, c'est leur mission ; mais qu'ils se substituent ou qu'ils soient substitués directement ou indirectement aux élus dans la gestion d'établissements publics communaux et que, dans une certaine mesure, ils soient juges de l'activité médicale, cela ne l'est point et témoigne simplement d'une volonté de politiser que, pour ma part, je condamne. Je crains que le résultat n'en puisse être que la fuite d'un certain nombre de jeunes talents et l'écœurement des autres.

Ainsi conçu, votre projet de loi va à l'encontre de l'idée même de service public. Celui-ci n'a pas pour fin l'intérêt de ceux qui le font fonctionner ou des organismes qui représentent ses agents ; il a pour raison d'être — et ce terme magnifique de service public l'indique — le bien et la satisfaction de l'utilisateur. Or aucun usager n'a plus de titres à obtenir spontanément

le meilleur service public que le malade qui souffre physiquement et moralement. C'est en vue de ce malade, pour le malade que le service public hospitalier doit être organisé et qu'il doit fonctionner. Les autres intérêts sont légitimes, mais l'intérêt du malade les prime tous.

Ces principes sont irrécusables. Personne d'ailleurs n'oserait les contester publiquement. Ils comportent à mon sens deux corollaires nécessaires : il n'est pas bon de donner le pouvoir à des organisations qui ont eu le tort, dans le passé, de prêcher au personnel qu'il travaillait trop ; il n'est pas bon non plus de mettre en tutelle et de dévaluer l'élite de la médecine française. *(Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République.)*

M. le président. Je rappelle qu'en vertu de l'article 91, alinéa 4, du règlement ont seuls droit à la parole un orateur contre le Gouvernement et la commission saisie au fond.

La parole est à M. Louis Lareng, inscrit contre la question préalable.

M. Louis Lareng. Monsieur Foyer, je vous ai écouté avec beaucoup d'attention mais, quelle que soit la force des arguments que vous avez fait valoir, je ne puis y souscrire car, trop souvent, ils se sont avérés tendancieux.

Vous avez prétendu qu'on allait introduire la politique dans les départements médicaux. Mais on ne peut pas arguer de tout ce qui se présente. Puisque vous avez affirmé que les médecins seraient pas politisés, on comprendrait mal pourquoi ils se transformeraient subitement en politiciens alors qu'ils vont voter entre eux.

Vous avez dit ensuite qu'on ne reconnaîtrait plus les compétences. En réalité — M. le ministre l'a indiqué tout à l'heure — l'objet de ce projet de loi est de dissocier la fonction et le titre ; il n'a jamais été dit que le choix des médecins à l'hôpital cesserait d'être soumis au principe du jugement par les pairs.

Le système des départements ne pourrait être appliqué aux hôpitaux, car il serait impossible de faire fonctionner un département regroupant des services de médecine, de maternité et de chirurgie. Admettons, mais pourquoi choisir un tel exemple ?

En outre, le projet de loi prévoit des unités fonctionnelles, et je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas transformer un service uniquement de médecine en département avec des unités fonctionnelles, dont le responsable pourrait changer, en fonction de l'élection.

Je ne vous suis pas non plus lorsque vous faites allusion aux propositions du précédent ministre de la santé. Selon vous, il aurait proposé que les détenteurs des chaires des départements soient élus par des non-médecins. Il faut nuancer ce propos. En réalité, ils auraient été élus par le conseil de département où devait tout de même siéger une majorité de médecins. A tout prendre, il n'aurait pas été extraordinaire que le nombre des électeurs soit limité à dix personnes connaissant bien la gestion interne de l'hôpital. Certes, on a choisi une autre formule, mais il n'a jamais été question de procéder à une élection générale dans tout l'hôpital.

Selon la définition même du projet de loi, « le chef de département est un praticien à temps plein », par conséquent, il ne pourra pas être élu parmi ceux qui travaillent de façon temporaire, tels les internes qui ne sont à l'hôpital que pour quatre ans.

Deux autres arguments m'ont frappé.

S'agissant, de la décentralisation, elle est maintenue puisque les budgets globaux seront discutés après concertation à l'échelon des départements. Ils remonteront vers la commission administrative et c'est à ce niveau que la répartition sera faite en fonction du budget global de la nation. Par conséquent, du point de vue juridique — je ne suis pas compétent comme vous en la matière — il est inconcevable que la décentralisation puisse avoir pour résultat que l'hôpital juge du budget qui lui sera nécessaire, car, que je sache, il ne peut pas lever l'impôt. Il ne faut pas confondre collectivités locales et établissements publics. Il s'agit donc d'une répartition uniforme.

C'est une politique à petits pas, avez-vous dit.

