
JOURNAL OFFICIEL



DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DÉBATS PARLEMENTAIRES
ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

8^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1986-1987

(25^e SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2^e séance du mardi 28 avril 1987

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JACQUES FLEURY

1. Fixation de l'ordre du jour (p. 695).

2. Etablissements d'hospitalisation et équipement sanitaire. Discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 695).

M. Jean-Paul Séguela, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille.

M. Jacques Barrot, président de la commission des affaires culturelles.

Exception d'irrecevabilité de M. Joxe : M. Edmond Hervé, Mmes Elisabeth Hubert, le ministre, M. le rapporteur.
- Rejet par scrutin.

Question préalable de M. Le Pen : MM. François Bachelot, Gilbert Barbier, Mme le ministre, M. le rapporteur.
- Rejet par scrutin.

Discussion générale :

MM. Claude Bartolone,
Jacques Roux,
Michel Hannoun,
Guy Herlory,
Claude Evin,
Gilbert Gantier.

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

3. Retrait d'une proposition de loi (p. 721).

4. Ordre du jour (p. 721).

COMPTE RENDU INTEGRAL

PRÉSIDENCE DE M. JACQUES FLEURY, vice-président

La séance est ouverte à vingt et une heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

1

FIXATION DE L'ORDRE DU JOUR

M. le président. L'ordre du jour des séances que l'Assemblée tiendra jusqu'au mardi 12 mai 1987 inclus a été ainsi fixé en conférence des présidents :

Ce soir, mercredi 29 avril, à quinze heures, après les questions au Gouvernement, et à vingt et une heures trente, et jeudi 30 avril, à quinze heures et à vingt et une heures trente :

Suite du projet sur les établissements d'hospitalisation.

Mardi 5 mai, à seize heures, et à vingt et une heures trente :

Projet, adopté par le Sénat, sur le service public pénitentiaire.

Mercredi 6 mai, à quinze heures, après les questions au Gouvernement, et à vingt et une heures trente :

Suite du projet, adopté par le Sénat, sur le service public pénitentiaire ;

Projet, adopté par le Sénat, sur la profession de coiffeur.

Jeudi 7 mai, à quinze heures, et à vingt et une heures trente :

Projet sur l'autorité parentale.

Mardi 12 mai, à seize heures, et à vingt et une heures trente :

Projet, rejeté par le Sénat, sur l'aménagement du temps de travail.

2

ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION ET EQUIPEMENT SANITAIRE

Discussion, après déclaration d'urgence d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (n^{os} 504, 689).

La parole est à M. Jean-Paul Séguéla, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Jean-Paul Séguéla, rapporteur. Madame le ministre chargé de la santé et de la famille, chers collègues, le projet de loi qui est soumis à notre examen a pour principal objet de réviser l'organisation des structures médicales de l'hôpital public et d'harmoniser les règles applicables aux projets d'équipements du secteur public et du secteur privé.

Ce projet de loi est nécessaire en raison du vide juridique existant actuellement à la suite de la non-application de la loi du 3 janvier 1984, loi inappliquée parce qu'elle s'est révélée inapplicable. Les services qui, théoriquement, ont disparu continuent à recevoir des malades et à être dirigés par des chefs de service dont le titre n'a plus d'existence juridique.

Cet état de fait n'est pas dû au changement de majorité intervenu depuis le 16 mars 1986, mais est la conséquence des actions du précédent gouvernement qui s'était lui-même abstenu d'appliquer la loi qu'il avait fait voter.

La loi de 1984 reposait sur un trépied initiateur d'échecs : dilution des responsabilités, uniformité et rigidité, trois qualificatifs symboles de cette prétendue démocratie prônée par nos prédécesseurs.

Les défis qui s'accroissent à l'aube du XXI^e siècle nous mettent dans l'obligation de repenser la totalité du système hospitalier français. Ce projet de loi que vous nous présentez, madame le ministre, est donc la première étape de cette restructuration et nous aurons, dans les heures qui viennent, les éclaircissements aux questions que beaucoup se posent sur les autres textes que vous nous soumettrez par la suite.

Compte tenu du vote des dispositions relatives à l'activité libérale, à l'occasion de l'examen du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social - loi du 27 janvier 1987 - les articles 8 et 9 du présent projet ont été retirés de la discussion par lettre de Mme le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, en date du 15 avril 1987.

Loi fondamentale de l'hospitalisation française, la loi de 1970 avait pour objectif d'adapter les structures hospitalières au contexte socio-économique. En 1983, le Conseil économique et social établissait un bilan mitigé de l'application de cette loi. Quatre ans après, malgré la loi du 3 janvier 1984, le bilan n'est guère différent. Les insuffisances notées par cette chambre sont toujours réelles : échec relatif à la complémentarité structurelle et fonctionnelle des établissements privés et publics, échec de la coopération interhospitalière, lenteur de la mise en œuvre de la carte sanitaire, dilution des pouvoirs et des responsabilités et impossibilité de maîtriser, en raison d'un « faux budget global », les dépenses hospitalières.

Notre hôpital public moderne se trouve confronté à de nouveaux défis parmi lesquels la remise en cause de son monopole. A une époque où certains accusent l'hôpital public de coûter trop cher à la société, il doit affirmer son identité et sa légitimité. Il doit se comporter en « entreprise » en situation de concurrence directe avec le secteur privé dans le savoir-faire technique et la qualité de l'accueil. Il nous revient donc de le rendre compétitif sans remettre en cause le nécessaire pluralisme de notre système hospitalier.

Quant au secteur privé lui-même, il doit, dans les mêmes limites et avec les mêmes contraintes que le secteur public, recevoir les moyens nécessaires à sa défense vis-à-vis des investisseurs étrangers.

Pragmatisme et souplesse au service de l'efficacité : voilà, madame le ministre, les qualités du texte que vous soumettez à notre assemblée.

Tirant les conséquences de l'échec de la départementalisation rigide et imposée, comblant le vide juridique grave dans lequel se trouvent nos hôpitaux, il rétablit le service en tant qu'unité de base tout en tenant compte des excès auxquels il a pu donner lieu, dans de rares cas il est vrai.

Il répond aux aspirations légitimes des jeunes praticiens en créant les pôles d'activités.

Il tient compte des coordinations indispensables au bon fonctionnement de l'hôpital moderne en proposant une départementalisation souple et volontaire, telle qu'elle est souhaitée par la majorité des médecins.

Il responsabilise les médecins en leur donnant un pouvoir délibératif dans les orientations médicales.

Il permet surtout d'adapter l'organisation hospitalière aux besoins de chaque établissement ou de chaque service en renvoyant à l'imagination constructive des acteurs de l'hôpital la plupart des modalités de mise en place des structures qu'il propose.

C'est pourquoi la réorganisation des structures médicales de l'hôpital constitue le préalable nécessaire à toute réforme tendant à favoriser la modernisation et l'efficacité des hôpitaux.

Le rétablissement du service est non pas une restauration mais la simple constatation qu'il a le mérite d'être la structure connue qui a été le support essentiel du développement de l'hôpital public français.

Cette institution avait souffert, il est vrai, de quelques effets pervers : développement des effectifs médicaux, qui avait conduit à le diviser artificiellement, cloisonnement des services, qui augmentait les frais médicaux, autorité hiérarchique du patron engendrant certains conflits, envenimés par une mobilité très réduite des personnels et surtout par l'inamovibilité du chef de service nommé à vie, dans son poste et dans son grade.

Si ces effets ont été essentiellement ressentis dans les grands C.H.R.-C.H.U., au contraire, en hôpital général, le service a toujours constitué un cadre adapté et non conflictuel. Les chefs de service et les non-chefs de service y sont généralement sur un pied d'égalité dans la pratique des soins en raison d'une organisation fondée sur la collégialité, sans esprit de subordination.

Dans ces établissements, le chef de service a une fonction essentiellement administrative. Il est l'interlocuteur de l'équipe de direction. Mais il est aussi le leader, l'animateur d'une équipe dont il constitue la référence : le respect des horaires, la tenue du service, l'organisation interne, les rapports entre les malades et les agents hospitaliers, créant ce que l'on appelait le style du service.

Il était donc extrêmement maladroît d'imposer une départementalisation générale parce qu'elle était inadaptée à un grand nombre d'établissements.

Inutile dans un certain nombre de cas, le département tel qu'il était organisé dans la loi de 1984 porte atteinte à l'autorité médicale en proposant un chef de département sans véritable autorité, ballotté entre ses obligations vis-à-vis du directeur et les pressions de son personnel électeur.

Autant de raisons, madame le ministre, de rétablir le service en tant qu'unité de base de l'hôpital.

Le rétablissement du service est entouré d'une garantie essentielle : le renouvellement quinquennal.

Le maintien de la dissociation statutaire entre grade et fonction, inscrite dans les statuts de 1984, permet ce changement essentiel par rapport au service d'avant. La « chefferie » est désormais une fonction qui pourra être remise en cause.

A l'origine, une nomination dont les conditions seront déterminées par voie réglementaire mais qui, on peut le penser, se fera sur titres et travaux à l'exclusion de toute liste d'aptitude nationale parce qu'il ne s'agit pas d'un grade.

Les avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement, qui devrait être réduite aux pairs, seront déterminants dans l'acte de nomination qui revient au ministre chargé de la santé.

L'accès à la fonction de chef de service est donc ouvert à l'ensemble des praticiens titulaires à temps plein ou à temps partiel en fonction du service concerné mais il est évident que le mérite et les compétences, et non plus les pressions électorales, devront être déterminantes.

Le renouvellement se fera dans les mêmes formes mais à partir d'une demande accompagnée d'un rapport d'activité établi par le chef de service lui-même.

Certains se sont interrogés sur ce rapport d'activité, constitué par le demandeur. C'est oublier que le ministre se prononcera non seulement à partir de ce rapport mais également à partir de ceux que le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement auront éventuellement établis de leur côté comme supports à leurs avis.

Cette procédure offre des garanties tant pour le chef de service, qui fait valoir ses droits et prétentions, que pour l'administration et le corps médical qui disposent d'un élément d'appréciation supplémentaire.

Concrètement, il est évident que les bons chefs de service seront conduits dans leurs fonctions et cela est conforme à une saine conception de l'hôpital et de la stabilité qui doit y régner.

En revanche, en cas de mauvaise gestion, ou plus simplement lorsqu'un chef de service décidera de se retirer, ce qui n'est pas inconcevable, la procédure produira ses pleins effets. Dans le premier cas, le conseil d'administration et/ou

la commission médicale émettront un avis défavorable et l'intérêt du service sera préservé ; dans le second, il n'y aura pas de demande de renouvellement et l'alternance pourra jouer alors pleinement.

Le projet de loi ne précise pas en quoi consiste la responsabilité du fonctionnement technique dévolue au chef de service. Mais il n'y a aucune raison de penser que cette fonction puisse différer de ce qu'elle a toujours été d'autant que le renouvellement quinquennal constitue, comme on l'a vu, une garantie efficace contre tout abus de pouvoir.

En conséquence, le chef de service devra être responsable de la gestion de son service et des conditions de l'administration des soins. Dans ce but, il aura autorité sur les praticiens placés auprès de lui, bien entendu dans la limite de leur indépendance professionnelle telle qu'elle est consacrée par le code de déontologie, c'est-à-dire liberté du diagnostic et de soins et des seules contraintes qu'impose la direction technique du service.

Cette direction technique suppose également que pour la seule administration des soins, le chef de service exerce son autorité sur le personnel non médical qui restera par ailleurs soumis sur le plan administratif au pouvoir hiérarchique du directeur de l'établissement. Sur ce point, j'adhère totalement aux propositions qui avaient été faites par la commission des affaires sociales du Sénat en 1983 lors de l'examen de la réforme de 1984.

La création de pôles d'activités au sein des services offrira aux jeunes praticiens la possibilité d'exercer de véritables responsabilités.

Techniquement et administrativement nécessaire, cette notion de pôle d'activités contribue à réduire l'anonymat et donc à humaniser les hôpitaux.

Malgré une rédaction peu satisfaisante que je vous proposerai de modifier, les objectifs sont clairs.

Il s'agit pour le chef de service de déléguer une partie de ses responsabilités qui seront dès lors entièrement assumées par le délégataire.

La simplicité est de droit tant en ce qui concerne l'initiative de créer un pôle d'activités, qui appartient au chef de service lui-même, que le choix de la personne du délégataire, par le chef de service exclusivement et la délégation dont le contenu est également défini par le chef de service.

Il convient d'interpréter le terme de délégation comme l'expression d'une volonté exprimée par le chef de service d'opérer un transfert de responsabilités dans le cadre d'une relation de confiance. Il est donc naturel que le mandat *intuitu personæ* cesse après le départ du chef de service, ce qui n'implique pas nécessairement que le pôle d'activités disparaisse.

Votre rapporteur estime que le rôle du conseil d'administration devrait se limiter à accepter ou à refuser le délégataire et la délégation sans pouvoir proposer une autre personne ou changer le contenu de cette délégation. De même, la décision du conseil d'administration relative à la création d'un pôle d'activités devrait être fondée non pas sur l'opportunité mais seulement sur la conformité au plan directeur de l'établissement et au programme qui définit les besoins que l'établissement doit satisfaire.

Cette interprétation semble conforme à l'esprit qui anime le présent projet de loi, de responsabiliser le personnel médical. Il est plus simplement conforme à l'idée commune, que l'on se fait du chef de service.

Les termes de la délégation varieront nécessairement d'un cas à l'autre. J'estime que la notion même de service, structure unitaire, implique que le chef de service conserve la direction administrative de l'ensemble des activités du service, chaque délégataire ayant la responsabilité du fonctionnement médical de son pôle d'activité. Cela signifie concrètement que le chef de service devra veiller à ce que le fonctionnement des pôles d'activités s'effectue conformément au programme de soins de l'établissement et aux prévisions d'activité et des moyens afférents au service. De même, il paraît nécessaire que le personnel non médical demeure sous l'autorité du chef de service en raison de son indispensable mobilité au sein du service.

Enfin, la notion de pôle d'activité peut recouvrir des situations différentes. Le pôle d'activité peut correspondre à une pathologie ou à une technique spécifique ou bien, dans des services moins spécialisés, à des secteurs géographiques distincts ou concernant des groupes de malades homogènes : hommes, femmes, enfants, par exemple.

Dans ce même esprit, le département sera une structure de coordination souple et facultative.

Le département constitue le troisième rouage de fonctionnement médical de l'hôpital. Son utilité n'a jamais été contestée et les premières expériences sont déjà anciennes, en 1970 dans certains C.H.U.-C.H.R. Il contribue à une meilleure organisation du travail, à une utilisation plus rationnelle des équipements et améliore la prise en charge des malades en la globalisant. Mais l'expérience malheureuse de la réforme de 1984 conduit à affirmer que cette structure doit rester essentiellement volontaire.

L'utilité de la départementalisation des hôpitaux n'a jamais été contestée.

La départementalisation imposée n'a pas fonctionné.

La loi du 4 janvier 1984 a rendu obligatoire l'organisation en départements de l'ensemble des établissements hospitaliers à l'exception des hôpitaux locaux et, juridiquement, la mise en place de ces départements dans les hôpitaux aurait dû s'achever le 4 janvier 1987, à l'échéance de la période transitoire prévue à l'article 13 de la loi. En fait, la départementalisation n'a jamais été appliquée en raison de l'opposition d'une grande partie des praticiens hospitaliers qui ont massivement boycotté les élections aux commissions de départementalisation, procédure préalable indispensable à l'élaboration du plan de départementalisation et à la délibération du conseil d'administration.

La suppression des chefs de service remplacés au niveau du département par un chef de département élu a suscité les craintes légitimes du corps médical. Le chef de département devrait être élu par un conseil composé de représentants de tous les personnels du département : médecins, personnels soignants et autres membres du personnel. Il y avait là un risque majeur de politisation mais également d'atteinte à l'autorité médicale et de destabilisation de l'hôpital :

Difficultés pour le chef de service de résister aux pressions diverses d'un conseil chargé de le réélire au bout de quatre ans ;

Impossibilité de prévoir une gestion à long terme, le mandat n'étant de toute façon renouvelable qu'une seule fois ;

Tentation, pour des raisons de réélection, de répondre à toutes les demandes de création d'unités fonctionnelles, d'où le risque d'une balkanisation excessive du département à l'encontre même des objectifs de la départementalisation.

Comme on l'a déjà noté, le caractère obligatoire de la départementalisation faisait à tort abstraction de la diversité des établissements et, notamment, de la situation des hôpitaux généraux de faible capacité où ce type d'organisation ne se justifie pas dans bien des cas.

Enfin, les modalités de mise en œuvre et, en particulier, la rapidité avec laquelle les nouvelles structures devaient être mises en place, rendaient totalement illusoire la volonté exprimée par le Gouvernement d'associer largement le corps médical à la constitution et au découpage des départements.

Jusqu'au 4 janvier 1987, nos hôpitaux ont pu continuer à fonctionner légalement grâce aux dispositions transitoires prévues dans le décret du 28 décembre 1984, mais, depuis cette date, la plupart d'entre eux se trouvent dans une situation de non-droit, le nombre des établissements ayant opéré la départementalisation dans les formes prescrites par la loi de 1984 étant extrêmement réduit : trois hôpitaux et quelques établissements psychiatriques.

Votre projet, madame le ministre, propose une formule volontaire et souple.

Le législateur de 1984 aurait dû suivre les conseils des médiateurs qui, dans leur rapport sur le système de santé des Français, précisaient : « la création de départements requiert l'adhésion du corps médical et ne peut pas se faire contre lui ou sans lui : elle doit être fondée sur un acte volontaire. »

Tel est l'esprit du présent projet qui, de surcroît, renvoie l'essentiel des modalités d'application à l'imagination des intéressés.

Si l'initiative du département n'appartient pas nécessairement aux chefs de services concernés, elle ne pourra leur être imposée.

Les activités du département seront placées sous la responsabilité d'un coordonnateur mais les conditions de nomination de ce dernier de même que le contenu de ses responsabilités sont renvoyés au règlement intérieur, véritable charte

du département, arrêté par le conseil d'administration de l'hôpital après avis de la commission médicale d'établissement et des comités consultatifs médicaux, le cas échéant.

Le projet de loi précise quelles pourront être les formules de la départementalisation : regroupement de plusieurs services ou bien de certaines de leurs activités, regroupement de techniques de diagnostic, cohésion autour d'une pathologie particulière, gestion commune de personnels ou d'équipements.

Il institue également une certaine collégialité de la direction du département en prévoyant que le coordonnateur sera assisté d'un représentant des différentes catégories de personnel : sage-femme, le cas échéant, personnel soignant, personnel médico-technique et personnel administratif.

Mais l'ensemble des modalités de fonctionnement sont renvoyées au règlement qui en conséquence pourra être établi en respectant au mieux les besoins et les objectifs de l'établissement et du futur département.

Le pouvoir de délibération attribué à la commission médicale d'établissement, C.M.E., a pour objectif de responsabiliser le corps médical.

La modification de l'appellation de ce qui était jusqu'à présent la commission médicale consultative, C.M.C., n'est pas un simple changement de vocabulaire. Elle accompagne une évolution essentielle du rôle des C.M.C. puisque, désormais, elles disposeront d'un pouvoir délibératif et non plus consultatif sur les orientations médicales de l'établissement.

Cette nouvelle prérogative s'ajoutera au pouvoir consultatif dont elle disposait déjà sur une grande partie des décisions portant sur la vie de l'établissement et qui est quelque peu élargi par rapport à celui dont elle disposait dans le cadre de la loi de 1970.

Le développement de l'hôpital-entreprise exige une coopération accrue entre les médecins et l'administration.

L'octroi de pouvoirs délibératifs impliquera le corps médical dans les choix de l'hôpital.

Il n'est bien entendu pas exclu que cette double compétence puisse donner lieu à des difficultés tout comme est susceptible d'engendrer des conflits, l'affirmation d'un pouvoir d'autorité du directeur sur le personnel médical. C'est pourquoi j'exprime le souhait que soient précisés par voie réglementaire les principes qui doivent régir les rapports entre le corps médical et l'administration.

Ainsi, madame le ministre, au terme de la présentation du premier titre de ce projet de loi, je voudrais vous demander si vous pourriez donner à notre assemblée des précisions sur le contenu du décret d'application définissant les responsabilités du chef de service, sur les relations qui doivent exister entre le chef de service et les responsables des pôles d'activités, sur la façon dont vous imaginez qu'un règlement intérieur puisse être défini pour la bonne marche d'un département, sur la nécessaire prise en compte des avis des personnels non médicaux et, enfin, sur l'articulation des responsabilités du corps médical avec l'autorité administrative dévolue au directeur de l'hôpital depuis la loi de 1984.

Madame le ministre, pourriez-vous nous exposer vos conceptions sur ces relations et les mesures que vous entendez prendre pour éclaircir ce problème, gage de sérénité et de bon fonctionnement de nos hôpitaux ?

Je l'ai déjà dit en introduction : la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé est une nécessité.

Au-delà de leur implication concrète, les dispositions du projet de loi relatives au secteur privé - autorisation des regroupements, assouplissement du mécanisme d'autorisation des transferts de lits à l'intérieur des établissements, harmonisation de la procédure d'examen des projets d'équipement et des programmes d'établissement, extension au secteur privé de l'homologation des matériels - reflètent la philosophie de la politique en matière d'hospitalisation privée telle que vous nous l'avez récemment exposée en précisant : « Il est vrai que l'hospitalisation privée n'a pas bénéficié ces dernières années d'une égalité de traitement. Or, la défiance, voire l'ostracisme dont elle a été victime, n'étaient pas justifiées car ce secteur concourt aussi à la couverture des besoins sanitaires de la population. J'ajoute qu'il a réalisé des investissements importants au cours des dernières années et a su s'adapter aux techniques médicales les plus modernes. »

« Il a donc sa place dans notre système hospitalier. Mon objectif est d'assurer la pérennité d'un système hospitalier qui est parmi les plus avancés de ceux des pays développés, en

garantissant la complémentarité et l'égalité, mais aussi l'émulation et la concurrence entre les différents types d'établissements. »

J'adhère totalement, madame le ministre, à vos affirmations.

La part du secteur privé dans le système de soins justifie l'attention que doivent lui porter les pouvoirs publics.

Il convient de rappeler que certains établissements privés participent au service public - essentiellement les établissements à but non lucratif - le problème de la complémentarité concernant plutôt les établissements privés à but lucratif qui restent en dehors du secteur public.

Les garanties offertes par le secteur privé sont reconnues.

Les règles de fixation des tarifs de l'hospitalisation privée permettent aux organismes de sécurité sociale d'exercer un certain rôle sur l'activité de ce secteur.

Mais, peut-être là encore, madame le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur la politique de perspective de planification sanitaire que vous désirez voir appliquer en permettant à l'ensemble des établissements de se moderniser, de s'adapter en pratiquant une gestion moderne compatible avec le budget dynamique et équilibré, nécessaire à la qualité des soins à laquelle doit prétendre notre population française ?

Les dispositions du projet de loi relative au secteur privé constituent un réel progrès.

Sans reprendre l'argumentaire juridique qui fonde ces dispositions et qui sera développé dans le cadre de l'examen des articles il convient de saluer l'initiative du Gouvernement, qui donnera aux cliniques privées la possibilité de se restructurer et de mieux affronter les défis de la concurrence.

Le fait que les regroupements et les transferts de lits s'accompagnent d'une réduction des capacités d'hébergement, dans le cas où le secteur ou la discipline sont excédentaires, se justifie pleinement au regard de la nécessaire participation du secteur privé à la carte sanitaire et au programme de réduction des lits inscrits dans le 9^e Plan, d'autant plus que, si la tutelle dispose de multiples moyens d'obliger les hôpitaux publics à suivre ses directives, elle se trouve quelque peu démunie à l'égard du secteur privé, qu'elle ne peut atteindre qu'à l'occasion des demandes d'autorisation de création, d'extension, de transferts, et bientôt de regroupements.

Quant aux dispositions relatives aux procédures d'examen des projets d'équipement et des programmes d'établissement, elles présentent l'avantage de neutraliser en partie la réglementation et, s'agissant plus précisément de l'harmonisation des délais de mise en œuvre des programmes - trois ans - d'offrir plus de latitude au privé - deux ans auparavant - et plus de rigueur au public - six ans jusqu'à présent.

Enfin, s'agissant de l'obligation d'utiliser des matériels et des produits biomédicaux homologués, le projet de loi, au-delà de ses objectifs immédiats d'étendre au secteur privé les règles du secteur public et d'éviter que les cliniques privées ne servent de terrain d'essai aux produits étrangers, présente l'intérêt de préparer la France à la mise en œuvre en 1992 du marché intérieur européen. Cette perspective devrait conduire la France à adopter des normes de fabrication conformes à celles de nos partenaires économiques afin que nos produits ne soient pas rejetés à l'étranger.

Force est de constater cependant qu'aucune harmonisation européenne n'a encore été mise en place alors qu'on attend une directive depuis 1985.

Puis-je ajouter qu'il me paraîtrait intéressant de suivre les conclusions du rapport Etienne, qui proposait d'autoriser les regroupements, mais qui suggérait également d'étendre aux établissements privés à but lucratif le système de la médicalisation de systèmes d'informations (P.M.S.I.) - dans le cadre duquel s'inscrivent déjà les établissements à but non lucratif participant au service public - voire d'abandonner le système de financement actuel des établissements privés à but lucratif au prix de journée, par l'octroi d'une enveloppe globale comparable au budget global ?

De plus, le rapport Etienne proposait que « l'ensemble des actes effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé, y compris les actes pratiqués dans les cabinets de radiologie et les laboratoires associés, devraient être reportés sur un bordereau unique transmis aux caisses de sécurité sociale au moins une fois par mois. De là une réflexion pourrait être engagée, visant à créer un enregistre-

ment annuel des remboursements pour chaque clinique et par régime, pouvant servir de base à un éventuel versement par douzièmes ».

Nous voici donc arrivés, madame le ministre, au terme de mon rapport. Vous l'avez bien deviné, je suis - et je reste - tout à fait en phase avec le fond et la forme du projet de loi que vous nous avez présenté et cela me permet de vous dire, mes chers collègues, que je souhaite le voir adopter dans son intégralité à une très grande majorité. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

M. Paul Chomet. C'est la brosse à reluire !

M. le président. La parole est à Mme le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la famille. Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, je tiens tout d'abord à remercier votre rapporteur pour la qualité de son exposé.

Le projet de loi qui vous est soumis porte en effet, pour une bonne part, sur un sujet très particulier et parfois difficile à appréhender : l'organisation médicale des établissements hospitaliers.

Je crois que le premier mérite du rapport qui vient de nous être présenté est d'avoir expliqué clairement une matière souvent complexe.

Le deuxième mérite est de ne pas s'être limité à l'exposé technique des mesures contenues dans ce projet, mais d'avoir fait ressortir également les justifications, les implications et les possibilités ouvertes par ces différentes mesures.

Le troisième mérite, particulièrement important à mes yeux, est d'avoir souligné également l'importance des mesures contenues dans les autres titres que le titre premier.

Je crois que l'exposé adopté par la commission et présenté par son rapporteur constitue, à tous les points de vue, la base de départ idéale pour un débat constructif sur ce projet de texte.

Je souhaiterais maintenant, avant d'aborder la discussion générale, évoquer deux points importants.

D'une part, je souhaite bien situer ce projet de texte dans la politique générale du Gouvernement en matière hospitalière et, d'autre part, vous avez soulevé, monsieur le rapporteur, un certain nombre de questions. Je sais par ailleurs que d'autres questions l'ont été par plusieurs d'entre vous, comme j'ai pu le constater lors de la présentation du texte devant votre commission.

Je vais donc m'efforcer d'apporter des éléments de réponse à plusieurs de ces questions, sachant que les amendements permettront également d'aborder différents sujets qui vous préoccupent.

Je souhaiterais tout d'abord bien situer le projet de texte qui vous est soumis dans la politique hospitalière générale du Gouvernement. J'ai insisté à plusieurs reprises sur l'absolue nécessité de ce projet, qui seul permettra de sortir du vide juridique actuel.

L'importance de ce texte ne doit cependant pas dissimuler pour autant qu'il ne s'agit non pas d'une fin en soi, mais d'un simple préalable nécessaire.

Ce texte est un préalable nécessaire, car les hôpitaux ont besoin de retrouver des structures stables, souples, bien définies et reconnues par tous.

Ce retour à la stabilité est indispensable pour que nos hôpitaux puissent aborder, dans les meilleures conditions possibles, les mutations, voire les bouleversements qui ne manqueront pas d'apparaître dans les prochaines années.

Je n'en citerai que quelques exemples : en l'an 2000 près de la moitié des actes de chirurgie seront des actes faits par endoscopie ou des actes de remplacement, avec notamment les transplantations d'organes.

Dans les prochaines années également, la part de la chirurgie ambulatoire ne cessera de croître, transformant partiellement la conception traditionnelle de l'hôpital.

L'évolution démographique, dont nous connaissons le caractère inéluctable à moyen terme, posera avec une acuité toujours croissante le problème des personnes âgées.

Je pourrais ainsi multiplier les exemples de ces évolutions qui bouleverseront le paysage hospitalier.

A l'intérieur même de l'hôpital, les problèmes budgétaires, les problèmes de gestion, d'informatisation ou d'organisation du travail constitueront des priorités.

Le Gouvernement a entrepris d'apporter à ces différentes questions les premiers éléments de réponse. Je n'en citerai que quelques exemples.

Tout d'abord, le Gouvernement a entrepris de favoriser le développement des techniques médicales et thérapeutiques.

Un effort particulier a été fait pour permettre aux établissements de s'adapter à l'apparition de nouvelles maladies. Je pense, bien entendu, ici, au problème du SIDA.

Cet effort a porté également sur le développement de nouvelles techniques médicales, qui constituent incontestablement des voies d'avenir. Le premier train de mesures en faveur du développement des transplantations d'organes en est un exemple.

En second lieu, des mesures ont également été prises en matière de gestion hospitalière.

Les mécanismes de l'investissement hospitaliers ont été considérablement assouplis en 1987 et les prêts sans intérêt des C.R.A.M., supprimés en 1983, ont été rétablis.

Des projets sont en cours pour supprimer les rigidités ou les effets pervers engendrés par le budget global, tout en conservant le principe général. Les premières mesures devront pouvoir être mises en œuvre, à titre général ou expérimental, dès les budgets primitifs 1988.

En troisième lieu, un effort important a été entrepris en matière d'évaluation médicale.

L'année 1987 verra ainsi l'expérimentation en grandeur réelle, dans deux ou trois régions, du projet de médicalisation des systèmes d'information, ce qu'on a appelé le P.M.S.I.

Par ailleurs, dans les prochains jours, paraîtra un décret créant un comité national pour l'évaluation médicale. Ce comité aura, entre autres, pour mission de favoriser le développement des études d'évaluation, d'en valider les principes et de définir des critères d'évaluation.

Je pourrais également rajouter à ces différents points, les mesures relatives à la planification sanitaire, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure en réponse à M. le rapporteur.

Enfin, en cinquième lieu, je souhaiterais indiquer la politique du Gouvernement en matière de personnel hospitalier.

L'hôpital, c'est avant tout les hommes et les femmes qui y travaillent.

Or, vous le savez, travailler dans un hôpital ne relève pas du hasard. On choisit de travailler à l'hôpital et ce travail correspond à une vocation.

L'hôpital ne pourra fonctionner que si tous ceux qui y travaillent y trouvent à la fois une motivation, une responsabilisation et des conditions de travail qui leur permettent de se réaliser pleinement.

C'est pourquoi, parallèlement à cette loi, nous nous attachons à trouver des solutions à ces différents problèmes.

Tout d'abord, plusieurs textes d'application du titre IV du statut général de la fonction publique, c'est-à-dire la loi du 9 janvier 1986, ont été pris ou sont en cours de concertation.

Je pense notamment au décret sur les congés bonifiés des agents originaires des départements d'outre-mer, à celui sur l'intégration des personnels de secteurs psychiatriques, ou encore au décret sur les congés maladie, longue maladie et longue durée.

J'ai moi-même annoncé récemment aux syndicats de personnels un programme de travail particulièrement chargé pour 1987, qui verra notamment la mise en chantier de plusieurs statuts particuliers.

Une réflexion sera également entreprise, en concertation avec les organisations syndicales, sur l'organisation du travail dans les établissements. Cette réflexion devra permettre de dégager des solutions concrètes et négociées qui permettent à la fois d'améliorer l'encadrement du malade et de tenir compte des aspirations du personnel.

Par ailleurs, l'informatisation des établissements hospitaliers, qui se poursuit depuis plusieurs années, devra permettre, en allégeant les charges administratives, de dégager du temps de travail, qui devra être restitué, en priorité, au lit du malade.

Enfin, un effort particulier a été fait en matière de formation continue, enjeu essentiel pour accompagner l'évolution technologique de nos établissements.

Les instructions budgétaires diffusées aux établissements pour les budgets 1987 ont, en effet, mis l'accent sur la nécessité de préserver les crédits prévus pour financer cette formation et d'atteindre l'objectif de 1 p. 100 du budget total.

Vous le voyez, la politique hospitalière du Gouvernement ne se limite donc pas au seul projet de loi qui vous est aujourd'hui soumis.

Mais il faut bien comprendre que toutes ces réformes, qui sont nécessaires pour que les hôpitaux puissent aborder dans de bonnes conditions les mutations en profondeur que j'évoquais tout à l'heure, ne peuvent se faire que sur un terrain stable.

Une absence de structures bien définies, une dilution des responsabilités, un flottement dans la définition du rôle de chacun à l'intérieur de l'hôpital ne pourraient conduire qu'à l'échec de ces réformes, pourtant indispensables pour permettre à nos hôpitaux d'aborder le XXI^e siècle.

Voilà pourquoi le présent projet de texte, tel que vous l'a présenté M. le rapporteur, constitue, à bien des titres, un préalable indispensable.

J'en viens maintenant aux questions soulevées par M. le rapporteur.

Vous avez évoqué, monsieur le rapporteur, la question de l'articulation entre les différentes structures médicales créées par ce projet de loi : c'est-à-dire le département, le service, et le pôle d'activité.

C'est là, effectivement, une question très importante sur le détail de laquelle nous aurons sans doute l'occasion de revenir au cours de la discussion des articles.

Laissez-moi toutefois vous indiquer les grandes lignes directrices qui ont inspiré la rédaction des articles du titre I^{er}.

Face au problème complexe de l'organisation médicale des établissements, deux solutions étaient envisageables : soit tenter de mettre sur pied un texte très détaillé, en essayant de prévoir tous les cas de figure possibles et en fixant des règles très précises et contraignantes ; soit opter pour un texte de portée générale qui se contente de fixer un cadre suffisamment souple pour s'adapter à toutes les situations locales et qui fasse confiance à tous ceux qui travaillent quotidiennement dans les hôpitaux pour mettre progressivement sur pied une organisation adaptée aux besoins spécifiques de chaque établissement.

Il va de soi que nous avons choisi délibérément de privilégier la seconde solution.

Le projet propose donc une organisation qui prévoit l'articulation, autour des services, de deux structures nouvelles : le département et le pôle d'activité.

Il est important, pour répondre à votre question sur l'articulation des structures médicales, de bien comprendre que le département et le pôle d'activité sont des structures volontaires.

Leur création repose donc sur un acte volontaire, sur une décision prise librement. Leur fonctionnement est régi par des documents élaborés par les intéressés eux-mêmes, qu'il s'agisse du règlement intérieur pour le département ou de la délégation pour le pôle d'activité.

Il est bien évident que les problèmes d'articulation se posent de façon totalement différente selon qu'il s'agit de structures que l'on a soit même contribué à créer ou de structures qui ont été définies et imposées arbitrairement de l'extérieur.

Dans ce projet de texte, le Gouvernement, vous l'avez dit, a choisi la souplesse et le pragmatisme. Il a également choisi de faire confiance à ceux qui assurent, sur le terrain, le fonctionnement médical de nos hôpitaux, pour mettre en place progressivement, en fonction des besoins spécifiques de chaque hôpital, des structures qui s'avèreront, de toutes façons, rapidement indispensables.

Bien entendu on ne peut exclure, comme dans toute organisation, l'apparition de conflits dans tel ou tel service ou tel ou tel département.

Je sais que cette question préoccupe certains d'entre vous, tout particulièrement en ce qui concerne les pôles d'activité.

Je crois qu'il faut être clair sur ce point et bien souligner la logique du texte qui vous est soumis.

La création d'un pôle d'activité se fait à l'initiative du chef de service. Il s'agit donc de sa part d'une décision volontaire et librement consentie.

Il n'est donc pas envisageable que cette décision librement consentie puisse être journellement remise en cause, avant le terme du mandat de cinq ans.

Comme les services ou les départements, les pôles d'activité ont en effet besoin d'un minimum de stabilité pour fonctionner dans des conditions normales.

Si un conflit survient à propos d'un pôle d'activité ou d'une délégation et que le terme du mandat de cinq ans, c'est-à-dire du renouvellement des délégations, est trop éloigné, il existe plusieurs solutions dans les textes actuels.

Ces solutions vont de l'accord amiable sur une modification de la délégation à la suppression pure et simple du pôle d'activité par le conseil d'administration, dans l'hypothèse où le conflit prend une ampleur telle qu'il nuit au fonctionnement médical de l'établissement.

L'esprit du texte qui vous est soumis est de faire confiance à l'initiative locale pour mettre progressivement sur pied, à partir d'un cadre général, l'organisation la mieux adaptée aux spécificités de chaque établissement ou de chaque activité médicale.

La contrepartie de cette autonomie nouvelle donnée aux établissements est la nécessaire stabilité indispensable à nos hôpitaux.

Les établissements pourront se doter de structures adaptées très précisément à leurs besoins.

Il n'est pas souhaitable en revanche que les choix qu'ils seront amenés à faire soient remis en cause en permanence.

J'ai pleinement confiance en ceux qui, sur le terrain, assurent le fonctionnement de nos hôpitaux, pour aboutir progressivement à l'organisation la mieux adaptée.

Votre rapporteur a également évoqué l'articulation des responsabilités du corps médical avec l'autorité administrative.

Je crois que, sur ce point, les intentions du Gouvernement ont été clairement exprimées. Dans chaque article où le problème se pose, la rédaction du texte est d'ailleurs suffisamment claire.

Il existe d'ores et déjà, dans la loi du 31 décembre 1970, une définition précise du rôle respectif du conseil d'administration et du directeur.

Nous avons choisi de ne pas modifier ces dispositions.

Les articles de ce projet relatif au département et au pôle d'activité indiquent de façon précise le rôle du conseil d'administration.

Ce rôle est de créer par une délibération les structures résultant de l'initiative locale.

Il s'agit en quelque sorte d'officialiser une structure sur laquelle les partenaires concernés se sont mis d'accord.

Bien entendu, le conseil d'administration reste souverain et n'a pas compétence liée. Il lui appartiendra en particulier de s'assurer que la structure ou la délégation envisagées s'insèrent bien dans le programme et le plan directeur de l'établissement.

Ce problème de répartition des compétences a également été évoqué à propos de l'article 4 du projet de loi, c'est-à-dire l'article relatif au rôle des commissions médicales d'établissement.

Je crois que, là aussi, la rédaction du texte est suffisamment claire.

Je pense notamment au visa explicite de l'article 22 de la loi du 31 décembre 1970, qui définit les pouvoirs du conseil d'administration et du directeur.

Je m'étonne en revanche de certaines réactions à cet article 4.

Certains s'indignent en effet que l'on puisse demander à la C.M.E., dans les limites que j'indiquais à l'instant et dans le respect de l'enveloppe budgétaire, de délibérer sur les orientations ou les choix médicaux, c'est-à-dire sur le choix de développer telle filière thérapeutique plutôt que telle autre.

Si l'on raisonne *a contrario*, cela signifierait que la décision, sur ces sujets hautement médicaux et thérapeutiques, revient à une autorité extérieure non médicale, en l'occurrence le conseil d'administration ou le directeur.

Le texte qui vous est soumis fixe un cadre général suffisamment souple pour s'adapter à toutes les situations locales.

Il appartiendra aux commissions médicales d'établissement de mettre progressivement en œuvre les nouvelles compétences qui leur sont ainsi confiées dans le domaine médical.

Enfin, M. le rapporteur a soulevé les problèmes liés à la carte sanitaire et à la planification sanitaire.

Je tiens, là aussi, à préciser clairement la proposition du Gouvernement.

Chacun s'accorde en effet à reconnaître qu'il existe en France, comme d'ailleurs dans la plupart des pays développés, plusieurs dizaines de milliers de lits excédentaires, tout particulièrement en court séjour.

Or, si nous ne faisons rien, l'évolution des techniques médicales et la réduction des durées moyennes de séjour ne feront qu'accroître cet excédent.

L'ensemble des dépenses de fonctionnement des établissements d'hospitalisation étant, je vous le rappelle, supporté par l'assurance maladie, il est indispensable d'adapter en permanence l'offre de soins à l'évolution des techniques et des besoins.

La carte sanitaire constitue l'un des instruments de cette adaptation.

Je vous rappelle par ailleurs, et les établissements privés le savent bien, que l'existence de la carte sanitaire accroît aussi la valeur des cliniques privées.

Sans carte sanitaire, un grand nombre de cliniques seraient contraintes de cesser leur activité et ne pourraient être rachetées qu'à la valeur des murs.

Même si ce point ne constitue pas l'objectif principal de la carte sanitaire, il n'en est pas moins nécessaire de le rappeler.

Je crois qu'il faut être bien clair. Le Gouvernement a choisi de promouvoir une politique d'égalité et de complémentarité entre le secteur public et le secteur privé.

Cette volonté s'est traduite de façon très concrète en matière de répartition d'équipements lourds.

Elle s'est traduite également par la systématisation des conventions d'utilisation commune des équipements lourds entre le public et le privé, c'est-à-dire entre les cliniques et les hôpitaux, quel que soit le lieu d'implantation.

Mais il ne saurait s'agir d'une égalité ou d'une complémentarité que je qualifierai d'égalité « à sens unique ».

Les établissements publics sont amenés à participer de façon importante à l'effort de réduction du nombre de lits actifs. Chaque restructuration donne ainsi lieu à la suppression de plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines de lits de court séjour.

Il ne serait pas normal, dès lors que l'on entend promouvoir l'égalité et la complémentarité, que les établissements privés ne participent pas, à leur mesure, à cet effort.

J'ajoute que cette évolution ne doit pas être vécue comme une contrainte ou une sujétion.

Elle ne fait en effet qu'accompagner un mouvement qui est souhaité et mis en œuvre par la très grande majorité des médecins et des responsables d'établissements publics ou privés : le renforcement des plateaux techniques au détriment des lits d'hospitalisation, dont le nombre doit décroître au fur et à mesure que les durées moyennes de séjour diminuent.

Si la carte sanitaire est donc à plusieurs titres une nécessité, elle présente cependant quelques imperfections, auxquelles le Gouvernement a entrepris de remédier.

Tout d'abord, nous avons entrepris d'élaborer une carte sanitaire du moyen séjour. L'ensemble des activités de moyen séjour, qui n'ont souvent guère de liens entre elles, sont en effet régies par un indice unique et global. Cet indice est identique dans chaque région et ne tient donc pas véritablement compte des besoins de chaque région ou de chaque discipline.

Une carte sanitaire du moyen séjour est donc en préparation. La concertation vient de s'engager sur ce point avec les représentants des différentes catégories d'établissements, publics ou privés.