La réforme hospitalière qui est présentée à l'Assemblée nationale a été mise au point après une très large concertation avec toutes les organisations professionnelles et les syndicats. Les propositions tiennent compte au maximum de leur avis et on a abouti à un compromis. Cette réforme à petits pas part en réalité de beaucoup plus loin. Elle s'inscrit dans l'histoire hospitalière après l'organisation du temps plein et du système hospitalier en 1958 — première marche — la loi

hospitalière de 1970 — deuxième marche — la mise en place progressive des temps pleins dans tous les hôpitaux, à la fois les hôpitaux universitaires et non universitaires — troisième marche. Nous en sommes aujourd'hui à la quatrième : mise en place des départements.

L'ensemble des textes déjà votés — réforme du troisième cycle des études médicales et pharmaceutiques — ou en cours d'élaboration a pour objet de réorganiser le système hospitalier pour le centre, comme l'on fait remarquer M. Bérégovoy et M. Hervé, autour du malade, pour améliorer et coordonner le système de prévention, pour évaluer et répartir au mieux les masses financières au sein des établissements hospitaliers.

Le dernier objectif sera de mieux définir et d'améliorer les statuts des différentes catégories de personnel. Le dernier volet de la réforme — ainsi que vous l'avez fait remarquer — sera un autre pas vers la coordination hospitalière et les alternatives à l'hospitalisation.

Le texte qui nous est aujourd'hui proposé a trait surtout à la mise en place de la départementalisation, au budget global et à la responsabilité du directeur général, à laquelle vous avez fait longuement allusion.

Premier point : la départementalisation a été réclamée à cor et à cri depuis 1963 par ceux-là mêmes qui ne l'ont pas mise en place avant mai 1981 et qui la critiquent aujourd'hui. D'où peut venir ce paradoxe ?

Depuis plus de dix ans, il est reproché par de nombreux médecins hospitaliers et par les personnels « le cloisonnement étroit des services », « la non-circulation des dossiers médicaux qui restent propriété du service », « la redondance des équipements, leur sous-utilisation parce que affectés à un seul service », « la non-responsabilisation de chaque médecin ».

En un mot, la structure rigide et figée en services est mal vécue par la majorité des médecins hospitaliers. La structure qui s'était révélée satisfaisante jusqu'alors est maintenant décriée.

Je cite le rapport qui m'a été fourni par les internes des hôpitaux, des centres hospitaliers universitaires : « Les voix de plus en plus nombreuses critiquent l'efficacité de la structure actuelle, sa moralité, voire sa légitimité et ce pour des motifs divers. » Les internes et les assistants y trouvent de moins en moins de considération et de débouchés ; les assistants et les adjoints non chefs de service s'y sentent brimés dans leurs responsabilités de médecin vis-à-vis de leurs malades et dans leur indépendance professionnelle. L'administration estime que le cloisonnement par service qui favorise la défense jalouse des prérogatives attachées à la chefferie de service nuit à l'utilisation optimale des personnels et des matériels. Certains responsables accusent l'hôpital et son organisation de tous les maux en ce qui concerne l'augmentation excessive des dépenses de santé. Enfin, les malades se plaignent de ne savoir que trop rarement quel médecin s'occupe d'eux, ce qui est l'un des justificatifs du secteur privé pour ses défenseurs.

Ainsi, tous critiquent le monolithisme de l'organisation hospitalière de la même façon que son caractère inhumain, renforcé par le gigantisme architectural de ces dernières années, en dépit des évidentes améliorations des conditions hospitalières.

Il est évident qu'une départementalisation ne sera efficace que dans la mesure où les carrières hospitalières et hospitalo-universitaires seront également modulées de façon que le médecin s'adapte à de telles structures.

Est-ce que l'on se rend compte que la très forte augmentation du nombre de médecins de plein temps, jointe à la promotion de la carrière du médecin passant par la titularisation comme chef de service — je vais examiner volontairement — passerait, à terme, la mise en place d'un chef de service par lit ? Il faut donc bien trouver un système permettant de responsabiliser les médecins autrement que par la seule obtention du titre de chef de service.

Alors que certains, quelles que soient leurs idées politiques, se sont engagés dans la voie du changement des structures hospitalières, d'autres, qui avaient demandé ces mêmes changements sous un gouvernement de droite, les refusent sous un gouvernement de gauche.

Le projet proposé, contrairement à ce que l'opposition voudrait laisser croire, a pour objectif de réduire les inégalités des malades devant les soins, de responsabiliser chaque médecin vis-à-vis de son malade, d'utiliser au mieux les moyens en personnel et les moyens techniques pour qu'une médecine de qualité et qu'une prévention enfin prise en compte puissent être appliquées.

Le projet de départementalisation, s'il se réalise sans dénaturation, a aussi pour objet de créer entre les différentes spécialités de l'hôpital une concertation scientifique et médicale qui maintiendra le système hospitalier français à un haut niveau de compétences.

La mise en place de la départementalisation sera de toute façon progressive.