En ce qui concerne les équipements lourds, les indices de besoins sont régulièrement révisés en fonction de l'évolution des techniques et des besoins.

Depuis un an, ces révisions ont porté notamment sur les indices de besoin concernant les scanners, les gammacaméras et les appareils d'I.R.M.

Par ailleurs, le gouvernement envisage de sortir très prochainement de la carte sanitaire un certain nombre d'équipement lourds, destinés en particulier à délivrer des soins.

Enfin, une fois réglée la question du moyen séjour, il faudra s'attaquer au problème de la carte sanitaire du long séjour.

C'est là, en effet, un enjeu essentiel pour préparer notre système sanitaire à l'accueil des personnes âgées et très âgées, dont le nombre ne cessera de croître dans les prochaines années. Je vous rappelle que, pour l'an 2000, nous prévoyons 20 p. 100 de personnes âgées de plus de soixante ans, dont près de 7 p. 100 de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans.

Voici quelles sont les principales orientations du Gouvernement en matière de planification sanitaire.

Tels sont, monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, les différents points que je souhaitais aborder avant de passer à la discussion générale, dont je suis persuadée qu'elle contribuera à enrichir et à améliorer ce projet de loi. *(Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R., et U.D.F.)*

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

M. Jacques Barrot, président de la commission. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, le travail très approfondi effectué par M. le rapporteur et les débats que la commission a eus avec le Gouvernement ont permis de clarifier certains éléments du texte, tout en en préservant l'esprit.

Il s'agit d'abandonner une méthode autoritaire, rigide et uniforme, qui a montré ses limites. Une gestion moderne et efficace de l'hôpital appelle, au contraire, un surcroît d'initiatives et exige un volontariat.

Mais il ne s'agit pas pour autant de renoncer à mettre en commun des compétences et des moyens, ni à organiser des équipes fonctionnelles - et vous savez, madame le ministre, que cet aspect des choses me tient à cœur.

J'ai été heureux de constater que ce projet, en maintenant la dissociation du grade et de la fonction, permettait à la fois d'établir les hiérarchies nécessaires, tout en évitant un excès de rigidité et en permettant aux jeunes médecins qui, compte tenu de la pyramide des âges, ne seront pas tous appelés à occuper des postes de chef de service, à se sentir tout de même partie prenante dans la communauté hospitalière. Cet effort de synthèse entre le besoin d'une hiérarchie claire et le désir de favoriser les regroupements, les équipes, n'est pas absent de ce projet. A cet égard, madame le ministre, vous avez fait preuve de pragmatisme.

L'avenir de l'hôpital et des établissements de soins en général passe par trois impératifs essentiels, et vous venez d'ailleurs d'y faire largement droit.

En premier lieu, je citerai l'impératif d'autonomie.

Il est certain que, pendant longtemps, les textes adoptés par le Parlement tendaient à régir un hôpital qui avait pour lui la chance de bénéficier de finances sociales particulièrement généreuses. Ce n'est que progressivement qu'est venu le temps des disciplines, lesquelles, il faut bien le reconnaître, ont été le plus souvent dictées de l'extérieur. C'est ainsi que le budget global, qui est arrivé à un moment où il n'y avait pas encore au sein de l'hôpital de comptabilité analytique ni d'évaluation des soins, est apparu dans certains cas comme une enveloppe financière aveugle, un mécanisme peu propice à susciter la responsabilité - vous l'avez reconnu, madame le ministre - et provoquant souvent des effets pervers.

Le premier impératif est donc d'orienter l'hôpital vers cette autonomie qui lui permettra d'avoir en lui-même les capacités de s'adapter et de se transformer.

Le texte qui nous est soumis n'a pas vocation, bien sûr, à résumer l'ensemble de la politique hospitalière. Il fournit uniquement certains repères autour desquels doit s'organiser la vie hospitalière de demain. Mais il ne faut pas perdre de vue les exigences de souplesse, de personnalisation et d'autonomie de la gestion de chaque établissement. Je souhaite, pour ma part, que des relations contractuelles plus claires s'établissent entre chaque établissement d'une part, l'administration et les caisses de sécurité sociale d'autre part. Autrement dit, à l'heure des cercles de qualité, l'hôpital doit pouvoir bénéficier lui-même des règles de management qui caractérisent l'entreprise moderne.

Le deuxième impératif réside dans l'équilibre entre le secteur public et le secteur privé.

Le texte vise à cette harmonisation. Il faudra sans doute aller au bout de la logique en suivant deux directions : d'abord, les procédures de création, de transformation, de regroupement devront progressivement être identiques,

chacun devant disposer des mêmes armes pour faire face aux évolutions ; ensuite, les évolutions doivent se faire avec toute la souplesse voulue, car notre administration a trop longtemps freiné les établissements dans leur désir d'apporter des améliorations à leurs structures.

Il est souhaitable qu'au cours de ce débat vous nous donniez l'assurance, madame le ministre, que les établissements privés ne se heurteront plus aux difficultés administratives, à ces véritables parcours d'obstacles auxquels ont été confrontés leurs gestionnaires à un moment où l'hospitalisation publique, elle, marquait des progrès. Ces problèmes ne peuvent pas être réglés par des textes. C'est un nouvel état d'esprit qui doit animer l'administration afin de permettre à tous les établissements, qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé, de s'adapter avec la souplesse voulue.

La carte sanitaire est certainement un outil indispensable. Encore faut-il qu'elle soit le moins bureaucratique possible. De plus, on ne doit pas laisser s'écouler trop de temps entre la définition d'un programme et son exécution si l'on ne veut pas que les décisions soient en retard sur les réalités.

Il convient d'arriver à un équilibre des règles concernant le secteur public et le secteur privé. Ainsi que l'a très bien souligné M. le rapporteur, la commission souhaite cette harmonie, qui signifie complémentarité et non concurrence abusive. A cet égard, le Gouvernement doit expliquer clairement dans quel état d'esprit seront pris les textes d'application.

M. René André. Très bien !

M. Jacques Barrot, président de la commission. Le troisième impératif est celui de la modernisation.

Les investissements ont visé pendant longtemps à accroître le parc hospitalier, le nombre de lits. Puis se sont imposées de nouvelles disciplines et on a eu le sentiment que l'on pouvait très sensiblement réduire l'effort financier dans le domaine hospitalier. Eh bien, non ! Certaines modernisations peuvent être, au contraire, source non seulement de meilleures performances, d'une meilleure qualité des soins, mais aussi d'économies substantielles. C'est pourquoi, madame le ministre, vous avez bien fait de rétablir les prêts sans intérêts de la Caisse nationale.

S'agissant des budgets, il convient que la tendance de ces dernières années soit inversée. Je rappelle qu'entre 1981 et 1986, les crédits d'équipements hospitaliers ont été divisés par deux. C'est d'ailleurs souvent en raison d'une approche économique à court terme que des arbitrages sont réalisés au détriment d'un meilleur fonctionnement de l'hôpital.

Enfin, il faut aussi améliorer certains statuts. Du reste, vous avez fait allusion à la mise en chantier de statuts particuliers. Il est bien évident que la communauté hospitalière est riche de tous ceux qui la composent et qu'elle doit consentir dans leur direction les efforts de formation et les efforts financiers nécessaires. C'est une œuvre de long terme qui conditionne la qualité de l'hôpital et aussi la réduction d'un absentéisme parfois regrettable.

Plutôt que de chercher à influencer sur les comportements, il est sans doute plus important de trouver la synthèse entre la hiérarchie fondée sur les compétences et la participation effective de tous, notamment des jeunes générations médicales, qui doivent être partie prenante à la vie hospitalière. La réussite d'un établissement hospitalier, public ou privé, c'est aussi et pour beaucoup la cohésion des équipes qui l'animent.

Vous avez cherché à travers ce texte le juste chemin entre des écueils contradictoires, mais il est vrai, madame le ministre, qu'il doit être accompagné d'une politique tenace et continue afin de moderniser le secteur hospitalier, d'adapter la réalité hospitalière, publique ou privée, qui, comme vous l'avez très bien dit, connaît, elle aussi, des mutations considérables. C'est pourquoi tout ce qui concerne l'hospitalisation me paraît fondamental pour l'avenir de notre système de soins.

Merci de nous présenter ce texte. Merci de faire que ce débat soit un dialogue entre le Gouvernement et le Parlement et nous permette de manifester notre attachement à la réalité hospitalière. *(Applaudissements sur les bancs des groupes U.D.F. et du R.P.R.)*

M. le président. En application de l'article 91, alinéa 4, du règlement, M. Joxe et les membres du groupe socialiste et apparentés soulèvent une exception d'irrecevabilité.

La parole est à M. Edmond Hervé.

M. Edmond Hervé. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, l'égalité est un principe constitutionnel de la République et de notre communauté. Cela ressort du préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 qui rappelle le respect que nous devons aux principes de la Déclaration de 1789, ainsi qu'au préambule de la Constitution de 1946. Selon les termes de la Constitution de 1958 - le deuxième alinéa de l'article 1^{er} et le premier alinéa de l'article 2 entre autres - cette égalité se conjugue socialement par référence directe à la solidarité.

Or voici que vous nous présentez, madame le ministre, un projet qui, s'il était adopté...

M. Bernard Debré. Il le sera !

M. Edmond Hervé. ...irait à l'encontre de l'égalité et de la solidarité.

De par la filiation de nos lois fondamentales, de par leurs références explicites, l'égalité et la solidarité s'appliquent à la « protection de la santé », laquelle est visée très directement par le texte du 27 octobre 1946, encore tout imprégné de l'heureuse philosophie qui inspira l'ordonnance du 4 octobre 1945 ; heureuse philosophie, car nous savons avec Jaurès que le « code de l'égalité civile » devient un mensonge dès lors qu'il n'est pas soutenu par un « code de l'égalité sociale ». C'est précisément ce « code de l'égalité sociale » qui risque d'être atteint à nouveau.

Ce texte, s'il venait à être adopté...

M. Bernard Debré. Il le sera !

M. Edmond Hervé. ... consacrerait l'une des inégalités les plus intolérables : l'inégalité devant l'accès aux soins au sein même de l'hôpital public en fonction de la richesse. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.* - *Protestations sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

M. Bernard Debré. Vous vous trompez de texte !

M. Edmond Hervé. Défendre la solidarité, c'est aussi prendre des dispositions qui permettent de tirer le meilleur parti des ressources dont on dispose. Le Gouvernement a choisi, lui, une voie qui va à l'encontre de cette orientation.

M. Guy-Michel Chauveau. Eh oui !

M. Edmond Hervé. Elle restreint les effets des moyens dont vous disposez et donc, en définitive, elle limite le champ même de la solidarité, et ce à un moment où notre pays, engagé dans les mutations que l'on sait, a besoin de cette dernière. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Madame le ministre, le projet que vous nous présentez exprime très fidèlement l'esprit de restauration qui inspire trop souvent votre discours hospitalier. Il s'inscrit dans une logique que nous avons vu apparaître en 1983, logique que la proximité de l'échéance présidentielle ne fait que renforcer lorsque l'incitation à la sagesse ne produit pas ses effets.

Ce projet porte également la marque de la contradiction. M. le Premier ministre a posé une question très juste...

M. Michel Hannoun. Ah ! enfin.

M. Edmond Hervé. ... le 17 avril dernier en s'interrogeant « sur le moyen de redéfinir le rôle de l'hôpital afin d'assurer la progression du progrès médical et la maîtrise de la dépense hospitalière ». Or vous nous proposez d'arrêter des dispositions qui risquent exactement d'aller à l'encontre de ces objectifs. Dès lors, quelle crédibilité faut-il accorder à cette question que je viens de rappeler et quelle est l'exacte volonté qui la sous-tend ?

L'esprit de restauration conduit à l'inégalité et votre contradiction vous éloigne de la solidarité.

M. Bernard Debré. Restaurer quoi ?

M. Edmond Hervé. Tels sont les deux points que je voudrais développer.

L'esprit de restauration conduit à l'inégalité.

M. Bernard Debré. Mais rien n'a été appliqué !

M. Edmond Hervé. Nous condamnons le retour du secteur privé à l'hôpital public. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Michel Hannoun. C'est mal venu, vous l'avez maintenu !

M. Bernard Debré. Hors la loi !

M. Edmond Hervé. Il est injuste et inégalitaire.

Il est inégalitaire entre les médecins car tous les médecins ne peuvent pratiquer en secteur privé. Certains le peuvent, d'autres non. (*Protestations sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

Cet esprit de restauration induit aussi une autre inégalité entre le corps médical et le corps paramédical.

M. Bernard Debré. Mais ce n'est pas le sujet du projet de loi !

M. Edmond Hervé. La communauté hospitalière a aujourd'hui besoin de solidarité. Or tout ce qui peut être créateur de tensions au sein de cette communauté est néfaste pour l'avenir de l'hôpital. (*Très bien ! sur les bancs du groupe socialiste.* - *Exclamations sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

M. Michel Hannoun. C'est parce que vous avez compris cela que vous avez maintenu le secteur privé !

M. le président. La parole est à M. Hervé seul.

M. Edmond Hervé. Vous savez, d'autre part, que ce retour du secteur privé est un facteur d'injustice. L'argent devient un critère de choix du malade et du médecin.

Je ne développerai pas plus avant ce thème. Je me bornerai simplement à faire remarquer que les deux derniers ministres de la santé en poste avant mai 1981, après avoir très explicitement constaté l'anomalie éthique constituée par ce secteur privé, avaient choisi de le réformer.

M. Jean-Paul Séguéla, rapporteur. Hors sujet !

M. Edmond Hervé. Ils ne surent ni ne purent le faire. Et je note que, vous-même, madame le ministre, avez remis ce que vous appeliez hier les « garanties ».

Votre projet de décret d'application ne donne aucun moyen de contrôler effectivement l'exercice de l'activité libérale.

M. Guy-Michel Chauveau et M. Claude Bartolone. Très juste !

M. Bernard Debré. M. Hervé est en retard d'une loi, encore une fois !

M. Edmond Hervé. Et les rapports de la Cour des comptes sont encore trop frais à notre mémoire pour que nous ne nous rappelions pas qu'ils ont apporté la preuve des abus dont ont pâti les malades avant 1982. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.* - *Protestations sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

M. Guy-Michel Chauveau. Très bien ! C'est vrai !

M. Claude Bartolone. C'est la réalité !

M. Edmond Hervé. C'est notre crédit que d'avoir fait voter les dispositions de la loi du 28 octobre 1982 accompagnées des dispositions compensatrices.

M. Bernard Debré. Vous n'avez pas pu les promulguer !

M. Edmond Hervé. Ayant choisi...

M. Michel Hannoun. De ne pas l'appliquer !

M. Edmond Hervé. ... ce rétablissement du secteur privé dans les conditions parlementaires que l'on sait, vous estimez qu'il s'agit d'un utile moyen pour retenir le médecin à l'hôpital public.

M. Bernard Debré. Après ce que vous avez fait !

M. Edmond Hervé. Mais vous avez également en charge, madame le ministre, la défense de l'hôpital public. N'alimentez point de fausses rumeurs à son sujet.

M. Jacques Toubon. Ça, c'est la meilleure !

M. Edmond Hervé. Ce n'est pas ainsi que vous attirerez les médecins et que vous mobiliserez le milieu médical. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Faites, par exemple, une juste appréciation des départs. Pour ma part, je citerai des chiffres officiels que j'ai déjà eu l'occasion de présenter : en 1985, il y avait exactement 10 194 praticiens hospitaliers non universitaires en fonction dans nos hôpitaux ; de 1981 à 1985, on a enregistré exactement 454 départs, chiffre qui, proportionnellement, n'est pas plus élevé que celui des cinq années qui ont précédé 1981. (*Très bien ! sur les bancs du groupe socialiste.*)

Un député du groupe socialiste. Il fallait le dire !

M. Bernard Debré. Il faut s'en féliciter ?

M. Edmond Hervé. J'ajoute, et vous le savez bien, que ces départs touchent principalement certaines disciplines.

Comment freiner ces départs ? Comment pourvoir le maximum de postes vacants ? Un certain nombre de nos collègues sont aussi administrateurs d'hôpitaux et ils savent bien que ces postes vacants existaient avant 1981 comme après, avant 1987 comme maintenant.

M. Bernard Debré. 1986 !

M. Edmond Hervé. Vous n'avez pas besoin d'enfreindre le principe d'égalité pour ce faire.

Je sais tout comme vous qu'il y a des postes moins attrayants que d'autres géographiquement. Nous n'y pouvons pas grand chose, et cette situation n'est pas propre au domaine hospitalier.

Des réponses existent aux questions que j'ai posées et vous n'aviez pas besoin de rétablir cette injustice.

M. Jean-Michel Dubernard. Mais c'est hors sujet !

M. Bernard Debré. Vous êtes en retard d'une loi ! Vous avez toujours été en retard !

M. Edmond Hervé. Il est toujours possible de recruter plus : c'est l'affaire de choix budgétaires et d'appréciation du niveau de connaissances. Je note d'ailleurs qu'en 1986 et 1987 vous n'avez pas recruté plus, mais moins qu'avant mars 1986.

M. Jean Giovannelli et M. Gérard Bapt. C'est vrai !

M. Edmond Hervé. Et puis, il est toujours possible de rémunérer mieux. Nous fîmes des efforts en ce sens et j'estime que le statut des praticiens hospitaliers va en ce sens, tout comme votre texte sur les gardes et astreintes participe de cette orientation.

Il faut aussi modifier certains aspects de la nomenclature concernant des spécialités bien connues, telle la radiologie.

Il faut également encourager la coopération entre l'hôpital et l'extérieur.

Il faut enfin organiser la participation à l'intérieur de l'hôpital. Alors, pourquoi avoir choisi d'en organiser la régression ? (*Exclamations sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F. - Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Vous renouez avec la tradition la plus archaïque des services.

M. Guy-Michel Chauveau. C'est la vérité !

M. Edmond Hervé. Ils ont représenté une étape importante de notre développement hospitalier, mais force est de reconnaître que la multiplication des disciplines, l'approche globale que l'on doit aux malades, les nouveaux impératifs de gestion, de participation, de compagnonnage, rendent inadéquate une organisation conservant une base datant d'un texte législatif du 31 décembre 1941. Toute une pensée hospitalière, en France comme à l'étranger, n'a cessé de se développer en ce sens. Elle est apparue d'une certaine manière dès 1958, elle a resurgi en 1965 et les circulaires du 16 décembre 1970, du 29 janvier 1975 et du 5 mai 1976 furent autant d'avancées vers la départementalisation.

M. Bernard Debré. Il y a eu une grande régression en 1983 !

M. Edmond Hervé. De 1975 à 1980, les réflexions et expériences ne firent que se multiplier. Pour ne prendre qu'un exemple, je veux citer un document de l'Assistance publique de Paris datant de février 1979 et intitulé : « Les départements médicaux ». En annexe, il reproduit le statut du département de pédiatrie de Necker.

M. Jean-Michel Dubernard. Très bien !

M. Bernard Debré. Et alors ?

M. Edmond Hervé. Je souscris à ses principes et à son titre, que vous avez totalement oubliés.

M. Michel Hennoun. Il n'y a pas que vous qui souscrivez à la départementalisation !

M. Edmond Hervé. Moins de deux ans plus tard, l'association « Solidarité médicale » publie un document dans lequel elle se prononce en faveur d'une nouvelle organisation : « aux structures traditionnelles pyramidales, fortement hiérarchisées, il convient de substituer progressivement des structures horizontales où chaque médecin hospitalier titulaire est responsable techniquement et économiquement d'un certain nombre de lits - unités de soins - regroupés au sein d'un service, dirigé par un coordonnateur élu par ses pairs pour une durée déterminée ».

M. Bernard Debré. C'est la loi que nous vous proposons !

M. Edmond Hervé. Les textes législatifs et réglementaires instituant la départementalisation prennent donc place dans une évolution historique. C'est ce qui fait leur force et assure la pérennité de leurs principes.

Oubliant l'intérêt de l'hôpital, du malade, du médecin, des personnels et des financiers, les adversaires de la départementalisation ont pourfendu ces textes et je trouve attristant qu'un ancien Premier ministre se soit prêté à ce jeu destructeur.

M. Gérard Bapt et M. Claude Bartolone. Très bien !

M. Edmond Hervé. Voici ce qu'il écrit dans une lettre en date du 15 mars 1985 adressée à un responsable officiel et très connu de la communauté hospitalière :

« Monsieur le professeur, ainsi que j'ai eu l'occasion de vous le dire, je partage les préoccupations que vous inspirent les réformes hospitalières et hospitalo-universitaires qui ont été mises en œuvre par le Gouvernement. La suppression de l'internat, que nous avions distingué en 1979 du résidanat, l'introduction d'un système de départementalisation qui fait disparaître la cohésion et l'efficacité des services qui assureraient le prestige de nos hôpitaux, l'application dans des conditions regrettables d'uniformité du budget global, tout cela me paraît mettre en péril la qualité et le rayonnement de nos centres hospitaliers et hospitalo-universitaires. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer publiquement sur ces divers points mais je tiens à vous confirmer combien je souhaite que, dès maintenant, les responsables de nos hôpitaux et de nos centres hospitalo-universitaires luttent pied à pied contre l'application de ces réformes en attendant que l'alternance politique que je souhaite pour notre pays vienne établir des structures fondées sur la compétence et le savoir au service du rayonnement de la médecine et de la chirurgie française. »

« Je vous prie de bien vouloir agréer, monsieur le professeur, l'expression de mes meilleurs sentiments. » Signé : Raymond Barre. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F. - Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Je me devais de lire ce texte marqué du sceau de la déontologie républicaine.

Pour nous, le département est une équipe et un centre d'activités placé sous la responsabilité d'un chef de département choisi par ses pairs, assisté d'un conseil consultatif, à majorité médicale, mais où toutes les catégories de personnels sont représentées, sans que cela remette en cause le pouvoir médical. La plan de départementalisation...

M. Bernard Debré. Bavardage !

M. Edmond Hervé. ...ne peut être arrêté que par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale consultative et à partir des propositions élaborées par les différents acteurs de l'hôpital. Nous estimons et nous estimons que chaque hôpital doit être libre de choisir comme il l'entend sa propre carte de la départementalisation.

Or que nous proposez-vous ? Le simple rapprochement de services à la discrétion de leurs responsables ; vous reconnaissez ainsi à chacun de ceux-ci un droit de veto.

M. Arthur Paecht. C'est comme ça que cela doit se faire !

M. Edmond Hervé. Que dire de la procédure de renouvellement du chef de service ? Nous ne connaissons pas procédure et illustration plus bureaucratiques et plus centralisatrices que ce que vous nous proposez à l'article 20-2, alinéa premier.

M. Claude Bartolone. Très bien !

M. Edmond Hervé. Je crois me souvenir qu'il y a quelque 6 000 chefs de service. La sous-direction compétente pour ce renouvellement doit compter en tout et pour tout 15 agents. Je leur souhaite bonne chance !

Vous ne vouliez pas de chefs de service à vie. Vous organisez le contraire. Le ministre, en nommant ainsi les chefs de service, définit la structure de tous les hôpitaux de France. Et ce gel de l'organisation hospitalière est d'autant plus néfaste que les nouvelles disciplines mettent toujours un temps très long avant d'émerger au niveau du service.

Ainsi, entre le moment où l'on a parlé de l'immunologie et celui où des services ont été consacrés à cette discipline, plus de vingt ans se sont écoulés.

Par ailleurs, cette procédure de renouvellement fait insensiblement passer de la fonction au grade alors que la distinction du grade et de la fonction est l'une des clefs de la gestion motivante des personnels médicaux. Ne l'abandonnez pas !

M. Bernard Debré. Elle n'a pas été abandonnée !

M. Edmond Hervé. Quelle est la nature du pouvoir de délégation dont dispose le chef de service ? Etes-vous certaine, madame le ministre, d'innover ?

Pourquoi cette crainte du comité technique paritaire, qui vous fait l'ignorer ? Vous aviez promis un pouvoir décisionnel à la commission médicale consultative : qu'est-il devenu ? Il vous a fallu, pour sauver les apparences, l'appeler « commission médicale d'établissement ». Je ne résiste pas au devoir de relire l'avant-dernier alinéa de l'article 4 de votre projet de loi : « A la demande du directeur de l'établissement ou du chef de service ou du coordonnateur de département concerné, et compte tenu des décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles 22 et 22-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, la commission médicale d'établissement délibère sur les orientations médicales à mettre en œuvre dans le respect de la dotation budgétaire allouée. »

Madame le ministre, nous aurions gagné beaucoup de temps si le titre I^{er} de votre projet n'avait compté qu'un seul article de suppression, emportant celle des textes précédents intéressant la départementalisation. Vous auriez pu alors reprendre à votre compte la circulaire du 5 mai 1976 signée par Mme Veil. Une telle démarche aurait eu le mérite de la clarté et de la simplicité. *(Très bien ! Très bien ! sur les bancs du groupe socialiste.)*

Mais il vous a fallu faire autre chose puisque, par imprudence ou par conviction, vous avez déclaré que le département était un système moderne et d'avenir. Si l'esprit de restauration vous conduit à l'inégalité, votre contradiction vous éloigne de la solidarité.

Vous avez rendu funestement d'actualité le déficit de la sécurité sociale. Vous affirmez vouloir l'équilibre de celle-ci. Alors pourquoi ne saisissez-vous pas l'occasion de ce texte pour avancer des solutions allant en ce sens ? Je crains même que vos propositions, limitées à ce qu'elles sont, n'aggravent le chapitre des dépenses sans que cela se traduise par un mieux pour les malades et les personnels.

Je note d'ailleurs que, d'une manière générale, dans le domaine de l'économie hospitalière, vous n'avez introduit aucune procédure fondamentale nouvelle, exception faite pour le forfait hospitalier, que vous avez conservé, augmenté et modulé. *(Exclamations sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.)*

M. Bernard Debré. Quelle mauvaise foi !

M. Edmond Hervé. Vous avez choisi de conserver le budget global. Je me souviens, mes chers collègues, de toutes les critiques qui furent portées à l'époque contre lui et j'ai lu avec attention les récents documents qui ont été rédigés à ce sujet.

Mais, lorsqu'on parle du budget global, pour le traduire, il faut s'appuyer sur des centres de responsabilité. Or, ceux-ci, vous ne les avez pas inventés. La voie que vous empruntez établit une correspondance étroite entre les centres de responsabilité et les services. Or vous savez bien que ces derniers, de par leur rigidité et leur cloisonnement, sont inflationnistes et ne correspondent donc pas à cette vision globale que nous voulons avoir.

Vous avez tellement bien compris qu'ils étaient inflationnistes, qu'il y avait actuellement une frénésie de créations, que vous avez dû, il y a moins de quinze jours, faire signer par votre administration une circulaire rappelant aux directeurs d'hôpitaux qu'ils ne pouvaient pas accepter la création de services nouveaux, car elle était illégale.

Par ailleurs, vous avez affirmé ne pas remettre en cause les programmes de médicalisation des systèmes d'information. Vous ne les avez pas inventés ! Vous avez également affirmé ne pas remettre en cause la technique que nous avions définie des groupes homogènes de malades.

M. Jean-Michel Dubernard. Ce n'est pas vous qui l'avez inventée !

M. Edmond Hervé. P.M.S.I. et groupes homogènes de malades constituent des éléments clés que nous avons formalisés, que nous avons expérimentés pour une gestion hospitalière moderne.

M. Bernard Debré. Est-ce vous qui avez inventé les antibiotiques ?

M. Edmond Hervé. Mais force est de reconnaître que vous hypothéquez leurs apports non seulement du fait du système de structuration hospitalière interne que vous retenez, mais aussi de par votre abandon de l'évaluation.

Vous avez promis il y a quelque temps la création d'une commission spéciale de l'évaluation. Où est-elle ? Et, là aussi, je suis obligé de constater que vous avez abandonné une philosophie. Vous avez opéré une restauration très coûteuse qui nous ramène avant le début des années soixante-dix, à la fin des années soixante, au moment de la juste explosion du mouvement de rationalisation des choix budgétaires, que nous avons repris. Mais, pour des raisons culturelles et politiques, vous avez décidé de remettre à demain cette approche.

Après tout, pouviez-vous faire autrement ? Non, car vous avez choisi une option qui tourne le dos à la participation et à la motivation.

Je me permets de vous présenter ces remarques à un moment où se trouve sur votre bureau le rapport Etienne consacré à la planification hospitalière. Commandé par Jacques Delors et Pierre Bérégovoy, il a été rendu public par Philippe Séguin et Edouard Balladur.

Ce rapport contient des propositions fortes qui méritaient d'être reprises. Je reconnais que le titre III de votre projet s'en inspire. Mais pourquoi s'en être tenu à la seule disposition du regroupement des cliniques privées qui, détachée d'un environnement à considérer et à réformer, risque de produire des effets financiers pervers et, là encore, contraires aux objectifs que vous affichez et au principe d'égalité devant la loi ?

Le professeur Etienne affirme la nécessité du programme d'établissement, fixant objectifs et moyens. Fruit de la réflexion, il sert de référence garantissant une évolution cohérente des activités hospitalières, et fait prévaloir l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins dans un contexte de contrainte budgétaire.

A cet égard, madame le ministre, je vous invite à ne pas reprendre en 1988 la procédure que vous avez retenue en matière de taux budgétaires. En effet, la loi de décembre 1970 impose aux établissements publics hospitaliers d'arrêter au 1^{er} janvier de l'année le budget pour l'année en cours. Or, en 1987, nous avons reçu cette circulaire dite budgétaire au cours de la première quinzaine du mois de janvier ! Ce n'est pas cela la rigueur, ce n'est pas cela une démarche gestionnaire !

Résultat d'une concertation interne, le programme d'établissement doit constituer un instrument de dialogue avec la tutelle. Élément de la planification sanitaire, cette concertation suppose une promotion des dispositions particulières de la loi du 31 décembre 1970 relatives aux syndicats interhospitaliers.

Je me souviens, madame le ministre, de certaines de vos déclarations. A notre collègue M. Douyère vous avez déclaré ici même que l'hôpital était dans un véritable état de délabrement.

M. Jean-Paul Ségué, rapporteur. C'est vrai !

M. Edmond Hervé. Deux mois après vous constatez qu'il était en marche.

M. Arthur Pæcht. Nous étions revenus au pouvoir !

M. Edmond Hervé. A la même époque, vous êtes partie en guerre, lors d'un congrès qui se tenait à Strasbourg, contre la complémentarité, alors qu'il s'agit pourtant d'une notion importante.

J'ajoute, faisant référence à la loi de 1970, que nous sommes un certain nombre ici à avoir l'expérience de la gestion hospitalière. Nous savons bien que, tout comme la coopération communale, la coopération inter-hospitalière est difficile. Mais vous ne pourrez pas gérer correctement les moyens mis à la disposition de la protection sociale dans le domaine hospitalier si l'on ne donne pas plein effet aux dispositions de 1970.

La planification hospitalière régionale, incluant les activités publiques et privées et toutes les disciplines, est incontournable. Je sais que ce mot de « planification » n'est pas prisé par tous et je sais que vous préférez le mot « organisation », mais peu m'importe ! On peut y arriver par la mise en place de schémas régionaux spécialisés successifs. En toile de fond d'une telle appréhension doit figurer une parfaite information, diversifiée et transparente, facile à agréger et je sais, à cet égard, les efforts que nous avons à faire.

Monsieur Séguéla, j'ai lu votre rapport. Commencez donc par y corriger quelques données arithmétiques concernant notamment les entrées. De grâce, les entrées ne constituent pas un élément déterminant pour une meilleure évaluation et je pense d'ailleurs que vous le savez bien. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

La procédure que je viens de décrire n'est pas nouvelle : nous retrouvons son esprit dans une circulaire du 21 juin 1984, relative à l'établissement de schémas régionaux pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique. Les plans gérontologiques départementaux relèvent également de cette approche.

Cette coordination, cette organisation qui pose le problème du fonctionnement et du rôle de l'administration centrale, des services déconcentrés et des préfets, concerne et le secteur public et le secteur privé.

Je prends à mon compte ce passage du rapport Etienne affirmant : « La planification hospitalière semble difficile à concevoir sans une certaine réduction de l'autonomie des établissements privés à but lucratif, c'est-à-dire sans la mise en place de procédures d'orientation de leurs activités, voire sans une mise en cause d'un système de rémunération basé sur la tarification des actes, au moment où la contrainte budgétaire pèse plus nettement qu'apparaissant sur les hôpitaux publics avec le système du budget global et le développement d'une nouvelle comptabilité analytique. »

Madame le ministre, l'hôpital de années quatre-vingts est profondément différent de celui des années soixante. Ne l'appréhendez pas, ne l'appréhendons pas avec des principes anciens ! Ne cherchez pas non plus à plaire systématiquement à cette partie du corps médical qui n'a d'yeux que pour son statut !

En vérité, madame le ministre, vous ne créez nulle surprise puisque ce projet ne fait que traduire l'esprit même de votre politique générale.

L'idéologie du libéralisme ne peut se concilier avec les valeurs des constituants de 1946, reprises volontairement par leurs successeurs en 1958. Toute votre politique sociale vous en éloigne ! (*Vifs applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. - Exclamations sur plusieurs bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

M. le président. La parole est à Mme Elisabeth Hubert, inscrite contre l'exception d'irrecevabilité.

Mme Elisabeth Hubert. Madame le ministre, mesdames, messieurs, en octobre 1983, notre assemblée a déjà eu l'occasion de débattre d'un projet de loi hospitalière réformant la loi cadre de 1970.

Au nom de la modernité et de la démocratie, le gouvernement socialiste entendait modifier profondément l'hôpital public. Aujourd'hui, les résultats de cette réforme s'appellent rigidité, dilution des responsabilités et l'on peut se demander si nos prédécesseurs n'avaient pas, en réalité, la volonté de

casser le pouvoir médical. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F. - Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean Giovannelli. Soyez sérieuse !

Mme Elisabeth Hubert. Trois ans après la promulgation de ce texte, cette loi s'étant révélée inapplicable et le personnel médical hospitalier s'étant décidé pour une large part, avec bon sens d'ailleurs, de ne pas en tenir compte, nous nous trouvons devant la situation d'un hôpital public qui n'est plus régi par la loi de 1970 sans pour autant être réellement soumis à celle de 1984.

M. Didier Chouat. A qui la faute ?

M. Jean Giovannelli. Vous avez incité le personnel à ne pas l'appliquer !

Un député du groupe socialiste. Vous en avez appelé à la désobéissance !

M. Bernard Debré. Non : à l'intelligence !

M. Jean Giovannelli. Au non-respect de la démocratie !

Un député du groupe socialiste. C'était le fait de factieux !

M. Jacques Toubon. Merci pour les médecins !

Mme Elisabeth Hubert. Le projet présenté à notre décision par Mme le ministre chargé de la santé et de la famille répond donc tout d'abord à la nécessité de combler un vide. Cependant, et ne nous y trompons pas, ce n'est pas par simple justification juridique que nous sommes appelés à débattre sur ce thème : ce projet de loi répond aussi à la double volonté de donner à l'hôpital public une organisation stable, souple mais néanmoins efficace, et d'établir une véritable complémentarité public-privé, ce dernier aspect étant totalement absent de la loi de 1984.

M. Jean-Paul Séguéla, rapporteur. Exact !

Mme Elisabeth Hubert. Et pourtant ! Comment oublier ces structures privées qui représentent 40 p. 100 du volume des hospitalisations dans notre pays, qui emploient plus de 35 000 personnes et dans lesquelles le taux d'occupation est voisin de 90 p. 100 ?

Ignorer l'hospitalisation privée serait remettre en cause l'originalité de notre système de soins, dont l'élément fondamental est la liberté de choix.

Ne reconnaissant pas l'opportunité de ces modifications, l'opposition a déposé une exception d'irrecevabilité, qu'elle n'a cependant pas jugé utile de défendre en commission...

M. Claude Bartolone. Ce n'est pas nous qui l'avons déposée en commission, c'est le Front national ! Elle n'est pas au courant !

M. Didier Chouat. Qu'elle s'informe !

Mme Elisabeth Hubert. ...pas plus d'ailleurs qu'ici, en séance publique, si j'ai bien écouté les propos de M. Hervé. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean Giovannelli. Elle dit n'importe quoi !

Mme Elisabeth Hubert. Passant outre à cette incohérence ou à cette absence d'arguments, cette motion a donc de nouveau été déposée. Tout au long de ces débats, la majorité, votre majorité, madame le ministre, s'emploiera à souligner l'importance de ce projet, pierre angulaire du fonctionnement et de l'évolution de l'hospitalisation dans notre pays. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Bernard Debré. Ecoutez donc et prenez des leçons !

M. Arthur Pæcht. Et ne vous énervez pas, sinon on va vous hospitaliser !

Mme Elisabeth Hubert. Aujourd'hui, les hôpitaux ne savent plus à quel texte se référer. Abandonnés en théorie, les services sont restés dans la réalité quotidienne de la ges-

tion et, aux yeux des utilisateurs, la structure de base des hôpitaux. Le titre de « médecins exerçant les fonctions de chef de service » n'existe plus mais, et heureusement pour la pérennité de l'hôpital, les médecins concernés exercent toujours leurs fonctions.

M. Arthur Pœcht. Heureusement pour les malades !

Mme Elisabeth Hubert. En revanche, les départements qui devaient être généralisés sur l'ensemble du territoire à partir du 1^{er} janvier de cette année sont extrêmement rares, malgré la réforme de la réforme conçue par le gouvernement socialiste moins d'un an après la loi de 1984.

Il serait déraisonnable de laisser se perpétuer les ambiguïtés qui, à court terme, sont néfastes au fonctionnement et à la réputation du secteur hospitalier public, d'autant que la part du budget consacrée aux dépenses hospitalières représente 150 milliards de francs.

Comment laisser des médecins hospitaliers engager de plus en plus souvent leur responsabilité devant les tribunaux et leur dénier cette responsabilité dans l'hôpital ? Comment ne pas s'interroger sur l'assimilation faite entre les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux dans la loi de 1984 ?

Quelle incohérence des concepteurs de cette loi qui croyaient avoir tout résolu en faisant élire un chef de département et qui méconnaissaient ainsi la réalité du terrain !

Le projet qui nous est présenté aujourd'hui tire non seulement les leçons de cet échec, mais il vise aussi à rendre, à travers une plus grande stabilité, son efficacité à l'hôpital tout en autorisant une souplesse de mise en œuvre.

Il permet une plus grande stabilité d'abord par la réaffirmation de l'entité « service » et par le rétablissement de l'autorité personnelle et effective du chef de service. Stabilité ne signifiant pas sclérose, il est proposé une nomination renouvelable tous les cinq ans, après consultation de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration.

A l'heure où les structures de notre société évoluent plus vite que les mentalités, à l'heure de l'ouverture de nos frontières, à l'approche d'un avenir où toutes les mutations sont envisageables, le principe d'une nomination à vie apparaîtrait comme la négation du progrès.

Cette remise en cause, facteur de stimulation, ne sera cependant pas soumise à une élection, mais elle sera liée au bilan du travail effectué, celui-ci étant soumis à la réflexion des deux instances dont je viens de parler.

Le projet de loi autorise également une souplesse par la place laissée au volontariat. La possibilité est ainsi donnée aux chefs de service de créer des pôles d'activité, dont il faut d'ailleurs noter qu'ils peuvent s'organiser aussi bien autour d'une discipline donnée qu'autour d'un certain nombre de lits ou de toute autre façon laissée à l'appréciation du chef de service. Ainsi, de jeunes praticiens dont les capacités ont été reconnues par leurs pairs pourront développer leurs propres responsabilités médicales, dans l'objectif d'un meilleur fonctionnement du service.

Cette notion de volontariat se retrouve également dans la possibilité de créer des regroupements de services, à savoir des départements. A cette occasion, je vous rappelle que cette idée n'était pas neuve en 1983, mais que dès 1970 certains centres hospitaliers régionaux ou universitaires avaient expérimenté ce type de structure.

M. Guy Bêche. Nous ne l'avons jamais nié !

Mme Elisabeth Hubert. Par rapport à l'aspect collectif de la loi de 1984, votre projet, madame le ministre, laisse la place, en matière de création de départements, à la responsabilité des chefs de services et des hôpitaux, ce caractère facultatif étant d'ailleurs une nécessité pour tenir compte de la spécificité de chaque hôpital.

Deux dispositions méritent d'être soulignées et montrent votre respect des institutions directrices de l'hôpital et des intervenants, autres que les médecins, que sont le personnel soignant et l'administration.

Il s'agit d'abord de la consultation du comité médical d'établissement et du comité technique paritaire, lors de l'élaboration du règlement intérieur du département et avant son adoption par le conseil d'administration ; il s'agit ensuite de

l'adjonction au chef du département d'un membre du personnel soignant non médecin et d'un administratif hospitalier.

Ainsi, les fonctions de chacune des catégories professionnelles de l'hôpital sont donc valorisées, mais le terme d'« équipe » peut être véritablement employé sans qu'il soit utile de procéder à une élection dont l'absence de justification n'a échappé à personne, si l'on en juge par le fait qu'elle n'a pas été mise en pratique depuis 1984.

A ce propos, je ne résisterai pas au plaisir de citer le professeur Le Roy Ladurie : « La démocratie est aussi indispensable que l'air ... mais nul n'aurait l'idée de confier le pilotage des avions aux représentants élus des hôtesses et des passagers. » (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R., U.D.F. et Front national [R.N.] - Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Pierre Sueur. Ça vole bas !

Plusieurs députés du groupe socialiste. C'est l'esprit Toubon !

Mme Elisabeth Hubert. Le titre 1^{er} du projet de loi édifiait le service, le pôle d'activités et le département permet la constitution d'un ensemble cohérent, utilisant au mieux les compétences de chacun et dont le caractère volontaire est fondamental. Mais, dans un hôpital comme ailleurs, dresser un bel organigramme est vain si l'on n'obtient pas la confiance de tous, de ceux qui mettent chaque jour leur intelligence, leur savoir-faire et leur dévouement au service des malades. L'exemple de cinq années est à cet égard instructif.

Afin de tenir compte de cette vérité, le comité médical d'établissement aura non seulement une fonction consultative sur les décisions liées à la vie de l'hôpital, comme précédemment la commission médicale consultative, mais également un pouvoir délibératif pour ce qui touche aux orientations des programmes médicaux. De cette façon, non seulement la responsabilité du médecin sera garantie, mais l'association de celui-ci aux décisions permettra une prise de conscience plus importante des impératifs et de la réalité de la gestion hospitalière. Elle induira obligatoirement ces changements de comportement dont on sait combien ils sont indispensables à la maîtrise des dépenses de santé.

D'aucuns nous font le procès d'écarter du champ des responsabilités le personnel non médecin. D'une part, nous avons déjà rappelé le rôle que ce personnel est appelé à jouer en cas de constitution d'un département. D'autre part, aucune modification n'est apportée au rôle du comité technique paritaire, pas plus qu'à la représentation du personnel au conseil d'administration et le directeur reste la cheville ouvrière de la gestion de l'entreprise hôpital.