Le conseil de département sera un centre de décision au sein duquel les personnels représentés dans leur ensemble feront connaître leur avis, ce qui permettra une meilleure connaissance des faits réels sur le terrain et des choix axés sur l'intérêt du malade, pris en charge par le département.

Enfin, le budget global, qui va dans le sens de la responsabilisation de l'ensemble du système hospitalier, sera mis en place après des négociations entre les caisses de sécurité sociale et les centres hospitaliers. Ces négociations auront aussi pour objet de faire participer l'ensemble des gestionnaires — ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle — compte tenu de l'augmentation du pouvoir des administrateurs, au choix des financements des différents systèmes de soins : soins ambulatoires, médecine libérale, hospitalisation publique et privée. Nous souhaitons que la collectivité nationale maintienne sa volonté vis-à-vis de la médecine hospitalière que les lois de 1958 et de 1970 avaient voulue moderne et compétente.

Ce budget d'établissement pourra ainsi mieux traduire les besoins préalablement connus des départements. En liaison avec la direction, la gestion des crédits de chaque département concerne le corps médical et les personnels.

Nous sommes en ce moment à l'heure de vérité. Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter dans d'importantes proportions, ainsi que l'ont dit tous les gouvernements antérieurs. On a même souhaité réduire les dépenses médicales par une limitation plus grande du nombre des docteurs en médecine et par la suppression de lits hospitaliers. Pourquoi nous reprocher maintenant d'essayer de préciser, par le budget global, quelles sont les dépenses réelles correspondant aux besoins de santé de la nation ? Le budget global, beaucoup plus que les prix de journée, systématiquement inflationnistes, facilitera cette maîtrise des coûts de santé, sans nuire à l'application des techniques médicales. Le rapprochement, d'ailleurs, des hôpitaux en syndicats contribuera également à assurer une meilleure maîtrise des moyens pour une plus grande efficacité aux meilleurs coûts.

Le partage du pouvoir avec l'administration et en particulier avec le directeur général a été aussi l'objet d'une de vos préoccupations, monsieur Foyer. Il ne faut pas qu'il y ait de confusion sur ce point.

Le directeur général s'occupe de l'administration ; les médecins conservent bien entendu toutes leurs responsabilités vis-à-vis de l'acte médical et également de l'environnement dont dépend son application. Le chef de département participera aux choix budgétaires ; de même, le conseil de département étudiera ses projets.

Un changement est souhaité depuis longtemps par tous ceux vivant à l'intérieur de l'hôpital du fait de l'évolution de l'établissement et du nombre croissant de médecins d'infirmières et de personnels non infirmiers qui y travaillent. Ils voudraient moins de hiérarchie. Mais comme l'a fait remarquer M. Bérégovoy, la démocratie délègue les pouvoirs et ne les supprime pas. Il y faut plus de concertation, plus de communication à travers tous les services, qu'ils soient administratifs, médicaux, qu'il s'agisse du personnel médical ou du personnel soignant non médical ou de toute autre catégorie de personnel.

Ils souhaitent également que l'on dépasse les murs de l'hôpital pour entrer en relation avec l'industrie, avec tout le système de soins publics ou privés extérieur à l'hôpital.

C'est le moment d'amorcer le changement. Le texte de loi qui est proposé pousse à une orientation mais, vous en conviendrez, n'entraîne pas immédiatement de perturbations telles que, comme certains l'ont dit, s'installeraient l'irresponsabilisation et le désordre à l'intérieur des établissements.

Une meilleure qualité de vie pour le malade et de relations pour les différentes personnes qui travaillent dans l'hôpital ne passe plus, à notre époque — vous y avez déjà fait allusion, monsieur Foyer — par une hypercentralisation ; je suis tout à fait d'accord avec vous. C'est pourquoi, tant qu'il est temps, il faut donner aux pouvoirs publics les moyens de mettre en œuvre de nouvelles structures qui permettront de décentraliser la décision et d'abolir ainsi à une meilleure concertation.

Cette question préalable m'étonne ; elle me donne l'impression d'une timidité excessive...

M. Jean Foyer. Qui n'est pas dans mon caractère !

M. Louis Lareng. C'est possible ! mais c'est mon impression. Elle traduit le souhait d'un grand nombre de retarder la décision par crainte de ne pas être suffisamment prêts pour aborder le changement, tout comme un étudiant à la veille d'un examen.

Si l'on avait adopté une telle attitude rien de nouveau n'aurait été fait. C'est la raison pour laquelle — vous vous en doutez — nous ne voterons pas cette question préalable. Nous avons le sentiment qu'il faut dès maintenant entreprendre les réformes du système de santé, que réclament les mutations modernes si nous ne voulons pas rester en retard. La technique ne peut se perpétuer que par la mise en place le plus rapidement possible d'une gestion adaptée à ce modernisme.