Comme vous le voyez, là encore, il s'agit de permettre l'utilisation des capacités de chacun dans la structure où il est le plus à même de les développer. Quelle différence avec le projet démagogique et sclérosant de M. Ralite visant à faire élire le chef d'une unité de soins par l'ensemble du personnel ! Quelle différence entre le pragmatisme de ce projet de 1987 et l'idéologie qui guidait la loi de 1984 ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F. - Exclamations et rires sur les bancs du groupe socialiste.*)

Avant d'aborder le volet consacré plus particulièrement à l'hospitalisation privée, je rappellerai le vote de notre assemblée en décembre, dans le cadre du D.M.O.S., restituant aux médecins hospitaliers publics la possibilité d'une activité libérale, dans des conditions très précises.

Cette faculté présente indéniablement un caractère motivant et constitue surtout l'indispensable ouverture sur une pratique médicale différente.

M. Guy Bêche. Inflationniste !

Mme Elisabeth Hubert. J'ai rappelé, en introduction, la contribution importante de l'hospitalisation privée à notre système de soins. Cette réalité n'a cependant pas empêché nos prédécesseurs de tenter d'asphyxier, pendant cinq ans, ce secteur. Certes, il était oublié des textes législatifs, mais il l'était malheureusement tout autant lors de l'attribution d'équipements lourds. Ces refus successifs ont fait non seulement l'objet de batailles entre l'hospitalisation privée et l'administration, mais ils ont surtout abouti à un déséquilibre important de l'équipement du privé par rapport au public.

M. Guy Bêche. On en reparlera !

Mme Elisabeth Hubert. Quelle meilleure méthode utiliser pour faire disparaître un type d'exercice que de lui refuser les moyens d'assumer sa mission, que de le rendre moins performant ? (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Notre choix est tout autre : nous entendons permettre la complémentarité de ces deux types d'hospitalisation, de ces deux modes d'exercices, afin que s'exerce le libre choix du malade.

Néanmoins, l'obligation d'affronter l'énormité du système public, mais aussi le développement de groupes financiers gestionnaires de cliniques, parfois étrangers, rendent nécessaire l'extension d'unités de soins privées plus importantes, donc mieux équipées et plus compétitives. C'est la raison de cette facilité offerte à l'hospitalisation privée de regrouper des lits ou d'en changer l'affectation dans le cadre maintenu, cependant, de la carte sanitaire.

Certains s'étonneront peut-être de l'obligation de diminuer le nombre de lits en cas de regroupement dans une discipline excédentaire, mais elle est l'équivalent de la demande faite en ce même cas à l'hôpital.

Changement important qu'il convient là aussi de noter : le public, tout comme le privé, devra se soumettre à l'avis des commissions régionales et nationales d'équipements sanitaires et sociaux, lors d'une demande d'autorisation d'équipement. Ainsi pourra être dressée, dans une région donnée, une véritable cartographie du système de soins offert à nos concitoyens.

On observera également une harmonisation concernant le délai de mise en œuvre d'un équipement nouveau, trois ans paraissant une limite raisonnable.

Enfin, la nécessité de l'homologation des produits et des appareils utilisés dans le système privé relève du simple objectif d'une meilleure qualité des soins et ne fait que renforcer le caractère performant de ce secteur.

Comme on peut le voir, ces trois derniers points renforcent autant les obligations de l'hospitalisation publique que privée et ils pourraient se résumer par les mots : « mêmes droits, mêmes devoirs ».

Certes, on pourrait être tenté de regretter certains aspects restrictifs et réglementaires des procédures d'autorisation, en particulier le rôle toujours imparti aux commissions régionales et nationales d'équipements sanitaires et sociaux, l'hospitalisation privée assurant seule ses investissements et réclamant par là même plus de liberté.

On ne peut cependant faire abstraction - j'y reviendrai tout à l'heure - de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé. Tout équipement nouveau étant facteur de dépenses nouvelles pour l'assurance maladie, la liberté totale n'est malheureusement guère compatible avec nos impératifs actuels.

Responsabilité, efficacité, complémentarité du secteur privé et du secteur public sont les éléments essentiels qui résument ce projet de loi.

Vous me permettrez cependant d'évoquer, en complément, ce qu'il convient d'appeler l'environnement médical : je veux parler de la maîtrise des dépenses de santé, de l'évolution de la médecine et de notre système de soins, de la formation du personnel médical, en particulier des médecins.

Je ne m'étendrai guère sur la maîtrise des dépenses de santé, non pas en raison d'un quelconque désintérêt, mais pour le simple fait qu'elle a déjà fait l'objet de plusieurs débats et que nous aurons l'occasion, dans les semaines à venir, de l'aborder de nouveau ici même.

Rappelons néanmoins que les dépenses de santé sont constituées à 55 p. 100 par les dépenses hospitalières et que les dépenses de personnel représentent les deux tiers du budget de l'hôpital.

Ces chiffres montrent à l'évidence la justification d'un certain nombre de décisions prises en matière de redéploiement de personnel et illustrent la nécessité d'intéresser tous les intervenants hospitaliers à la gestion de leur établissement, en particulier le chef de service dont la contribution à la prospective médicale est fondamentale.

Comment ne pas évoquer le futur de la médecine, quand on est appelé à statuer sur les structures hospitalières et donc sur leur devenir ?

Qui aurait imaginé il y a cinquante ans la quasi-disparition de la tuberculose dans nos services hospitaliers ? Les progrès de la médecine ont permis cette éradication, mais d'autres

fléaux sont apparus, tel le S.I.D.A., pour lequel les moyens mis en œuvre grâce à votre action, madame le ministre, laissent espérer une solution.

Pourtant, dans le quotidien, beaucoup d'efforts restent à faire. Ainsi est-il fréquent de voir encore des cas de tétanos dans nos services de réanimation à l'heure de la vaccination quasi généralisée : les techniques nouvelles ne doivent pas nous faire oublier l'importance de la prévention.

Comment rester indifférents à une étude récente publiée aux Etats-Unis aux termes de laquelle, en l'an 2000, la moitié des actes chirurgicaux seront des actes de remplacement des organes ou des tissus ?

Dès aujourd'hui, nombre d'établissements hospitaliers publics ou privés pratiquent des hospitalisations courtes, développent des examens ambulatoires et les soins post-opératoires à domicile, à la satisfaction générale des malades et de leur famille et à un coût moindre pour notre assurance maladie.

Que dire, enfin, du gigantesque développement des techniques médicales qui, demain, rendront courants des traitements ou des examens aujourd'hui traumatisants ? Ainsi en est-il du lothotripte et du R.M.N. qui vont bouleverser profondément les attitudes thérapeutiques et les explorations.

On ne peut cependant ignorer la partie cachée de ces évolutions qui aboutissent inévitablement - et heureusement - à un allongement du temps de la vie, impliquant par là même une prise en charge de vieillards parfois très dépendants. En ce domaine, si le maintien à domicile doit être développé - et les récentes mesures d'exonération sociale et de déduction fiscale y incitent - il ne doit pas faire oublier la nécessité de prévoir des structures d'accueil qui soient adaptées.

A l'avenir, il semble nécessaire de distinguer, dans la carte sanitaire, ce qui revient réellement à la médecine de la part réservée au séjour de ce type de patients.

Dernier aspect de cet environnement médical : la formation des médecins. Nous aurons à en discuter lors des prochaines D.M.O.S. mais, dès maintenant, l'actualité nous oblige à l'évoquer d'autant plus que l'hôpital est le lieu privilégié de la formation des médecins, comme le précisait d'ailleurs la loi de 1970.

Nos prédécesseurs avaient estimé qu'en donnant le même titre aux futurs généralistes et aux futurs spécialistes, la revalorisation de la médecine générale serait acquise.

Il faut bien comprendre que deux années de formation n'ont d'intérêt que dans la mesure où les terrains de stage sont réellement formateurs et préparent à assumer la mission future.

Je me permettrai également d'insister sur l'intérêt du stage auprès du praticien ainsi que sur l'intérêt de reconnaître la qualité de « maîtres de stage » aux praticiens qui donnent de leur savoir et de leur temps pour former de futurs confrères.

La possibilité qui sera offerte à l'issue du résidanat de poursuivre une carrière hospitalière est, là aussi, le témoignage de l'importance que tous accordent à la médecine générale.

Se destiner, par choix et par vocation, non par échec, à une discipline « médicale », constituée aussi un facteur de qualité de notre système de soins.

En conclusion, madame le ministre, mes chers collègues, je souligne la parfaite cohérence de la politique qui a été conduite avec ses différentes étapes, le rétablissement du secteur privé à l'hôpital, le projet de loi proposé aujourd'hui à notre vote et, enfin, le projet de réforme des études médicales dont nous discuterons dans quelques semaines.

N'oublions pas cependant que ces projets ne pourront être mis en œuvre qu'avec la volonté de tous les acteurs et que ces évolutions de structure ne doivent pas oblitérer le caractère personnalisé des relations entre le malade et le soignant. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

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

Mme le ministre chargé de la santé et de la famille. Je voudrais faire part à M. Hervé de mon étonnement :

Il a en effet consacré la moitié du temps dont il disposait pour opposer son exception d'irrecevabilité à un texte déjà voté - il a d'ailleurs fait référence aux décrets d'application - alors que nous discutons d'un autre texte de loi.

M. Franck Borotra. Les socialistes sont toujours en retard !

Mme le ministre chargé de la santé et de la famille. Monsieur Hervé, vous étiez votre discours sur l'égalité et la solidarité. Pour moi, je l'ai souvent dit, l'égalité résulte du fonctionnement de l'hôpital dans les meilleures conditions, avec des structures qui s'adaptent aux besoins de la médecine, car - puis-je vous le rappeler ? - l'hôpital n'est là que pour servir les malades et les patients.

En d'autres termes, pour qu'il y ait égalité, il faut que chacun, du médecin au soignant, exerce ses responsabilités dans un cadre que vous, vous n'avez pas su rendre fonctionnel.

Enfin, permettez-moi cette dernière réflexion. Mon discours était au service de la médecine. Pourquoi donc avez-vous eu ce ton revanchard ? (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste. - Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

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

M. Jean-Paul Séguéla, rapporteur. Mes chers collègues, je vous propose de rejeter cette exception d'irrecevabilité.

M. Claude Bartolone. C'est une bonne nouvelle, et une surprise !

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

Je suis saisi par le groupe du rassemblement pour la République d'une demande de scrutin public.

M. Guy Béche. Ils avaient peur de ne pas être assez nombreux.

M. Le président. 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	573
Nombre de suffrages exprimés	539
Majorité absolue	270
Pour l'adoption	250
Contre	289

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

M. Michel Hennoun. Très bien !

M. le président. M. Le Pen et les membres du groupe Front national (R.N.) opposent la question préalable en vertu de l'article 91, alinéa 4, du règlement.

La parole est à M. François Bachelot.

M. François Bachelot. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, l'objet de la question préalable, précise notre règlement, est de faire décider qu'il n'y a pas lieu de délibérer sur le texte proposé.

Je ne prendrai pas un ton revanchard, mais je serai sévère, car je crois que vous pouviez faire beaucoup mieux, madame le ministre. Je pense donc qu'il n'y a pas lieu de délibérer, parce que ce texte ne modifie en rien l'état de fait actuel de l'hospitalisation (*Exclamations sur quelques bancs du groupe du R.P.R.*) qui se caractérise en trois points : l'inadaptation du système hospitalier aux contraintes économiques et financières de notre époque ; l'inadaptation de structures très centralisées aux besoins régionaux ; l'inadaptation d'un appareil figé par la carte sanitaire aux progrès quotidiens et spectaculaires en matière de sciences médicales.

Je crois par ailleurs qu'il n'y a pas lieu de délibérer à cause des non-dits de ce texte, en particulier dans le domaine des plans de carrière des praticiens et des étudiants, non-dits qui vont aggraver les tensions au sein de l'hôpital.

Les conflits sociaux et syndicaux, même s'ils sont justifiés sur le fond, nuisent à la sérénité nécessaire aux soins et pénalisent les malades à l'intérieur de l'hôpital.

Ce projet insuffisant, je le crois aussi dangereux. Voilà pourquoi aussi il n'y a pas lieu de délibérer.

Le pays est malade de ses hôpitaux après avoir été malade de sa sidérurgie, de son agriculture et même de ses entreprises. Il attendait une véritable réforme hospitalière. Vous l'aviez annoncée dans votre plate-forme électorale. Aujourd'hui, vous choisissez d'abandonner le combat sur les vraies réformes de société. La réforme hospitalière, après la réforme de l'université, la réforme du code de la nationalité, la révision de la loi sur la toxicomanie, est victime d'une faiblesse politique, et c'est le pays, ce sont les Français qui, une fois de plus, feront les frais de cette démission.

Or cette réforme était facile à faire car tous ceux qui sont préoccupés uniquement par le désir d'améliorer l'efficacité, la compétitivité de l'hôpital s'accordent sur le chemin à suivre : responsabilisation des personnes, décentralisation des structures et des tutelles, adaptation de la gestion de l'hôpital aux contraintes de l'entreprise.

C'est sur ces différentes affirmations ou analyses que je veux revenir dans le détail.

Oui, le pays est malade de ses hôpitaux. Sachant qu'on allait déformer mes propos, dire que le Front national dramatisait, sachant que, parfois, avec un manque certain de courtoisie, on va jusqu'à transformer complètement mes propos, j'ai décidé ce soir de citer les bons auteurs.

Vous d'abord, madame le ministre.

Je rappelle votre première déclaration à l'Assemblée : « Je veux dire à l'Assemblée dans quel état de délabrement j'ai trouvé l'hôpital public. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*) L'hôpital public est en crise. Les hôpitaux généraux se vident de leurs médecins. Certains C.H.U. doivent, pour fonctionner, avoir recours à des médecins stagiaires, à des médecins étrangers. Les gardes ne sont plus toujours assurées. » On dirait du Bachelot ! (*Rires sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*)

Je citerai également les responsables administratifs de l'hospitalisation publique. Ils partagent ce diagnostic sévère. M. Cadene, délégué général de la fédération de l'hospitalisation française, a tenu ces propos le 11 mars 1987, devant le syndicat interhospitalier d'Ile-de-France : « Aujourd'hui, solennellement, au nom de la fédération hospitalière de France, je voudrais déclarer l'hôpital public en danger. Qu'on ne s'y trompe pas. C'est à la fois un cri d'alerte aux pouvoirs publics, c'est aussi une mise en garde et un avertissement. L'hôpital public est en danger pour quatre raisons : l'étranglement budgétaire, l'asphyxie des investissements, l'hémorragie médicale, la paralysie grandissante par une bureaucratie centralisatrice stérilisante. »

Là encore, je ne conteste pas le diagnostic.

Des membres du syndicat national des médecins de l'hospitalisation publique, 2 000 chefs d'entreprise ont été interrogés. 70 p. 100 d'entre eux estiment que l'image de marque de l'hôpital est détériorée, 55 p. 100, que le renouvellement du matériel médical n'est pas correctement assuré.

Je constate que la situation de 1987 est identique à celle de 1970, elle est même aggravée. Les maux de l'hôpital de l'époque, si l'on en croit M. Peyret, alors rapporteur du texte, étaient les mêmes qu'aujourd'hui. Ce dernier disait en effet : « L'objet de la loi est de corriger un gaspillage d'énergie et de capitaux, qui, mieux employés, permettraient dans ce domaine un meilleur rendement, d'où la nécessité d'une meilleure coordination. » Tous avaient conscience de participer à une tâche immense ; le rapporteur commençait ainsi son intervention : « Mes chers collègues, c'est la première fois depuis un siècle que le Parlement est amené à discuter d'un projet de loi portant réforme hospitalière. »

Eh bien ! je dis qu'il est regrettable qu'à l'époque le Parlement ne l'ait pas repoussé et n'ait pas voté la question préalable de M. Leroy. Certains de vos amis politiques du R.P.R., M. Labbé, Mme Troisier, M. Berger, avaient dénoncé les risques d'une loi qui organisait, par l'intermédiaire du service public hospitalier, de véritables monopoles de soins, d'ensei-

gnement ou de recherche, les risques d'une loi dont la clé de voûte était la carte sanitaire des équipements, véritable carcan administratif antinomique avec la nécessaire évolution des soins.

Ainsi, on a constaté que l'organisation de la non-concurrence a conduit au triomphalisme hospitalier public, décrit par M. Sournia.

Le petit est devenu grand, l'hospice misérable, un C.H.U. majestueux, et tout le monde s'y est intéressé. Le politique, d'abord, car il faisait partie de la panoplie pour la vente de son programme électoral ; le syndicaliste, ensuite, car il y avait là beaucoup de monde réuni dans un même lieu, et enfin le responsable local car ces établissements avaient une capacité d'embauche énorme. Si bien que l'hôpital a complètement dérivé par rapport à sa mission initiale. Il est devenu l'enjeu de combats idéologiques entre ceux qui veulent faire perdurer la lutte des classes et ceux qui ne veulent pas voir les réalités.

Tout est à refaire. Les maux sont toujours les mêmes : mauvaise gestion, mauvaise coordination, coût prohibitif. Votre projet est-il en mesure de les guérir, ces maux ? Je ne le pense pas.

D'abord, il n'est pas adapté à l'urgence du problème. En 1970, lorsqu'on discutait du texte qui allait devenir la loi hospitalière, le montant des crédits affectés aux hôpitaux publics s'élevait à 7 milliards de francs. Il est aujourd'hui de plus de 200 milliards de francs - plus de 50 p. 100 des dépenses de santé. Or votre projet ne traite pas la gestion des hôpitaux. Vous proposez une stratégie des petits pas alors qu'il faut avancer à grandes enjambées pour précéder les mutations plutôt que de les suivre.

Ensuite, votre projet ne traite pas des problèmes humains de l'intérieur de l'hôpital. Il laisse perdurer une situation conflictuelle entre générations et également entre catégories de personnels.

Votre projet ne traite pas non plus de l'accès des établissements privés au service public hospitalier. Il conforte donc un monopole du service qui rend illusoire l'efficacité des réformes marginales. Il empêche même par certaines des mesures qu'il contient l'essor du secteur privé en imposant la réduction du nombre de lits lors de regroupements.

Enfin, il renouvelle l'erreur fondamentale de la loi de 1970 qui est la planification bureaucratique. Pis : à la planification des équipements, vous allez ajouter la planification des activités. C'est cette planification, madame le ministre, qui est la plaie du système.

Premièrement, c'est une erreur de conception. Il est tout de même étonnant de proposer, pour répondre aux besoins de la population, de réduire l'offre de soins. C'est une attitude de récession. Or la priorité de tout gouvernement responsable devrait être de répondre aux besoins et non pas de dissuader de la consommation médicale.

C'est une erreur de conception, car la carte sanitaire installe un monopole de fait. Peut-on estimer convenable que des dérivés dans l'utilisation des équipements risquent de conduire à des excès de prescriptions et à la perpétuation de véritables rentes de situation ? Or, en effet, tant que la carte sanitaire n'est pas saturée, on peut s'engouffrer dans le créneau. Et même, si, à la suite d'une évolution, les équipements ne sont plus justifiés, la carte est toujours là et continue d'autoriser le suréquipement.

C'est également une erreur de conception, car cela crée une inégalité entre les malades. Certains Français, non pas les plus riches, mais les plus avertis ou les plus enclins à la consommation médicale ont ainsi eu accès à des appareils de haute technologie plusieurs années avant les autres malades.

Deuxièmement, cette planification est un mécanisme vicié à la base parce que la carte sanitaire est établie à partir d'informations qui, précisément, viennent de la base. On est en train de mettre en place les systèmes d'évaluation. Or, chacun en conviendra, la France est misérable sur le plan de l'épidémiologie. Comment construire une carte sanitaire alors qu'on ignore l'A.B.C. de l'épidémiologie ?

En outre, cette information de base, quand elle existe, provient des établissements concernés. Elle est donc souvent manipulée, parce que ces établissements sont partie prenante dans la carte sanitaire. Quant aux organismes neutres, comme les D.D.A.S.S. ou les D.R.A.S.S., les premiers n'ont pas les moyens en personnel pour effectuer le travail d'information et les seconds n'ont aucune autorité en la matière.

Troisièmement, l'expérience de la carte sanitaire a échoué à cause de l'action conjuguée de forces extérieures très puissantes. Ces forces, vous les connaissez : ce sont la force politique, la force économique et, dans une certaine mesure, les besoins de la population. En effet, c'est le plus souvent en fonction de la demande de nos patients que nous devons évoluer.

Cet échec se manifeste dans tous les domaines, et d'abord dans celui des équipements. Pour les actes de radiologie, si on prend une base 100 pour le secteur privé, le secteur public atteint 154. Or il y a 5 000 tables de radiologie dans le secteur public pour 2 500 dans le secteur privé. Donc, on n'a pas empêché le suréquipement.

Sur le plan des coûts, l'échec est tout aussi patent, alors même que l'Etat, en situation de monopole, était maître du marché. Je prendrai l'exemple des accélérateurs de particules et des scanners. La dérive de la carte sanitaire, son interprétation partisane ont fait que les équipements ont été attribués préférentiellement au secteur public. Mais, comme il fallait aussi assurer le devenir de l'industrie française, on n'a pas hésité, bien qu'une telle attitude soit assez scabreuse pour des responsables de la santé, à bloquer les équipements le temps que nos producteurs deviennent compétitifs. Et que s'est-il passé ? Dans un premier temps, on a construit des accélérateurs de 35 mètres, pour un prix fabuleux ; dans un deuxième temps, on est descendu à dix mètres - c'était toujours la même maison - et, aujourd'hui, on a défini une moyenne de quinze mètres. Le coût total de l'opération se chiffre en milliards de francs lourds.

S'agissant des lits, nous n'avons pas mieux dominé l'évolution. Vous dites, madame le ministre, que les lits de malades aigus ont diminué dans le secteur d'hospitalisation public. Sans doute, mais ils se sont transférés vers le moyen et le long séjour. Vous dites encore que les lits de malades aigus ont augmenté dans le secteur privé. Non ! Il y a eu un transfert des lits du secteur privé vers le secteur privé à but non lucratif. Je cite de mémoire : moins 2,2 p. 100 pour le secteur privé et plus 3,7 p. 100 pour le secteur privé à but non lucratif. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*)

Enfin, la carte sanitaire ouvre une voie dangereuse parce qu'elle donne une arme très puissante à ceux qui veulent la disparition du secteur privé. Et ce ne sont pas des fantasmes : je le démontre, même si mon propos doit être corrigé en fonction du ministre et ne s'adresse donc pas uniquement à vous, qui n'êtes en exercice que depuis quelques mois.

Depuis que la carte sanitaire existe, on privilégie systématiquement le secteur public. Cela devient même scabreux pour les équipements de résonance magnétique. On peut lire, on peut entendre - dans la bouche de M. Edmond Hervé, par exemple - qu'il va falloir examiner s'il est possible de laisser l'hospitalisation au secteur privé. On serait d'accord pour lui conserver les activités diagnostiques et thérapeutiques mais on discute déjà du maintien de l'hospitalisation. Et puis, dans un deuxième temps, on va s'apercevoir que, parmi les activités diagnostiques et thérapeutiques, certaines sont bien coûteuses, les chimiothérapies par exemple, et qu'il serait sans doute préférable de les réserver au secteur public. Au terme du processus, il n'y aura plus en ville que des auxiliaires de santé, bref il n'y aura plus de témoins. Et c'est ce qu'ils veulent, ceux que je dénonce : plus de témoins pour leur dire que la France est fatiguée de payer une appendicectomie, en 1986, 6 000 francs dans une clinique d'Asnières, 15 000 francs dans un centre de santé des métallurgistes du XI^e, 12 000 francs à l'hôpital public de Neuilly ! Ce n'est tout de même pas l'effort de recherche et d'enseignement au centre de santé des métallurgistes qui explique cette différence ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*) Il faut que le privé vive pour expliquer aux Français que la gabegie, c'est une chose qu'on ne peut plus supporter aujourd'hui !

Cette planification est également dangereuse parce que son inertie, l'extension de ses effets sur plusieurs années, l'empêchent de s'adapter à des évolutions majeures.

Nous l'avons vu pour la cancérologie. La planification des soins en cancérologie - période 1960-1970, tout radiothérapie ; période 1970-1980, tout chimiothérapie ; maintenant, retour à une conception pluridisciplinaire - fait que certains services qui s'étaient vu affecter des lits en chimiothérapie ou en radiothérapie ne peuvent pas évoluer. Cela peut concerner

des établissements entiers, je pense au centre René Huguenin d'Ecquevilly, que vous connaissez bien, où quatre-vingt-dix lits sont inoccupés. Avec la carte sanitaire, il est impossible de s'adapter aux évolutions rapides, comme le prouve l'exemple du SIDA.

Autre danger : la logique de cette planification va aboutir à une concentration des équipements dans des lieux uniques. Or, il faut rappeler qu'aujourd'hui, en 1987, deux malades sur trois nous consultent encore pour leur cancer à un stade d'évolution loco-régional. Quand on les interroge, ils répondent qu'ils n'ont pas consulté plus tôt parce qu'il fallait aller à cent kilomètres, être hospitalisé, fermer le magasin, faire garder les enfants, etc. La concentration d'équipements dans des lieux uniques, trop éloignés du domicile de nombreux patients est une dissuasion à la consultation. Il en résulte qu'un certain nombre de maladies qui pourraient être guéries au stade aigu, deviennent d'emblée des maladies chroniques qui ne guériront pas.

Tels sont, madame le ministre, les risques graves que comporte votre projet. A l'évidence, ce n'est pas du tout ce que le pays attendait. Il réclamait une véritable réforme hospitalière s'appuyant sur une réflexion économique beaucoup plus générale.

A la base de cette réflexion, on aurait d'abord dû trouver ce fait indéniable que les hôpitaux doivent être mis en cause comme tous les autres secteurs d'activité. C'est le même processus que pour la sidérurgie, l'agriculture ou les entreprises.

Ensuite, toute réforme suppose qu'on ait à l'esprit les mutations qui vont se produire au cours des prochaines années dans le financement de la protection sociale. Nous allons assister à une diversification des sources et à l'abandon du dogme de la redistribution exclusive avec l'entrée en jeu des assurances. La notion du tout public tombera automatiquement et il faudra adapter l'hôpital à cette diversification des financements.

Enfin, il aurait fallu prendre en compte la mutation de l'hôpital, qui tend à devenir un hôpital-entreprise. Dans une étude récente, les médecins hospitaliers et les directeurs réclament, pour les hôpitaux généraux, un statut d'établissement autonome à but non lucratif de type économie mixte. Ils veulent être maîtres de leur financement et fixer librement les salaires de leurs employés, en s'orientant vers un statut contractuel pour les personnels non médicaux. Ils veulent pouvoir passer des accords avec les caisses locales et avec les compagnies d'assurance.

L'hôpital-entreprise sera aussi un hôpital éclaté. L'on sait en effet aujourd'hui qu'un certain nombre de patients peuvent être traités totalement à domicile. Mais ces deux notions n'ont pas été prises en compte dans votre projet, madame le ministre.

Au-delà de la réflexion économique, la deuxième condition de base d'une réforme qui satisferait les Français, c'est qu'elle doit s'appuyer sur une redéfinition du secteur public et du secteur privé. Il y a du public ou du privé ; il ne peut pas y avoir du parapublic au milieu.

Cela signifie d'abord que le secteur privé devra remplir les mêmes missions que le secteur public. Comme le réclamait M. Labbé dès 1970, le privé, au lieu d'être cantonné dans les soins, devra accéder à l'enseignement et à la recherche.

Mais même mission ne veut pas dire même fonctionnement. A cet égard, il faut revenir à des attitudes saines. D'un côté, le public doit être payé par l'argent de la collectivité. De l'autre, le privé doit correspondre à un patrimoine, surtout dans la perspective où la sécurité sociale ne sera plus le seul payeur. Aujourd'hui, on nous objecte que les soins sont toujours payés par la « sécu ». D'abord, la « sécu » ne paie rien du tout, tout est à la charge du malade par le biais des cotisations. Ensuite, quand il y aura des assurances au-delà du seuil de solidarité, l'argument tiendra encore moins. Il faudra alors appliquer la saine conception de la régulation par le marché, selon laquelle le secteur public est géré par l'autorité publique et le secteur privé est complètement libre.

En conséquence, s'il doit y avoir une planification, elle ne pourra s'adresser qu'au secteur public. La planification du secteur privé, c'est la sanction que représente la faillite. Quel est celui qui se hasarderait à investir dans un scanner s'il y en a déjà sept à côté ? Dans la mesure où le contrôle exercé par les assurances sera beaucoup plus sévère que celui de la sécurité sociale, ce risque de dérapage n'existera plus.

En résumé, le secteur public nécessite un contrôle de l'administration centrale, tandis que le secteur privé repose sur la seule régulation par le marché.

M. René André. C'est excessif !

M. François Bachelot. Le troisième volet d'une réforme complète devrait s'appuyer sur la réalité régionale, tant il est vrai que la France ne vit pas à Paris mais dans les régions. Il fallait d'emblée décentraliser complètement votre planification, madame le ministre, puisque vous y tenez tellement. Décentraliser, cela voulait dire donner la décision à la région mais aussi lui transférer les fonds, pour ne pas renouveler le mauvais coup des lycées, tout en conservant un organisme national chargé de compenser les inégalités entre les régions.

Enfin, un bon projet de réforme aurait dû traiter aussi l'aspect humain, d'une part, en refondant le statut du personnel non médical et, d'autre part, en définissant clairement le profil de carrière des professions de santé.

Au total, on est bien loin, madame le ministre, du projet que vous nous soumettez. Si la France est malade de son hôpital, c'est parce que les responsables politiques et économiques, les partenaires sociaux ne veulent pas le soigner. La vraie question qu'il faut donc poser aujourd'hui est la suivante : pourquoi ce *statu quo* ? Autrement dit, quels intérêts sert-il ? Je n'y répondrai pas ce soir, mais j'ai quelques idées à ce propos.

Pour notre part, nous refusons cette fatalité et nous attendons, pour vous suivre, que vous nous proposiez une véritable réforme hospitalière. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*)

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, inscrit contre la question préalable.

M. Gilbert Barbier. Le règlement de l'Assemblée nous enseigne, monsieur Bachelot, que la question préalable est une motion de procédure dont l'objet est de faire décider qu'il n'y a pas lieu de délibérer. Alors qu'il existe aujourd'hui un vide juridique, une loi inappliquée et inapplicable, il n'y aurait donc pas lieu pour le législateur de mettre le droit en harmonie avec les faits et de se préoccuper du problème des hôpitaux, de la santé publique et du meilleur traitement du patient.

C'est un exercice bien périlleux que celui auquel vous venez de vous livrer en tentant de démontrer que ce texte n'a pas lieu d'être. Votre groupe en était sans doute conscient puisque ses arguments pour refuser le débat n'ont pas été développés devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, comme le veut la procédure d'usage, mais réservés pour la séance publique. En commission, nous avons au contraire constaté l'urgence d'un nouveau texte.

C'est ainsi que, pour préparer la réponse à cette question préalable, je m'interrogeais sur le sophisme dont il serait argué : le sophisme, cet argument faux revêtu d'une forme plus ou moins captieuse, dans lequel il entre toujours quelque idée de subtilité ou d'erreur.

M. Pierre Descaves. Vous en faites usage en permanence !

M. Gilbert Barbier. Certes, chaque sophisme a son caractère particulier, mais tous possèdent un point commun : ils sont étrangers au vrai débat. Et la question préalable tient précisément à éviter le débat sur le fond, la discussion et l'adoption des mesures adaptées aux réalités quotidiennes.

M. François Bachelot. Venez-en au fait !

M. Gilbert Barbier. Je m'interrogeais donc sur le sophisme dilatoire qui serait soutenu.

M. Pierre Descaves. Eh bien, vous le savez maintenant ! Tâchez au moins de répondre !

M. Gilbert Barbier. Serait-ce le quietisme ? La mesure n'est pas nécessaire. Elle n'est pas réclamée. Il n'y a point de vœu public énoncé. Mais M. Bachelot n'est pas allé jusque-là.

Serait-ce alors le sophisme du délai de pure chicane ? La mesure peut paraître bonne, mais le moment n'est pas venu. On en trouvera un plus favorable. On peut y penser à loisir. Ce n'est pas non plus son argumentation.

M. Albert Peyron. Et votre réponse, c'est quoi ?

M. Gilbert Barbier. Serait-ce le sophisme de la marche graduelle ? Si on adopte la mesure proposée, il faut du moins l'exécuter pour partie.

Non. Il s'agit du sophisme des diversions artificieuses (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe Front national (R.N.)*), qui justifie le rejet de la mesure par l'intention de proposer quelque chose de micux. Mais quand il est trop tôt pour faire le bien aujourd'hui, il est encore trop tôt demain ou trop tard.

Il existait une quasi-certitude que l'auteur de la question préalable tende à éluder le débat, à s'en tenir à distance, à substituer des termes généraux à des termes particuliers, des termes ambigus à des termes clairs.

Aujourd'hui, nous avons à débattre des établissements d'hospitalisation.

M. Albert Peyron. Ah bon ?

M. Gilbert Barbier. C'est une question précise qui, certes, dans ce projet, reste limitée. D'ailleurs Mme le ministre l'a clairement annoncé, ce projet n'a pas la prétention de résoudre tous les problèmes de l'hospitalisation.

M. Pierre Descaves. Il n'en résout aucun !

M. Gilbert Barbier. Aujourd'hui il était urgent de débattre d'un projet concret concernant l'hospitalisation et les équipements sanitaires. Et ce sera, je n'en doute pas, l'avis de la majorité de notre assemblée, pour plusieurs raisons.

La première, qui n'apparaît pas impéieuse aux yeux des membres du Front national, est que le R.P.R. et l'U.D.F., dans leur plate-forme pour gouverner ensemble, avaient pris l'engagement de réviser les modalités de fonctionnement des hôpitaux. Or ce texte, qui vient en discussion plus d'un an après le 16 mars 1986, n'était que trop attendu par l'immense majorité du corps médical hospitalier.

M. Albert Peyron. C'est comme le code de nationalité !

M. Gilbert Barbier. La deuxième raison, plus profonde, est la situation pour le moins chaotique de la médecine hospitalière française, régie par une loi sur la départementalisation inappliquée, voire inapplicable, comme je le disais.

Avec les 700 établissements hospitaliers publics concernés par le titre I^{er}, les 2 000 établissements privés concernés par le titre III, c'est toute notre structure nationale d'hospitalisation qui attend ce projet. Concernés dans leur fonctionnement, dans leur évolution, il est urgent pour ces établissements de rétablir cette notion de responsabilité qui disparaît avec l'application de la loi du 3 janvier 1984 qui devait intervenir le 3 janvier 1987 au plus tard. Si elle n'est pas appliquée c'est précisément que, dans sa sagesse, le corps médical en a refusé l'application hasardeuse. En effet, 90 p. 100 des médecins ont refusé de se soumettre à un texte d'inspiration partisane et idéologique sans souci des réalités, dont la principale est la nécessité de dispenser des soins de qualité aux malades. Ce ne sont pas les propos tenus il y a quelques instants par M. Edmond Hervé, qui peuvent nous assurer de cette nécessaire qualité ! Comment avez-vous pu parler, monsieur Hervé, d'un nécessaire compagnonnage ? C'est probablement plus facile du haut de cette tribune que face à un grand blessé dans une salle d'opération.

M. Jacques Godfrain. Très bien !

M. Gilbert Barbier. La départementalisation obligatoire instituée présente une tare en soi qui la condamne de fait, parce que vouloir régier d'une manière uniforme le fonctionnement des établissements publics d'hospitalisation relève d'un leurre. La diversité est telle entre les grands C.H.U. et les petits hôpitaux généraux qu'il n'est ni possible ni souhaitable que leur organisation interne soit identique. Il faut voir vivre et fonctionner les établissements, petits centres hospitaliers, pour constater à l'évidence que l'organisation départementalisée, telle que prévue par la loi de 1984, est tout simplement ridicule et grotesque.

M. Claude Bartolone. Caricature !

M. Gilbert Barbier. Vouloir organiser en départements des hôpitaux qui comportent un ou deux services de chirurgie, un ou deux services de médecine générale, une maternité et où le médecin se trouve souvent seul dans sa discipline, relève d'une utopie sans aucun fondement pratique.

Vouloir organiser en départements les grands hôpitaux universitaires eût pu, certes, être une initiative utile et bénéfique à la rationalisation des équipements et à l'organisation des soins. Mais la départementalisation telle qu'elle a été conçue et l'organisation envisagée ne visaient en fait qu'à retirer leurs prérogatives aux meilleurs médecins hospitaliers qui par leur savoir, leur expérience, exercent, dans leur immense majorité, une autorité que certains entendaient leur retirer par cette loi et provoquer ainsi une dilution des responsabilités : chacun serait responsable de tout sans être responsable de rien.

A un moment où le déficit de l'assurance maladie se pose en termes inquiétants et où l'hospitalisation en est en partie responsable, il vaut mieux responsabiliser pour mieux gérer et ne pas se contenter de constater le déficit de l'assurance maladie en levant les bras au ciel, en même temps que d'avoir recours à l'impôt pour équilibrer les comptes de la sécurité sociale.

Ce projet qui se défend de revenir au *statu quo ante* - comme si cet état paraissait honteux et pervers - prévoit la nomination pour cinq ans renouvelables avec la nécessité d'un rapport d'activité.

Sur ce point, il paraît, certes, louable de ne pas pérenniser quoi que ce soit dans un poste de responsabilité. Mais certaines questions se posent sur le plan pratique. Quels sont les moyens dont disposeront les chefs de service pour établir ce rapport ? Probablement de ceux que le directeur de l'établissement voudra bien mettre à leur disposition. Ce rapport, qui sera nécessairement quantitatif et qualitatif, ne va-t-il pas inciter à la course aux actes, aux journées d'hospitalisation ? Enfin, qui lira ce rapport ? Un comité d'experts médicaux ? Cela serait bien. Un fonctionnaire du ministère ? Ce serait probablement moins bien.

Cette procédure est lourde et coûteuse, madame le ministre, en temps et en moyens et ne me paraît pas adaptée à un fonctionnement serein des services. Elle met un problème technique à la merci d'une décision politique.

Néanmoins, le mérite du présent projet, dans son titre I^{er}, est de ne pas figer les structures hospitalières. Il rétablit la responsabilité du chef de service vis-à-vis du malade et de sa famille. Il laisse la possibilité d'un fonctionnement on ne peut plus souple par la mise en commun des moyens, au sein d'unités qu'on appellera « départements », ou en organisant des pôles d'activités, et cela sur la base d'un volontariat du corps médical. Ce point est essentiel car le fonctionnement d'une administration hospitalière repose sur une possibilité d'évolution et de modernisation.

Le titre I^{er} est une disposition essentielle de ce projet. Les titres III et IV se justifient d'eux-mêmes.

Apporter aux établissements privés la possibilité d'évoluer, et notamment de se regrouper, est aussi d'une urgente nécessité.

A cinq ans de l'achèvement du grand marché intérieur européen, c'est bien dans le domaine sanitaire qu'il faut d'ores et déjà donner aux établissements d'hospitalisation privés la possibilité de s'organiser face à la concurrence des pays partenaires.

Enfin, le titre IV apporte une plus grande souplesse en matière d'équipements lourds. Le projet de loi permettra des procédures plus adaptées aux réalités quotidiennes.

Vous avez déclaré, madame le ministre, que ce texte n'était pas une fin en soi et cela a été bien ressenti par la commission des affaires culturelles familiales et sociales. En effet, il reste beaucoup à faire pour transformer nos établissements de soins, en entités responsables au regard des problèmes financiers qui nous préoccupent tous. Il importe de rechercher dans les meilleurs délais des solutions pour le financement des hôpitaux.

Ce texte, aujourd'hui soumis à notre assemblée, est un premier pas qu'il faut faire d'urgence mais qui devra être suivi d'autres.

Mon dernier propos concernera l'opposition qui vient de s'exprimer et à laquelle je réponds.

L'attitude du Front national au lendemain de la déclaration de candidature de son président à l'élection présidentielle a au moins le mérite de la clarté.

Que ce soit à l'occasion des deux votes de confiance d'avril 1986 et d'avril 1987 ou dans le cours des débats quotidiens...

M. Pierre Descaves. Qu'est-ce que cela a à voir avec l'hospitalisation ?

M. Gilbert Barbier. ...les élus du Front national votent le plus souvent avec la gauche (*Protestations sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*...

M. Pierre Descaves. Et vous ? Vous avez voté soixante-dix fois avec les socialistes !

M. Jacques Peyrat. C'est un sophisme notable !

M. Gilbert Barbier. ...et agissent comme une force d'opposition et d'obstruction.

M. Guy Bâche. Et le texte sur la sécurité sociale ?

M. Gilbert Barbier. Notre collègue Arrighi s'exprimait ainsi à cette tribune, le 22 avril 1986, voici juste un an, à l'occasion d'un rappel au règlement fondé sur l'article 91, alinéa 4, qui concerne les questions préalables : « Dans la discussion d'une question préalable, peuvent seuls s'exprimer l'auteur et un orateur d'opinion contraire.

« Cette disposition serait d'application logique si l'actuelle opposition dans cette assemblée était une. Or, vous le savez, et vous le constatez, cette opposition comprend plusieurs composantes.

M. Pierre Descaves. Vous découvrez le monde !

M. François Bachelot. C'est vrai, ce n'est pas fini !

M. Gilbert Barbier. « Parmi elles, il y a l'opposition de droite, privée, en fait, du droit de s'exprimer sur les questions préalables. »

M. Pierre Descaves. N'en aurions-nous pas le droit ?

M. Gilbert Barbier. L'avenir vous a fait mentir.

Les élus de la nation sont tous égaux en droit, et pour reprendre l'aphorisme d'Orwell, il n'y en a pas de plus égaux que d'autres. Mais je tenais à rappeler ces propos car, alors que nous parlons des problèmes d'hospitalisation, j'ai constaté que chez certaines élus du Front national, il y avait une tendance fâcheuse à céder à la maladie de la persécution. (*Rires sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*)

Mme Yann Piet. C'est fâcheux !

M. Gilbert Barbier. Monsieur Bachelot, vous qui êtes médecin, avez dit, en prenant l'avis de votre éminent confrère Mme le ministre, que le pays était « malade de ses hôpitaux ». Curieuse façon de faire un diagnostic ! Vous critiquez ensuite la thérapeutique qui est proposée, sous prétexte qu'elle n'est pas la vôtre.

M. François Bachelot. Ce n'est pas la bonne !

M. Gilbert Barbier. A la place, en opposant la question préalable, vous préconisez l'abstention thérapeutique, au risque de laisser mourir le malade.

M. Pierre Descaves. Le malade, il est mort depuis longtemps !

M. Gilbert Barbier. Je pense, au contraire, mes chers collègues, qu'il est urgent de passer au vrai débat et je vous demande de rejeter cette question préalable au bénéfice des quelques observations que j'ai présentées. (*Applaudissements sur les bancs des groupes U.D.F. et du R.P.R. - Exclamations sur les bancs du groupe Front national [R.N.]*)

Mme Yann Piet. Il faut le renvoyer à Séville ! (*Sourires.*)

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

Mme le ministre chargé de la santé et de la famille. Monsieur Bachelot si vous avez bien lu le règlement sur la question préalable, vous avez mélangé ce qui relève de la loi ou ce qui relève du règlement. Les structures hospitalières relèvent de la loi et c'est l'objet du projet de loi qui vous est soumis aujourd'hui. La gestion, le budget, le statut du personnel hospitalier relèvent des décrets d'application.

Je déplore que vous n'avez pas écouté ce que j'ai dit dans mon intervention car vous auriez mieux situé le problème. Vous auriez compris, d'une part, que nous proposons aujourd'hui une réforme qui concerne les structures et, d'autre part, que les autres problèmes sont soit largement en voie de règlement, soit déjà réglés.