Le changement sera ce qu'en feront les hommes de médecine. Je suis convaincu — car je les connais pour travailler depuis fort longtemps avec eux — qu'ils démontreront que l'outil que leur donne ce projet de loi leur était vraiment indispensable. Il assouplit le système pour permettre enfin à une imagination créatrice de se développer. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale.

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. Mesdames, messieurs, puis-je me permettre de rappeler — monsieur Foyer, vous la connaissez bien — la signification de la question préalable ? Elle a pour objet de faire décider qu'il n'y a pas lieu à délibérer. Par conséquent, si elle était adoptée, il n'y aurait pas de débat et pas d'examen de ce texte. Il s'ensuit que les choses resteraient en l'état, que le malaise de l'hôpital, que chacun veut bien reconnaître, et d'une manière plus générale, toutes les interrogations que suscite actuellement notre système de santé, resteraient sans réponse.

Je suis un peu étonné, monsieur Foyer, d'un tel comportement. Nous n'avons pas ce souci, qui paraît être le vôtre, de politiser, au mauvais sens du terme ce qui est l'essentiel, c'est-à-dire, je le répète, la santé des Français. L'essentiel c'est de résoudre à la question de savoir si les structures hospitalières vont épuiser le temps qui vient, s'adapter aux nouvelles technologies, et cela nous impose de tenir compte du fait que la recherche procède de plus en plus d'un travail d'équipe, même s'il y a encore de brillantes individualités qui vont un peu plus vite que les autres.

M. le secrétaire d'Etat et moi-même vous avons proposé, monsieur Foyer, de débattre et de rechercher si, dans l'intérêt général, on ne pouvait pas essayer d'établir des convergences. Vous nous répondez par un procès injuste — je préciserai quelques points et M. le secrétaire d'Etat y reviendra — qui ramène au sens étroit du terme le débat politique dans votre assemblée et dans notre pays.

Il est bon que la politique soit présente ici et que nous réfléchissions les uns et les autres à ce qu'il est nécessaire d'améliorer ou de conserver. Mais quand l'esprit partisan s'empare de ce point d'un grand débat, important pour notre nation, je comprends mieux ce qui nous sépare. Nous avons, monsieur Foyer, nous Gouvernement et la majorité qui le soutient, des convictions. Vous avez donné l'impression — et je crains que cela ne soit la vérité — que vous ne représentiez que des intérêts et que ce ne soit qu'au nom de ces intérêts que vous vous exprimiez.

M. Jean Foyer. De tels propos sont inadmissibles !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. Monsieur Foyer, je suis maître de mon propos comme vous avez été maître de votre critique. Acceptez démocratiquement le débat.

Vous avez fait un mauvais procès en utilisant des arguments très contradictoires. A propos de la décentralisation, vous prétendez que cette réforme nous retombe sur le nez. Au sujet de l'élection des représentants des assurés à la sécurité sociale, vous nous annoncez que nous jouons avec le feu contre nos intérêts. Mais oui, monsieur Foyer, et c'est ce qui nous sépare. Nous proposons au Parlement d'appliquer les réformes sur lesquelles nous avons été élus. Nous croyons en effet que le suffrage universel est notre maître et pour nous ce n'est jamais affaire de circonstance ou d'intérêts particuliers. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes.*)

C'est pourquoi nous faisons profondément confiance au suffrage universel. Je crains d'ailleurs que vous n'avez un peu prématurément vendu la peau de l'ours à propos de l'avenir de notre majorité.

Venons-en maintenant aux quelques travers et quelques arguments contradictoires de votre propos.

Vous parlez de frénésie législative.

Nous soumettons au Parlement ce qui est du domaine de la loi dans le respect de la Constitution. Je m'étonne, compte tenu des fonctions qui ont été les vôtres et du rôle que vous avez joué, que vous puissiez le nier.

Après avis du Conseil d'Etat, nous avons décidé, en application des articles 34 et 37 de la Constitution, de soumettre au Parlement ce qui est du domaine de la loi.

Vous n'êtes d'ailleurs pas à une contradiction près puisque vous vous plaignez, d'une part, que le projet de loi soit trop imprécis après avoir recouru à la voie législative, et d'autre part, que tout soit laissé au décret.

Le débat parlementaire permettra précisément — c'est son rôle — de tracer le cadre dans lequel ensuite le pouvoir exécutif doit traduire par un décret ce qui a été la volonté du législateur.

S'agissant du département, j'ai engagé avec Edmond Hervé, tout au long du mois de mai, un dialogue utile avec les représentants des internes et des chefs de clinique et avec les plus grandes sociétés médicales. Chacun a considéré qu'il était nécessaire de faire évoluer les institutions hospitalières et j'ai observé que le département était accepté par tous les partenaires, y compris par une très grande majorité de médecins qui nous ont rappelé, comme vous l'avez dit, que c'était une pratique en usage dans la plupart des pays étrangers. J'ajoute que nous avons prévu une période transitoire telle que les intérêts sensés auront le temps de s'habituer aux nouvelles dispositions.