Quant à la complémentarité entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée sur laquelle vous avez insisté, je ne me suis pas contentée de polémiquer, j'ai agi.

M. Jacques Peyrat. C'est votre rôle !

Mme le ministre chargé de la santé et de la famille. Depuis que je suis en fonction, j'ai rétabli un équilibre qui était largement menacé depuis de nombreuses années, pour assurer l'égalité de traitement et des équipements.

M. Jean-Michel Dubernard. Très bien !

Mme le ministre chargé de la santé et de la famille. Les différentes décisions qui ont été prises dans ce domaine montrent clairement la voie politique que le Gouvernement a choisie en matière d'équilibre entre le secteur privé et le secteur public. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

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

M. Jean-Paul Séguié, rapporteur. Mes chers collègues, la commission des affaires culturelles vous propose le rejet de cette question préalable.

M. Albert Peyron. Sans autre explication ?

M. le président. Je consulte l'Assemblée sur la question préalable opposée par M. Le Pen et les membres du groupe Front national (R.N.)

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	324
Nombre de suffrages exprimés	324
Majorité absolue	163

Pour

Contre

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Dans la discussion générale, la parole est à M. Claude Bartolone.

M. Claude Bartolone. Madame le ministre, l'examen du texte qui nous est soumis aujourd'hui est à la fois une évidence et une surprise.

Une évidence, car comment s'étonner de vos propositions ? Elles ne sont que le prolongement de nombreuses déclarations et prises de position.

Souvenez-vous, mes chers collègues, de l'appel au boycottage de la loi précédente lancé par M. Barre. Rappelez-vous les propos de M. Toubon qui, en septembre 1985, parlait de coup de force contre les hôpitaux. Dès cette époque, il assurait que si la droite revenait aux affaires elle reviendrait sur ce qu'il qualifiait de provocation.

M. Bernard Debré. Il a eu raison !

M. Claude Bartolone. Attendez, je vais vous citer bientôt.

Relisez les interventions de Jean Foyer et de Michel Debré qui, ici-même, dans cet hémicycle, proclamaient que la loi portant diverses mesures relatives à l'organisation du service

public hospitalier serait une des premières à être abrogée. Et, dans le même temps, à l'extérieur, Bernard Debré, à la tête de « Solidarité médicale », en appelait presque à la guerre sainte.

M. Bernard Debré. Eh oui !

M. Claude Bartolone. Si je tenais à rappeler cette filiation entre votre texte et ces déclarations, madame le ministre, c'est que j'y vois un lien direct avec le nombre insuffisant d'hôpitaux ayant mis en place la départementalisation.

M. Bernard Debré. Il n'y a eu que trois hôpitaux !

M. Claude Bartolone. Comment s'étonner qu'après une telle effervescence il n'y ait pas eu plus d'établissements qui s'inscrivent dans le cadre de la loi de 1984 ?

M. Bernard Debré. Parce qu'elle était mauvaise !

M. Claude Bartolone. La grande majorité des médecins hospitaliers a tenu compte de l'air du temps. Pas par opposition aux propositions avancées par le Gouvernement de l'époque...

M. Bernard Debré. C'est vous qui le dites !

M. Claude Bartolone. ...mais par un certain attentisme que vous avez bien encouragé, mon cher collègue.

L'évolution que nous avions souhaité inscrire dans les textes pour créer à l'hôpital une nouvelle dynamique...

M. Bernard Debré. Dynamite !

M. Claude Bartolone. ...avait obtenu notamment, après l'excellent travail effectué par les médiateurs, plus d'attention que ce qui est dit par la droite aujourd'hui. Mais il est vrai que, lorsque les décrets d'application de la loi ont été publiés - pourquoi le nier ? - la gauche, madame le ministre, était à peu près dans le même état que votre majorité au lendemain du mouvement étudiant de décembre 1986. Ne croyez-vous pas que cela est à prendre en compte avant de geler cette évolution vers les départements dont tout le monde s'accorde à reconnaître qu'elle est inéluctable.

M. Bernard Debré. Tout le monde à gauche !

M. Claude Bartolone. Il est trop facile de dénoncer aujourd'hui ce retard uniquement pour justifier un texte de restauration. Vous ne rendez service ni aux malades, ni aux médecins, ni à l'ensemble de la collectivité nationale en procédant ainsi.

Avant le 16 mars, vous ne cessiez, avec l'ensemble du R.P.R., de proclamer : « Vivement demain ! » Mais pour l'hôpital, vous nous criez aujourd'hui : « Vivement avant-hier ! » Et pourtant, que de choses ont changé depuis cet avant-hier !

M. Bernard Debré. Le 16 mars !

M. Claude Bartolone. Regardez plus spécifiquement ce qui pouvait justifier l'organisation en service. Son origine remonte à un décret de 1943 pris en application de la loi du 21 décembre 1941.

Ces dispositions, qui pouvaient très bien être comprises à l'époque où elles ont été décidées, ont connu leurs limites en vieillissant. Autour de l'hôpital, le monde a changé, l'hôpital aussi.

De l'établissement conçu pour recevoir ceux qui, faute de moyens, ne pouvaient être soignés ni chez eux ni s'adresser au secteur hospitalier privé, il est devenu l'institution que nous connaissons aujourd'hui.

La sécurité sociale, le progrès scientifique et médical, l'explosion technologique, l'environnement sanitaire et social, le niveau et les conditions de vie l'ont changé. L'attente que l'on pouvait avoir de cette institution a progressivement, elle aussi, évolué. Il est aujourd'hui ressenti beaucoup plus comme un lieu de soins que l'on souhaite à tout prix maintenir à un « top niveau » tout en étant attentif à son coût compte tenu, notamment, de la part que représentent désormais les dépenses hospitalières dans l'ensemble de la production intérieure brute.

La santé n'a toujours pas de prix, mais elle a un coût. La maîtrise de ce coût est devenue d'autant plus indispensable que le haut niveau médical atteint dans notre pays ne pourra

être amélioré, compte tenu des progrès technologiques, que par l'utilisation la plus rationnelle des ressources dont il est évident qu'elles ne sont pas illimitées.

Or l'organisation en service n'est pas une réponse satisfaisante à cette constatation. L'observation de l'hôpital sur une longue période le confirme. Au fil des années, les services se sont multipliés pour devenir, ultime stade de cette organisation, des unités de soins de plus en plus réduites.

Certes, le progrès explique une partie du processus, mais le peu de perspectives de carrière des praticiens n'a pas été étranger non plus à cette multiplication.

Alors que l'hôpital a besoin de connaître une évolution indispensable au seuil du XXI^e siècle, vous le renvoyez, madame le ministre, vingt ans en arrière. L'hôpital de l'an 2000 ne sera pas, si vous ne favorisez pas une modification de son organisation et, donc, des rapports de pouvoir au sein même du corps médical. Une participation active de ce dernier à la gestion des établissements est absolument nécessaire. Le devenir inéluctable d'entités aussi complexes passe par des réformes indispensables concernant ce double objectif.

Quant aux médecins, cet ordre nouveau que vous leur proposez leur fera certainement encore plus fuir l'hôpital. Et ce n'est pas le retour du secteur privé qui les y maintiendra. Alors qu'il est indispensable, pour permettre une évolution dans le monde hospitalier, que les bouches s'ouvrent, vous y installez le silence et le découragement.

Les jeunes médecins hospitaliers souhaitent de vraies responsabilités, de vrais profils de carrière et des salaires publics plus attractifs et non pas le retour du secteur privé qui, comme l'a démontré M. Edmond Hervé tout à l'heure, est un avantage inacceptable accordé à une minorité d'individus en période de démographie médicale plus qu'importante. Si, de 1958 aux années 1970, la création, la croissance, les possibilités de carrière étaient multiples dans les C.H.U. et dans les hôpitaux généraux, ce qui amenait les médecins tant bien que mal à accepter leur situation, depuis, les choses ont changé. On ne construit plus d'hôpitaux, on ne crée plus de lits nouveaux, on ne crée plus de postes de responsabilité que les jeunes auraient pu occuper, on réduit le nombre des étudiants en médecine, donc les postes d'enseignants et les postes hospitalo-universitaires.

M. Michel Hannoun. Démago !

M. Claude Bartolone. Non, vraiment, madame le ministre, par vos mesures, vous ne rendez pas plus attrayante la fonction hospitalière.

Vos propositions sont des propositions d'avant-hier. Je pense au retour aux chefs de service. Oh ! certes, vous évoquez une nouveauté : il est aujourd'hui proposé qu'ils soient nommés pour cinq ans renouvelables. Etrange gouvernement qui se veut libéral et qui installe un système complètement bureaucratique de nominations centralisées. Concession qui vous permet de continuer d'évoquer la séparation entre le grade et la fonction. Mais concession de peu de poids.

Il n'est, pour s'en convaincre, que d'imaginer la pagaille que connaîtrait votre administration, dont chacun connaît l'étendue des moyens, pour renouveler quelque 6 000 chefs de service tous les cinq ans !

M. Michel Hannoun. Vous êtes pour le mandarinat ?

M. Claude Bartolone. A ce sujet, il est intéressant d'observer la colère de ceux qu'effraie votre tigre de papier et qui sont en grande partie à l'origine de cette discussion prématurée. Quelques-uns d'entre eux siègent aujourd'hui avec nous. Le rapporteur, M. Séguéla, a eu bien du mal - et peut-être même, par certains côtés, du mérite - à résister en partie à leur interprétation du désormais fameux « toujours plus ».

M. Jean-Paul Séguéla, rapporteur. Pas du tout !

M. Claude Bartolone. La palme de la modération revient une nouvelle fois au professeur Debré - il n'est plus là - qui déclarait il y a quelques semaines en parlant de vos propositions : « Tout cela est de la poudre aux yeux. Et je regrette que Mme Barzach utilise une dialectique de gauche pour s'excuser de faire une bonne politique. »

C'est vrai, une bonne politique de droite !

Après avoir réinstallé l'Etat R.P.R., confisqué la plupart des moyens d'information. (*Protestations sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)...

M. Michel Hannoun. Pas vous ! Pas vous !

M. Claude Bartolone. ... après avoir attribué à vos amis les entreprises publiques, assuré à vos obligés la plus grande part des entreprises que vous avez dénationalisées, vous installez la toute-puissance d'une minorité sur un domaine essentiel de notre système de santé au seul profit de la partie la plus conservatrice de la hiérarchie hospitalière.

Et c'est sur cette minorité que vous comptez pour installer d'une manière volontaire des départements ! Une nouvelle fois, des mots pour essayer de séduire les jeunes médecins, des mots qui connaîtront le même sort que ceux contenus dans deux circulaires de 1976.

M. Michel Hannoun. Les vôtres sont des maux de tête !

M. Claude Bartolone. Ecoutez ! On a dit assez que les hôpitaux psychiatriques posaient des problèmes à la sécurité sociale. Alors, n'en rajoutez pas ! (*Sourires sur les bancs du groupe socialiste.*)

Déjà, en 1976 en effet, pour essayer de limiter les effets négatifs de la division en service, deux circulaires avaient été publiées. Elles recommandaient « une coordination entre les services chaque fois qu'un groupe de chefs de service le souhaitait ». Elles impliquaient l'existence d'un médecin coordinateur désigné pour une durée limitée. Plus de dix ans après, nous savons tous ce qu'il est advenu de l'application de ces textes.

Et pourtant, de réels avantages sont à attendre de la départementalisation.

Tout d'abord, pour le malade qui doit être naturellement au centre de nos préoccupations : prise en charge globale, tant médicale qu'administrative ou sociale ; gains de temps, de confort, dus à la diminution des transferts et des attentes lors des examens ; dossier unique ; existence d'un interlocuteur unique et recentrage réel de l'activité médicale autour du malade.

Pour le corps médical : décloisonnement de la formation de l'exercice professionnel lui-même ; plus grande mobilité ; contribution à la résolution des problèmes de carrière ; limitation de la toute-puissance du praticien le plus élevé dans la hiérarchie ; accès à la responsabilité directe vis-à-vis du malade pour tous les autres médecins ; dans les grands établissements, freins à l'hyperspécialisation et approche plus globale de la maladie.

Pour le personnel infirmier : davantage de responsabilités et d'autonomie dans l'organisation des soins infirmiers ; plus grande participation à la marche du service ; meilleure information grâce à la collégialité ; mobilité accrue et conditions de formation améliorées ; répartition plus équilibrée et plus aisée de la charge de travail.

Pour l'administration : gestion du personnel soignant non médical facilitée ; meilleure utilisation des matériels et des locaux ; meilleures conditions de dialogue pour la procédure budgétaire ; accès à la mesure de l'activité sur des bases plus rationnelles.

Cette énumération n'a pas la prétention d'être exhaustive, mais on aura garde d'oublier le profit que la collectivité aurait pu tirer de la nouvelle structuration en départements sur le plan humain, au travers des malades et des différentes catégories de professionnels. Mais aussi sur le plan financier. Il n'est pas mince quand on connaît les nombreux doubles emplois, le suréquipement, les actes inutiles, le mauvais emploi des personnels dans certains cas que la structuration par service engendre. A une époque où l'optimisation des dépenses de santé, hospitalières en particulier, s'impose, ce point est essentiel.

Une fois de plus, dans votre conception de la départementalisation, nous ne trouvons que précautions pour justifier la réinstallation du chef de service comme seul maître à bord.

Vos propositions, madame le ministre, ne peuvent que conforter ceux qui veulent que rien ne change à l'hôpital. Dans le même temps, nous assisterons à une démobilitation des personnels les plus motivés et au gel de toutes les procédures de participation.

Et pourtant, la médecine n'est plus le fait d'un homme seul, comme cela a pu être le cas dans le passé. Plus que jamais, le médecin fait partie - et encore plus à l'hôpital - d'une équipe médicale, paramédicale et administrative. Un bon accueil, de bons soins sont indispensables au malade. Ils nécessitent une étroite collaboration de la part de tous ceux qui contribuent à sa prise en charge : ceux qui établissent le diagnostic, et ceux qui élaborent une thérapeutique, ceux qui prodigent les soins et ceux qui permettent, par l'organisation de l'hôpital, de dégager les moyens susceptibles de faire face aux objectifs médicaux. Le renforcement, l'organisation de la démocratie, du dialogue, de la participation sont indispensables. Rien ne pourra changer à l'hôpital sans qu'un consensus apparaisse entre les différents acteurs qui y travaillent.

Je ne crois pas, à ce sujet, que les pôles d'activités puissent y contribuer. Structure facultative volontaire dont la création est liée au bon vouloir du chef de service, basée sur le principe de la délégation, elle ne me paraît pas constituer une bonne réponse à l'attente de tout le personnel hospitalier.

Oui, madame le ministre, plus nous étudions votre texte, plus s'impose à notre esprit, pour le caractériser, le mot « restauration », restauration qui pèsera sur l'avenir, notamment en empêchant la naissance de tout véritable esprit de concertation et de coopération, faute de répartition indispensable des responsabilités entre les principaux acteurs de l'hôpital et faute d'existence de structures de participation au sein des établissements.

Faute de véritables équipes hospitalières, pas de véritable rapport annuel sur l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement. Or c'est un point de passage indispensable pour résoudre l'équation qui existe entre la qualité des soins et la maîtrise réalisable des dépenses hospitalières. Avec une véritable recherche épidémiologique, cette évaluation donnerait un sens véritable à la notion de budget global. Elle permettrait enfin de pouvoir comparer l'activité et l'efficacité des différents hôpitaux et des différentes thérapeutiques pour une même pathologie, paramètres qui nous manquent sérieusement aujourd'hui, vous en conviendrez.

Ce texte est aussi une surprise. Entre notre discussion d'aujourd'hui et l'annonce des états généraux de la sécurité sociale, ne décelez-vous pas comme une contradiction ? Alors que le Premier ministre et Philippe Séguin essaient de jouer les artificiers, en tentant de désamorcer le dossier de la protection sociale, vous faites exactement le contraire. De peur d'être victime de ce dossier aussi lors des prochaines élections présidentielles, il consulte et crée une commission des sages. Pendant ce temps, vous allumez la mèche et voulez voir le Parlement se prononcer avant toute concertation sur une organisation de l'hôpital dont la forme ne sera pas sans conséquences sur les dépenses hospitalières qui représentent environ 50 p. 100 de la consommation finale pour 1985.

Décidément, madame le ministre, vous appliquez une drôle de politique ! Mais peut-on parler de politique de la santé ? Un projet aujourd'hui, une réforme de l'internat pour demain et le meilleur reste à venir puisque notre discussion d'aujourd'hui, d'après vos propres dires, n'est qu'une étape avant d'aborder les vrais problèmes qui seront ceux des hôpitaux dans la prochaine décennie. Par avance, nous tremblons !

Encore un mot sur les médecins généralistes. En parlant de l'hôpital, il est indispensable d'évoquer leur sort. La réforme de l'internat que vous leur préparez, non seulement dévalorisera leur formation et donc l'ensemble de la médecine générale, mais brisera le dialogue entre celui-ci et le spécialiste. Or sans ce dialogue il n'y aura pas de véritable ouverture de l'hôpital sur l'extérieur.

Voilà, madame le ministre, ce que je tenais à vous dire pour cette première intervention socialiste, après la brillante démonstration qu'a faite M. Edmond Hervé tout à l'heure.

Mme le ministre, pour conclure, je vais vous faire un aveu, vous êtes une adversaire politique dangereuse.

Vos idées ce sont celles de droite, donc pas de surprise. Par contre, sur la forme, vos sourires, et - pourquoi ne pas le dire - votre look, arrivent à masquer la portée réelle de vos propositions. Que tous ceux qui se sentent concernés par la santé y prennent garde : d'une autre manière vous mettez en œuvre des mesures inspirées par la même doctrine que le projet de loi Devaquet. Raison de plus pour se méfier de vous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Paul Séguéla, rapporteur. Ce sont des attaques personnelles !

M. le président. La parole est à M. Jacques Roux.

M. Jacques Roux. Madame le ministre, vous avez dit que le projet de loi que vous présentez devait « transformer en profondeur l'hôpital dans les prochaines années ». L'objectif est intéressant, mais tout dépend dans quel sens cette transformation s'effectuera.

Les députés communistes considèrent, pour leur part, que le projet qui nous est soumis constitue un retour en arrière considérable à l'heure où il est urgent de prendre des mesures pour sortir l'hôpital de la situation de détresse dans laquelle il se trouve et où il faut, en même temps, préparer l'hôpital de l'an 2000.

Retour en arrière. Le coup d'envoi en a déjà été donné par le rétablissement, au détour d'un D.M.O.S. hâtif, du secteur privé baptisé curieusement « secteur libéral », comme si le qualificatif de « libéral » s'accoutumait de l'utilisation des locaux, du matériel, des investissements et du personnel d'un établissement public.

Le retour au secteur privé accentue les inégalités non seulement entre les malades qui peuvent payer et ceux qui ne peuvent pas, mais aussi entre les médecins qui utilisent le secteur privé et ceux qui ne le pratiquent pas. Cet exercice privé profite surtout aux médecins déjà arrivés, au détriment des plus jeunes. Ce n'est pas la réponse adéquate aux espoirs déçus d'une jeune génération de médecins hospitaliers. Ce n'est pas la réponse aux distorsions de revenus que subissent plusieurs catégories de praticiens hospitaliers.

Enfin, le versement aux services concernés d'une partie des sommes acquises par le secteur privé intègre davantage les médecins et les personnels dans la gestion de l'austérité puisqu'on leur ouvre la possibilité de démarcher par ce biais les moyens dont ils ont besoin.

Le rétablissement des services n'est pas seulement un retour à la situation antérieure, à une époque où le service a joué un rôle positif dans le développement des spécialités. Ce rôle est aujourd'hui dépassé. Le projet actuel aggrave même la situation passée. Loin de considérer que le renouvellement des chefs de service tous les cinq ans est une mesure positive, nous disons, au contraire, que les conditions de ce renouvellement accentuent la dépendance des chefs de service vis-à-vis des orientations décidées par le pouvoir central ; ils sont placés sous haute surveillance. Mais il y a plus surprenant. La délégation accordée aux médecins pour diriger un pôle d'austérité (*Rires sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*) - pardon ! un pôle d'activité...

M. Michel Hannoun. Très bien !

M. Jacques Roux. ... à l'intérieur d'un service prendra fin avec le départ du chef de service. Imagine-t-on la situation créée dans un service par cette dépendance des médecins vis-à-vis des chefs de service ? Ou bien les pôles d'activité ont une raison d'existence liée à des besoins médicaux, scientifiques et techniques, et leur remise en cause ne peut se poser dans ces termes, ou bien ils sont là pour des raisons d'opportunité, et il faut le dire. En réalité, on crée une nouvelle hiérarchie, figée, incompatible avec la conception moderne des fonctions de praticien hospitalier.

Ce n'est sûrement pas avec de telles perspectives que vous recruterez les 1 200 médecins hospitaliers qui manquent aujourd'hui.

Le projet de loi envisage la création, selon la bonne volonté des chefs de service, de ce qui est appelé département, mais qui ne répond pas à une conception novatrice de ce que devrait être un département, puisque le projet se résume en définitive à un regroupement, pour des objectifs plus ou moins partiels, de services.

Il serait long d'énumérer tout ce qu'il n'y a pas dans ce projet qui prétend préparer l'hôpital de demain.

Rien de nature à ouvrir des perspectives pour les jeunes médecins, les praticiens hospitaliers, les vacataires, les personnels soignants, techniques, pas plus que pour le personnel administratif. Alors que l'hôpital de notre temps appelle la constitution de véritables équipes hospitalières, stables, qualifiées, regroupant autour du malade tous ceux qui concourent aux soins et à son bien-être.