A propos de la décentralisation, permettez-moi de vous dire que vous faites une confusion qui, là encore, m'étonne. Les hôpitaux ne sont pas touchés par la décentralisation et le projet de loi que nous présentons n'est ni centralisateur ni décentralisateur : il veut faire la lumière — vous l'avez d'ailleurs souligné car tout n'était pas obscur dans votre propos — sur les relations complexes qu'il faut établir entre l'Etat qui a la charge de la politique de la santé, l'assurance maladie qui finance et les collectivités locales qui participent au conseil d'administration et qui, de ce fait, ont des responsabilités particulières.

Vous avez trouvé la tutelle de l'Etat trop lourde après avoir dénoncé — autre contradiction — notre frénésie législative. Mais vous êtes bien obligé de reconnaître que nous ne faisons que clarifier la loi de 1970, sans rien changer au fond, et qu'il n'est pas anormal que l'Etat, responsable des ressources de la collectivité qui vont à l'hôpital, exerce une tutelle sur les dépenses, à moins que vous soyez opposé, pour des raisons circonstancielles et particulières, au principe de la responsabilité de l'Etat, ce qui ne serait pas sans nous étonner.

Vous avez affirmé que c'était une loi « anti-médecins ». Je vous ai répondu que la plupart des médecins, y compris de ceux qui ont aujourd'hui la qualité de chef de service, acceptaient les dispositions de notre projet.

M. Edmond Hervé et moi-même l'avons déjà dit mais je le répèterai une fois encore : les médecins restent au centre du dispositif hospitalier. Il n'y a pas de diminution de leurs pouvoirs. On a mis au clair, dans ce projet de loi, ce qui était la pratique normale et la jurisprudence habituelle.

Je relève surtout du procès d'intention qui nous est fait. Vous dites, en effet, qu'il n'y aura plus de Jean Bernard ni de Robert Debré. Je suis certain qu'il y en aura encore beaucoup, porteurs d'une équipe et pas seulement d'une individualité, si brillante fut-elle.

Pour avoir rencontré un certain nombre de ces grands professeurs, mais dont je n'utiliserai pas les noms dans notre débat car il s'agirait là d'une pratique subalterne, je puis vous dire qu'ils ont, quant à eux, le sens de l'équipe, de la collegialité et qu'ils savent bien que les progrès d'aujourd'hui sont les résultats d'un travail en commun.

M. Jean Foyer. Je l'ai dit également !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. Quant aux chefs de département, ils seront élus par leurs pairs et il n'y aura ni baisse de la qualité de la médecine ni diminution du niveau d'études ou de compétence des médecins.

Vous avez toujours voulu nous opposer, M. le secrétaire d'Etat et moi-même, à M. Jack Ralite à propos de cette élection. Or les projets qui avaient été élaborés, il y a maintenant plus d'un

an, et soumis à discussion débouchaient sur la solution qui vous est proposée. Jack Ralite, avec lequel je collaborais étroitement — ce que je continue de faire — quand il était ministre de la santé, était parfaitement d'accord sur ce point.

Au fond, c'est encore une question de principe qui risque de nous séparer : l'élection par les pairs est-elle préférable à la désignation ? Bref, la démocratie est-elle supérieure à la désignation ?

Je suis convaincu, et j'espère que la majorité du Parlement nous sera, qu'il n'y a pas de meilleur principe que celui de la démocratie.

M. Jean Foyer. Monsieur le ministre, me permettez-vous de vous interrompre ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. Je vous en prie.

M. le président. La parole est à M. Foyer, avec la permission de M. le ministre.

M. Jean Foyer. Monsieur le ministre, vous opposez l'élection à la désignation et vous me dites que votre formule est celle de la démocratie. Mais en réalité, dans l'état actuel du droit, le pouvoir de nomination de l'autorité administrative est extrêmement limité car il porte sur des personnes qui ont été cooptées — je parle, en particulier, des enseignants qui ne peuvent être nommés que lorsque les procédures universitaires ont fonctionné.

Par conséquent, le débat est non pas celui du choix entre l'élection que vous prévoyez, et la nomination arbitraire par l'administration, mais celui du choix, entre deux corps électoraux différents. Allez-vous faire élire les chefs de département par tout leur personnel, y compris par leurs élèves, ou, au contraire, allez-vous les faire coopter, comme c'est le cas aujourd'hui, par des hommes qui sont leurs pairs, qui sont arrivés au même niveau qu'eux ?

Je considère que la démocratie n'a pas grand-chose à voir dans une élection dont le corps électoral comporte une dizaine de personnes. La démocratie, ce n'est pas cela ! La question qui se pose est celle de savoir si, dans l'intérêt des malades, la meilleure solution n'est pas de faire choisir celui qui paraît avoir le plus de titres par ceux qui sont le mieux à même de le juger.

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. Les mieux à même de les juger sont leurs pairs. L'élection est préférable à la désignation, et je crois qu'il est bon de mettre un terme au caractère inamovible de cette fonction. Nous ne sommes plus à l'époque du droit divin. C'est la raison pour laquelle la grande majorité des médecins, y compris les plus compétents, accepte ce que nous proposons.

Vos derniers arguments, monsieur Foyer, concernent à la fois les pouvoirs excessifs de l'administration et le fait qu'il y ait trop d'élections. Permettez-moi de les poser contradictoirement. Comme je vous l'ai déjà dit, il s'agit de mettre plus de clarté dans un système qui actuellement n'en a pas suffisamment. On ne sait pas toujours, et c'est bien la raison du malaise que nous avons observé, qui décide de quoi : l'Etat ? La direction ? Les médecins ? Désormais, cela sera parfaitement fixé. Chacun prendra ses responsabilités : l'Etat, dont les pouvoirs de tutelle sont clarifiés ; la direction, dont l'autorité est reconnue, et les médecins dont la responsabilité médicale est inscrite dans la loi, ainsi que le chef de département élu par ses pairs et, par conséquent, responsable.

Ce débat devrait nous permettre, parce qu'il va être ouvert — je l'espère du moins — de rechercher ce qui peut nous rapprocher, et en tout cas ce qui doit être fait dans l'intérêt des malades. Vous avez tenu, monsieur Foyer, et je le regrette, à placer le débat sur le terrain de l'idéologie. D'après vous, ce sont la hiérarchie médicale, le corps médical, la liberté de prescription des soins qui seraient mis en cause. Il n'en est rien, et si vous sortez de vos préoccupations politiciennes, subalternes et à court terme, vous l'admirez avec moi.

Il s'agit, mesdames et messieurs les députés — et c'est la raison pour laquelle le Gouvernement vous demande de repousser la question préalable — de faire mieux fonctionner, avec la participation de tous, un service, l'hôpital, qui doit bénéficier à tous. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Claude Bartolone, rapporteur. Je ne reprendrai pas l'intervention que j'ai faite en début de séance. Un des seuls éléments que je trouve positifs dans le dépôt de cette question préalable, monsieur Foyer, c'est qu'une nouvelle fois nous ayons pu admirer vos talents d'orateur. Pour le reste, j'ai constaté que vous aviez anticipé pendant une bonne demi-heure sur le débat général : les divers éléments que vous avez avancés relèvent beaucoup plus de la discussion que nous aurons cet après-midi que d'une véritable question préalable. Très souvent, lors de votre intervention, vous avez fait référence au rapport des médiateurs. A vous entendre, je me demandais comment le Gouvernement aurait pu en tenir compte et ne pas proposer ce projet de loi.

En définitive j'ai eu l'impression d'assister à un nouvel épisode de « La guerre des étoiles » : M. Foyer, défenseur du bien, nous a pourfendus, nous qui sommes frappés du péché d'incapacité notoire. Après l'abolition de la peine de mort qui devait développer l'insécurité, après les lois Auroux qui devaient détruire l'entreprise, après la loi Quilliot qui devait ruiner le marché de l'immobilier la « mauvaise » majorité s'en prendrait maintenant à la santé ! (*Applaudissements sur les bancs des socialistes.*)

M. le président. Je consulte l'Assemblée sur la question préalable opposée par M. Foyer.

Je suis saisi par le groupe du rassemblement pour la République 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	477
Nombre de suffrages exprimés	476
Majorité absolue	239
Pour l'adoption	154
Contre	322

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

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

— 2 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi n° 1722 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier (rapport n° 1732 de M. Bartolone, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Suite de l'ordre du jour de la deuxième séance.

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures trente-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 Lundi 10 Octobre 1983.

SCRUTIN (N° 536)

Sur la question précédente opposée par M. Foyer
au projet de loi relatif à l'organisation du service public hospitalier.

Nombre des votants	477
Nombre des suffrages exprimés	476
Majorité absolue	239

Pour l'adoption	154
Contre	322

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Ont voté pour :

MM.	Fèvre.	Masson (Jean-Louis).
Alphandery.	Fillon (François).	Mathieu (Gilbert).
Ansquer.	Fontaine.	Mauger.
Aubert (Emmanuel).	Fossé (Roger).	Maujouan du Gasset
Aubert (François d').	Fouchier	Mayoud
Audinot.	Foyer.	Médecin.
Bachelet.	Frédéric-Dupont.	Mahaignerie.
Barnier.	Fuchs	Mesmin.
Barre.	Galley (Robert).	Messmer
Barrot.	Gantier (Gilbert).	Mestre.
Bas (Pierre).	Gascher	Micaux.
Baudouin.	Gastines (de)	Millon (Charles).
Baumel.	Gaudin.	Miossec
Bayard.	Geng (Francis).	Mme Missoffe.
Begault.	Gengenwin.	Mme Moreau
Benouville (de).	Gissingier	" Louise).
Bergel.	Goasdouff.	Narquin.
Bigard	Godeiroy (Pierre).	Noir
Birraux.	Godfrain (Jacques).	Nungesser.
Blanc (Jacques).	Gorse.	Perbet.
Bourg-Broc.	Goulet	Péricard.
Bouvard.	Grossmeyer.	Pernia.
Branger	Güichard.	Perrut.
Briat (Benjamin).	Haby (Charles).	Petit (Camille).
Briane (Jean).	Haby (Rene).	Peyrefitte.
Brocard (Jean).	Hamel.	Pinte
Brochard (Albert).	Hanelin	Pons
Caro.	Mme Harcourt	Treumont (de).
Cavaille.	" Florence d').	Préfiol.
Chaban-Delmas.	Harcourt	Raynal.
Charie.	" (François d').	Ricnard (Lucien).
Charles.	Mme Hauteclouque	Rigod
Chasseguet.	" (de)	Rossinat.
Chirac.	Hunault.	Boyer
Clément.	Inchauspé.	Sable
Cointat.	Julia (Didier).	Santoni.
Cornette.	Juvenin.	Sautier
Correze.	Kasperit.	Séguin.
Couste.	Koehl.	Séllinger.
Couve de Murville	Krieg.	Sergheraert.
Daillet.	Labbe.	Sprauer.
Dassault.	La Combe (René).	Stasi.
Debre.	Delatre.	Stirn.
Delatre.	Delfosse.	Tiberl.
Delfosse.	Deniau.	Toubo.
Deniau.	Deprez.	Tranchant.
Deprez.	Desanlis.	Valleix.
Desanlis.	Domtoul.	Vivien (Robert-André).
Dousset.	Durand (Adrien).	Vuillaume.
Durr.	Esdras.	Wagner.
Esdras.	Falala.	Weisenhorn.
Falala.		Zeller.

Ont voté contre :

MM.	Caumont (de)	Gallet (Jean).
Adevan-Pœuf.	Cesaire	Garcin.
Alaize	Mme Chaigneau.	Garmendia.
Alfonsi.	Chaufrault.	Garroute.
Ancianl.	Chapuis.	Mme Gaspard.
Ansart.	Charpentier.	Gernon.
Aseusi.	Charzat.	Giolitti.
Aumont.	Chaubard.	Giovannelli.
Badet.	Chauveau.	Mme Goueriot.
Balligand.	Chevallier.	Gourmelon.
Bally	Choat (Paul).	Goux (Christian).
Pal'migere.	Choat (Didier).	Gouze (Hubert).
Bapt (Gérard).	Coffineau.	Gouzes (Gérard).
Barailla.	Colin (Georges).	Grézar.
Bardn.	Collomb (Gérard).	Guyard.
Barthe.	Colonna.	Haesebroeck.
Bartolone.	Combastell.	Hage
Bassinet.	Mme Commergnat.	Mme Halml.
Baleux.	Coutillot.	Hauteccour.
Battist.	Couqueberg.	Haye (Kléber).
Baylet.	Darriot.	Hermier.
Bayou.	Dassonville.	Mme Horvath.
Beaufils.	Defontaine.	Hory
Beaufort.	Dehoux	Houteer.
Bêche	Delanoë.	Huguet.
Becc.	Delehedde.	Huyghues
Bedoussae.	Delisle	" des Etages.
Beix (Roland).	Denvers.	Ihanès
Bellon (André).	Derosier	Mme Jacq (Marie).
Belorgey	Deschaux-Beaume.	Mme Jacquaint.
Beltame	Desgranges.	Jagoret.
Benedetti.	Desselin.	Jallon.
Benetière.	Destrade.	Jans.
Beregooy (Michel).	Dhaille	Jarosz
Bernard (Jean).	Dollo	Jolin.
Bernard (Pierre).	Douyère	Joseph.
Bernard (Roland).	Drouin	Jospin.
Bersoo (Michel).	Dubédout.	Josselin.
Besson (Louis).	Ducolone.	Jourdan.
Billardon.	Dumas (Roland).	Journet.
Billon (Alain).	Dumont (Jean-Louis).	Joxe
Bladt (Paul)	Duplet	Julien.
Bockel (Jean-Marie).	Duprat	Kuchelda.
Boequet (Alain).	Mme Dupuy.	Labazee.
Bois	Duraffour.	Laborde.
Bonnemaison.	Durbee.	Lacombe (Jean).
Bonnet (Alain).	Durieux (Jean-Paul).	Lagorce (Pierre).
Bonrepaux.	Doroméa	Laignel.
Borel	Durore	Lajoinie.
Bouehéron	Dorrupt.	Lambert.
" (Charente).	Dutard.	Lareng (Louis).
Bouehéron	Escutia.	Lassale
" (Ile-et-Vilaine).	Esmoin.	Laurent (André).
Bourget.	Estier.	Lauris-ergues.
Bourguignon.	Evin.	Lavédrine.
Braine	Fangaret.	Le Bail.
Briand.	Mme Flévet.	Le Coadic.
Brune (Alain).	Fleury.	Mme Lecuir.
Brunet (André).	Floch (Jacques).	Le Drian.
Brunthes (Jacques).	Florian.	Le Foll.
Bustin	Forgues.	Lefranc.
Cabé.	Forni	Le Gars.
Mme Cacheux.	Fouéré.	Legrand (Joseph).
Cambolive.	Mme Frachon.	Lejeune (André).
Cartelet.	Mme Fraysse-Cazals.	Le Meur.
Cartraud.	Frèche.	Leonetti.
Cassalg.	Frelout.	Le Pensec.
Castor.	Gaharrou.	Londie.
Cathala.	Gallard.	Lotte.

Madrelle (Bernard).	Mme Patrat.	Sainte-Marie.
Mahéas.	Patriat (François).	Saonmarco.
Maisonnat.	Pen (Alberl).	Santa Cruz.
Malandain.	Penicaut.	Santrou.
Malgras.	Perrier.	Sapin.
Malvy.	Pesce.	Sarre (Georges).
Marchais.	Peuziat.	Schiffler.
Marchand.	Philibert.	Schreiner.
Mas (Roger).	Pidjot.	Senès.
Masse (Marius).	Pierret.	Sergent.
Masson (Mare).	Pignon.	Mme Searid.
Massot.	Pinard.	Mme Soum.
Mazon.	Pistre.	Soury.
Mellick.	Planchou.	Mme Sublet.
Menga.	Poignant.	Suchod (Michel).
Merceneq.	Poperen.	Sueur.
Métais.	Porcell.	Tabanoul.
Metzinger.	Porthault.	Taddel.
Michel (Claude).	Pourchon.	Tavernier.
Michel (Henri).	Prat.	Teisseire.
Michel (Jean-Pierre).	Prouvost (Pierre).	Testu.
Mitterrand (Gilbert).	Proveux (Jean).	Théaudin.
Moëeur.	Mme Provost (Eliane).	Tinseau.
Montdargent.	Queyranne.	Tondon.
Mme Mora	Ravassard.	Tourné.
(Christiane).	Raynard.	Mme Toutain.
Moreau (Paul).	Renard.	Vacant.
Mortelette.	Renault.	Vadeplid (Guy).
Moulinet.	Richard (Alain).	Valroff.
Moutoussamy.	Rienbon.	Vennin.
Natiez.	Rigal.	Verdon.
Mme Neiertz.	Rimbault.	Vial-Massat.
Mme Nevoux.	Robin.	Vidal (Joseph).
Niles.	Rocca Serra (de).	Villette.
Notebart.	Rodet.	Vivien (Alain).
Odru.	Roger (Emile).	Vouillot.
Oehler.	Roger-Machart.	Wacheux.
Olméa.	Rouquet (René).	Wilquin.
Ortet.	Rouquette (Roger).	Worms.
Mme Osselin.	Rousseau.	Zarka.

S'est abstenu volontairement :

M. Istace.

N'ont pas pris part au vote :

MM. André, Bertile, Luisi, Ornano (Michel d'), Salmon, Soisson, Wolff (Claude) et Zuccarelli.

N'ont pas pris part au vote :(Application de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 58-1099 du 17 novembre 1958.)

MM. Gatel et Quilès.

N'ont pas pris part au vote :

M. Louis Mermaz, président de l'Assemblée nationale, et M. Chénard, qui présidait la séance.

ANALYSE DU SCRUTIN**Groupe socialiste (285) :**

Contre : 277 ;

Abstention volontaire : 1 : M. Istace ;

Non-votants : 7 : MM. Bertile, Chénard (président de séance), Gatel (membre du Gouvernement), Luisi, Mermaz (président de l'Assemblée nationale), Quilès (membre du Gouvernement), Zuccarelli.

Groupe R. P. R. (89) :

Pour : 86 ;

Contre : 1 : M. Rocca Serra (de) ;

Non-votants : 2 : MM. André et Salmon.

Groupe U. D. F. (63) :

Pour : 60 ;

Non-votants : 3 : MM. Ornano (Michel d'), Soisson et Wolff (Claude).

Groupe communiste (44) :

Contre : 44.

Non-inscrits (8) :

Pour : 8 : MM. Audinot, Branger, Fontaine, Mme Harcourt (Florence d'), MM. Hunault, Juventin, Royer et Sergheraert.

Mises au point au sujet du présent scrutin.

M. Istace, porté comme « s'étant abstenu volontairement », et M. Bertile, porté comme « n'ayant pas pris part au vote », ont fait savoir qu'ils avaient voulu voter « contre ».