Nous considérons que, pour bâtir l'hôpital de notre époque, il faut concrétiser des notions qui sont inséparables les unes des autres : démocratisation, efficacité médicale et technique, maîtrise d'une bonne gestion, réponse aux besoins des malades et de la population.

La démocratisation doit se réaliser à plusieurs niveaux. Le gigantisme des structures de nombreux centres hospitaliers régionaux, et plus particulièrement les ensembles parisiens, lyonnais et marseillais, sont le résultat, au fil des ans, d'établissements eux-mêmes de plus en plus importants. Caractérisés par une hiérarchisation où la moindre décision est prise au sommet, leur lourdeur est devenue incompatible avec une gestion saine, moderne et dynamique.

Je sais qu'il est difficile de remettre en cause cette organisation. Il faut en avoir la volonté. Il faut donner à chaque établissement qui compose ces ensembles les moyens nécessaires, son autonomie, ses organismes collectifs de décision, tout en organisant évidemment la coordination indispensable au plan de la ville et aussi de la région pour tous les établissements publics qui y sont implantés.

Le conseil d'administration de chaque établissement doit retrouver ses pleines prérogatives...

M. Jean-Michel Dubernard. Bravo !

M. Jacques Roux. ... mais sa composition doit être modifiée, avec une meilleure représentation des personnels et des élus des communes sur lesquelles il étend son influence.

Le présent projet de loi donne des attributions nouvelles, contradictoirement - tout en la mettant sous tutelle - à la commission, qui s'appellerait maintenant commission médicale d'établissement, pouvoirs qui restreignent l'indépendance des médecins dans le domaine de la décision thérapeutique et s'exercent au détriment du comité technique paritaire.

Ce qu'il faut, c'est que la commission médicale devienne le lieu privilégié de concertation entre les diverses catégories des personnels qui interviennent dans les soins aux malades, au sein de l'établissement. Non seulement il faut maintenir le comité technique paritaire, mais il faut lui donner des attributions élargies.

La départementalisation est rendue indispensable par l'évolution de la science médicale. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soins, la notion de complémentarité et de spécificité dans l'organisation médicale et infirmière se substitue à la notion de structure hiérarchisée. Il s'agit de mettre en commun les connaissances et l'expérience de chacun. C'est dans ce sens qu'il faut concevoir la participation à la gestion du département des représentants des diverses spécialités médicales et des autres catégories de personnel.

Une gestion saine et efficace de l'hôpital commence au niveau de l'unité de soins et du département. Celui-ci doit avoir des responsabilités réelles, non seulement dans l'organisation des soins, mais aussi dans la gestion. Le département est une solution, avec d'autres, à de véritables gaspillages dus souvent au cloisonnement des services, à une mauvaise utilisation des personnels et des équipements, au détriment des malades et des budgets hospitaliers. Au niveau du département s'expriment les besoins nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital. C'est donc là que doit se situer le premier stade de l'élaboration du budget.

Un budget global pourrait constituer un progrès sur l'ancien système, s'il n'était utilisé - c'est le cas aujourd'hui - comme un carcan rigide, décidé par voie d'autorité, hors des besoins réels et de l'intérêt des malades. Au contraire, il doit être élaboré par la concertation, actualisé en fonction de l'activité réelle et non soumis à un taux directeur arbitraire et contraignant, qui conduit les hôpitaux à ne plus pouvoir répondre aux besoins de la population. Ce budget doit être négocié entre les établissements et les caisses de sécurité sociale.

Répondre aux besoins signifie donner aux hôpitaux les moyens nécessaires en personnel, en équipements, par l'élaboration d'un plan hospitalier qui doit être décidé au niveau du conseil régional, habilité à statuer sur la création des établissements, des équipements, des besoins en personnel, après concertation avec les élus des autres collectivités territoriales et avec les établissements concernés.

Ces propositions sont évidemment radicalement opposées à la carte sanitaire d'aujourd'hui, arbitraire et ignorant totalement les besoins réels. Sur ce point, les nouvelles dispositions prévues par le projet de loi concernant les équipements sanitaires ne modifient pas grand-chose et paraissent ne rien apporter de novateur. Quant aux dispositions relatives à l'homologation de certains produits et appareils, c'est une mesure indispensable, avec toutefois une réserve : que les dispositions d'application qui seront prises garantissent que ces homologations ne se feront pas en fonction de considérations

commerciales et financières, et au détriment des productions françaises, comme on en a eu quelques exemples dans un passé récent.

Répondre aux besoins, c'est permettre à tous les malades de bénéficier des soins les mieux adaptés à leur état et, chaque fois que cela est nécessaire, des progrès les plus avancés de la technologie. Ceci est inséparable de la présence de personnel qualifié, en nombre suffisant, alors que, aujourd'hui, le manque de personnel, la tendance à la déqualification et au redéploiement entraînent une spirale de gâchis.

Répondre aux besoins, c'est aussi avoir un réseau hospitalier bien équilibré. Les centres hospitaliers régionaux doivent conserver bien évidemment leur rôle primordial, qui est de développer les médecines de priorité, mais cela ne peut se faire au détriment des hôpitaux généraux, qui doivent recevoir tous les moyens indispensables pour que s'y développe une médecine de haut niveau.

Un renouveau des hôpitaux locaux est une nécessité, de même que leur extension aux côtés, éventuellement, d'autres structures hospitalières. C'est en effet à l'hôpital local que peuvent se résoudre de nombreux cas de malades pour lesquels on ne peut dissocier leur maladie, même peu grave, d'une situation sociale difficile. C'est aussi, ne l'oublions pas, le lieu privilégié de rencontre entre la médecine à l'hôpital et le médecin de ville ou de campagne.

Préparer l'hôpital de demain, c'est aussi ouvrir des perspectives aux médecins qui ont choisi la carrière hospitalière et, parmi eux, à ceux pour qui le déroulement de carrière est le moins favorable. Il faut enfin régler la question de l'intégration des médecins vacataires, particulièrement nombreux dans le secteur psychiatrique, dont l'inquiétude grandit chaque jour.

L'hôpital doit s'ouvrir sur l'extérieur. Il peut contribuer à la mise en place d'une véritable recherche épidémiologique au niveau national, aider à promouvoir la coopération avec les médecins de famille et les médecins du travail. En psychiatrie, la politique de secteur doit être développée et recevoir les moyens nécessaires, ce qui n'est pas le cas maintenant.

L'hôpital doit participer, lorsque cela est possible, aux secours d'urgence, au développement de l'hospitalisation à domicile et des alternatives à l'hospitalisation. Y participer sans pour cela s'amputer, ce qui signifie qu'on ne peut accepter la fermeture de lits et de services sans que les moyens alternatifs aient été mis en place au préalable.

Je sais que votre gouvernement refuse l'ouverture à l'extérieur de l'hôpital public si j'en juge par les propos très clairs du Premier ministre dans son discours du 20 mars dernier devant les assises du Centre national des professions de santé. Il a parlé plus en termes de concurrence qu'en termes de complémentarité entre le public et le privé.

L'hôpital doit développer encore son rôle dans la formation des personnels de santé. Nous n'examinons pas aujourd'hui la question de la formation des médecins, mais le rôle des internes est trop lié à la vie de l'hôpital et l'hôpital joue un tel rôle dans la formation des médecins qu'il n'est pas déplacé d'en dire un mot, pour rappeler simplement notre conviction de la nécessité du maintien de l'internat pour tous, seule voie permettant d'assurer la formation la plus solide pour les futurs médecins généralistes, seule voie pour donner toute sa valeur, son importance, à la médecine générale.

Ce rôle de l'hôpital est irremplaçable dans la formation des infirmiers et des autres personnels paramédicaux, pour contribuer à élever leur niveau en relation avec les progrès de la médecine, pour leur donner tous les atouts pour répondre pleinement à leur mission. Mais il faut donner aux hôpitaux des moyens qui leur font aujourd'hui défaut, en soulignant - c'est d'ailleurs très bien ainsi - qu'ils forment des personnels pour le secteur public et le secteur privé.

Nous le disons fermement, en ces temps où l'austérité, les transferts de charges vers les familles sont la ligne directrice du Gouvernement, le droit à la gratuité des soins est à inscrire dans la perspective d'un système de santé de notre temps. Ce n'est pas un problème comptable, c'est un choix politique.

On nous parle plus souvent du rapport « P.I.B. sur dépenses de santé » que du rapport P.I.B. sur dépenses improductives. Ce choix politique que nous faisons est en relation avec nos propositions de relance de notre économie, comme avec nos propositions de financement de la sécurité sociale. Faut-il rappeler que l'hôpital constitue le troisième

marché intérieur français, qu'il occupe 4 p. 100 de la population active, qu'il est un élément décisif de la recherche et du développement de branches de pointe de l'économie française, qu'il joue un rôle déterminant dans le soutien d'industries exportatrices ?

Enfin, disons simplement qu'il est là pour prévenir et soigner la maladie des femmes et des hommes, qui sont le bien essentiel d'une nation. *(Applaudissements sur les bancs des groupes communiste et socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. Michel Hannoun.

M. Michel Hannoun. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, si la santé est une préoccupation essentielle de nos concitoyens, l'hôpital demeure un lieu avec lequel ils entretiennent des rapports ambigus.

Lieu de la guérison espérée, l'hôpital est aussi vécu souvent comme le lieu de la fin de la vie. C'est pourquoi nos concitoyens sont attentifs à tout ce qui touche à l'hôpital et sont sensibles dès qu'ils entendent le mot « réforme ».

Cependant - il faut bien le dire - tout projet de réforme de l'hôpital ne passionne pas ou ne passionne que modérément les foules populaires. Mais il passionne plus précisément les foules intra-hospitalières. Car ce texte, madame le ministre, est attendu.

Vous aviez d'abord à éviter l'écueil de la restauration : restauration pure et simple du service, restauration pure et simple du chef de service, souverain et omniprésent. En un mot, vous aviez à éviter le piège du mandarinat et le piège du conservatisme.

M. Claude Bartolone. On est en plein dedans !

M. Michel Hannoun. Chacun a en mémoire les imprécations - c'est à vous que je m'adresse, monsieur Bartolone - de quelques ultras qui, au nom de je ne sais quelle forme de libéralisme, expriment en fait une vision archaïque de l'hôpital. Ces « libéraux macho » sont les « libéraux bobo » de nos hôpitaux.

M. Jean-Hugues Colonna. Oh ! des rimes !

M. Michel Hannoun. Vous aviez ensuite à éviter - monsieur Bartolone, écoutez bien - ...

M. Claude Bartolone. J'espère que ça va être meilleur !

M. Michel Hannoun. ... l'écueil de la dilution : dilution de l'efficacité du fait de l'absence de précision effective de la responsabilité, dilution de l'autorité sous couvert d'un égalitarisme rigide. En un mot, ce qui apparaissait dans les discours précédents sous la forme de « l'hospitalo-progressisme » n'était en fait que de « l'hospitalo-démagogie ».

M. Claude Bartolone. Vous êtes un dinosaure, monsieur Hannoun ! Vous n'avez rien compris !

M. Michel Hannoun. Nous sommes donc aujourd'hui devant un vide juridique à combler rapidement, devant une situation d'incertitude préjudiciable à l'hôpital et, à travers lui, surtout, à notre économie de santé et à ceux qui ont besoin de l'hôpital et que l'on oublie trop souvent, tant les préoccupations corporatistes, même si elles sont légitimes, sont pesantes : je veux parler des malades.

M. Guy Bêche. Ce n'est pas ce qui est dans votre projet.

M. Michel Hannoun. En matière d'organisation des établissements publics hospitaliers, vous confirmez le service comme base de l'organisation hospitalière. Cette clarification est importante et devrait satisfaire ceux qui ont souhaité cette rationalisation.

Le rétablissement des chefs de service est une bonne chose, approuvée massivement, notamment par ceux qui sont concernés.

M. Claude Bartolone. Heureusement !

M. Michel Hannoun. La suppression de la nomination à vie des chefs de service me paraît une excellente proposition. Elle est diversement appréciée dans ses modalités, mais tout le monde s'accorde à dire qu'une remise en question est nécessaire. Dans tous les pays modernes, elle est la règle.

En amont du service, la création de pôles d'activités représente une innovation positive. Il devrait permettre à de très nombreux médecins non chefs de service d'exercer des responsabilités sur un secteur du service.

M. Guy Bêche. De croupir, plutôt !

M. Michel Hannoun. C'est indispensable pour tenir compte notamment de la spécialisation croissante des activités au sein du même service. C'est indispensable pour permettre à de jeunes médecins de pouvoir se sentir à l'aise, ou plus à l'aise, dans la structure hospitalière.

Mais la définition du pôle d'activités méritera, madame le ministre, des précisions que nous apporteront certainement les décrets d'application, ou du moins le cours de la discussion.

Enfin, au-delà de la délégation médicale, qui représente un aspect du pôle d'activités, la délégation de gestion, totale ou partielle, est également très attendue. La délégation médicale n'est pas négligeable, certes, mais la déontologie en matière de soins fait que celle-ci, en pratique, ne se délègue pas, chaque docteur en médecine étant personnellement responsable devant son malade - l'exemple de l'anesthésiologie me paraît en être la meilleure illustration.

Sans vouloir parcelliser l'hôpital dans des micro-unités, il me paraît utile de compléter le pôle d'activités par quelques responsabilités de gestion, à moins que ne soit précisé très clairement le lien entre centre de responsabilité et pôle d'activités. C'est le vrai moyen - à mes yeux, le seul - de rendre véritablement responsable tout le monde, et d'abord les prescripteurs les plus importants, les plus directs, que sont dans un service les médecins non chefs de service. Il faut les faire effectivement participer personnellement aux rapports sur l'évaluation technique et économique des soins dispensés dans l'établissement - c'est l'intérêt économique de la maîtrise des dépenses.

En aval du service, vous rendez possible la création de départements. L'approbation est unanime. Certes, la liberté est meilleure que la contrainte. Certes, il fallait éviter les blocages constatés hier : blocages sur le plan de l'organisation,...

M. Guy Bêche. On en reparlera dans dix ans !

M. Michel Hannoun. ...blocages sur le plan des décisions, car l'égalitarisme aboutit souvent à l'immobilisme, quand l'électoralisme sommaire ne s'en mêle pas. Mais il faudra aussi se donner les moyens d'éviter les blocages de demain, et notamment un blocage sur le plan des décisions, lié cette fois à l'attente d'une initiative qui requiert l'approbation générale.

Sans des mesures fortement incitatives, sans une action volontaire et soutenue, les départements, bien souvent, resteront sur le papier une belle ambition et ne joueront pas tout à fait leur rôle.

L'expérience l'a montré : changer simplement deux infirmiers de service est une entreprise périlleuse. Chacun, ici, connaît des services où il y a des lits vides et qu'on ne peut utiliser, alors que, dans le service voisin, on en aurait besoin.

Le redéploiement est nécessaire, tant des personnels que des matériels. Pourquoi un écho-Doppler ne serait-il pas utilisé par plusieurs services ? S'il y en a un dans plusieurs services, il peut résulter un sous-emploi, d'autant plus regrettable qu'il faut changer ce genre de matériel tous les trois ou quatre ans du fait de l'évolution technologique.

Pourquoi - et c'est une proposition - ne pas utiliser une part du budget global de l'hôpital à permettre des contrats avec les départements qui se seraient créés et qui fonctionneraient effectivement ? Cela me paraîtrait être une mesure d'incitation.

De même, vous prévoyez l'adoption d'un règlement intérieur du département. Cela est une forme de responsabilisation des partenaires concernés. Pourquoi, dans ces conditions, ne pas proposer un règlement intérieur par services, pour les mêmes raisons ?

Votre souci de responsabiliser chacun dans l'hôpital, madame le ministre, vous a amenée à proposer l'évolution des commissions médicales consultatives vers des commissions médicales d'établissement. C'est un progrès essentiel.

Cette commission peut être saisie par les autorités de tutelle, le président du conseil d'administration et le directeur, mais pas par son président. Pourquoi ne pas donner à ce dernier cette possibilité ?

J'y vois, pour ma part, une possibilité intéressante d'associer plus étroitement les praticiens à l'orientation en matière budgétaire en conférant au président de la commission médicale d'établissement une réelle autorité auprès de ses pairs.

Pourquoi ne pas élargir aussi - cela a été évoqué à plusieurs reprises - la commission médicale d'établissement aux praticiens titulaires de l'établissement, d'autant que leurs débats auront lieu dans le cadre des budgets alloués ?

L'hôpital absorbe en France, et à lui seul, plus de la moitié du budget de la santé et cette part ne cesse de croître.

Si l'hôpital a joué jusqu'à présent, par la médecine de recherche et de pointe qui s'y trouve pratiquée, un rôle essentiel dans tous les développements, dans tous les progrès dont bénéficie la pratique médicale tout entière, il importera sans nul doute d'en réserver à l'avenir le recours exceptionnellement coûteux et souvent inhumain à ceux qui peuvent, qui doivent en retirer un bénéfice réel.

C'est tout le problème de la médecine de l'an 2000 qui est posé, laquelle devrait être tout entière dominée par une triple révolution : une révolution scientifique, une révolution conceptuelle et une révolution économique.

La révolution scientifique naît, d'une part, de l'évolution vers une médecine moléculaire et une thérapeutique naturelle et, d'autre part, des données épidémiologiques qui montrent que les « maladies menaçantes pour la vie » qui engouffrent plus de 80 p. 100 des budgets disponibles concernent moins de 10 p. 100 des malades.

La recherche, notamment celle du médicament, n'obéit plus comme jadis aux lois subtiles du hasard, de l'empirisme ou de la chance. Ce n'est plus une prothèse ou un palliatif que l'on trouve ou que l'on cherche au petit bonheur la chance. C'est le fonctionnement normal de l'organisme équilibré qu'il importe à présent d'imiter par des moyens aussi proches que possible de ceux qu'a inventés la nature elle-même.

A la pharmacologie artificielle de prothèse succède une pharmacologie naturelle, inspirée des besoins réels de l'organisme qu'il s'agit à présent, non de contrarier, mais, au contraire, de seconder.

A cette révolution scientifique s'ajoute une révolution conceptuelle.

En effet, le retour à un concept trop longtemps voilé par le délire, il faut bien le dire, du scientisme à tout prix, à savoir qu'il vaut mieux prévenir que guérir, retour dont les signes sont aujourd'hui perceptibles -, marque l'avènement d'une orientation très nouvelle et qui, très vraisemblablement, prévaudra avant la fin de ce millénaire, d'abord parce qu'elle est logique et que des acquis scientifiques évidents la soutiennent, ensuite parce qu'elle est rendue nécessaire par la spirale financière et le désordre actuel.

De la médecine du passé, notre génération est en train de s'orienter vers la médecine de l'avenir, centrée cette fois sur les problèmes non de la mort mais de la vie, non de la cure mais de la prévention, non de la maladie mais de la santé.

Il s'agit d'une médecine axée non sur l'exploit technologique destiné à empêcher ou à retarder de quelques semaines une mort souvent miséricordieuse, mais sur la préservation de la qualité de la vie.

M. Claude Bertolona. Miséricorde !

M. Michel Hannoun. Il s'agit d'une médecine impliquant l'information et la participation étroite des usagers, sans l'adhésion desquels aucune prévention n'est possible.

Il s'agit d'une médecine dont les objectifs, comme les priorités, sont clairement définis comme le maintien d'un bien-être ou d'un mieux-être physique et psychique.

Il s'agit enfin d'une médecine dont les acteurs - les médecins en particulier - entreront dans le siècle prochain pour aider chacun à la prise en charge de sa propre santé.

Telle est à mon sens la révolution conceptuelle de la médecine demain, succédant au double irréalisme d'hier et d'aujourd'hui : celui du médecin par ses promesses et ses ambitions, celui du public par ses attentes inconsidérées de miracles technologiques.

Révolution scientifique d'abord, révolution conceptuelle ensuite, c'est enfin une révolution économique qui est nécessaire et à laquelle nous allons assister.

Cette révolution économique s'inspirera de deux principes essentiels.

Le premier, peut-être le plus important, concerne le mieux-être des malades. La remise en cause de certaines conceptions aussi coûteuses qu'inhumaines de la prise en charge des vieillards, des mourants en est un exemple. En un mot, quelle est notre conception de l'immortalité ?

Le second principe pourrait naître de la contestation, parfois radicale et douloureuse, de l'application hâtive et désordonnée de certains moyens hautement techniques, hautement coûteux, avant même que la preuve soit apportée du bien-fondé de leur utilité.

La formation continue des médecins, d'une part, et une exigence nouvelle, accompagnée de délais suffisants, concernant la démonstration de l'efficacité réelle d'un certain nombre d'acrobaties médico-chirurgicales, de l'autre, devraient contribuer à l'adoption d'une médecine mieux adaptée, mieux appropriée à ses objectifs réels et qui s'adresserait sans doute un peu moins aux organes et un peu plus à l'homme.

Ces trois révolutions pour la médecine de l'an 2000, nous y allons sûrement.

Ces trois révolutions devraient permettre - et c'est là l'objet du débat de fond - une meilleure humanisation et une économie nouvelle de notre système de santé.

Cette humanisation et cette économie nouvelle du système de santé passent d'abord par une réflexion d'ordre politique et par l'établissement d'une morale collective et individuelle de la prise en charge et de la solidarité.

Cette humanisation et cette économie nouvelle passent ensuite par la recherche scientifique, tant biochimique qu'épidémiologique.

Cette humanisation et cette économie nouvelle passent enfin par la préparation de l'avenir grâce à une meilleure planification hospitalière !

Le dernier rapport sur la planification hospitalière, établi par le professeur Jean-Pierre Etienne me paraît, être très pertinent : il trace les grandes lignes de l'action à engager.

Rationaliser les décisions d'équipement des hôpitaux, modifier l'application de la procédure des équipements lourds, c'est d'abord l'affaire des hôpitaux eux-mêmes qui doivent en permanence réfléchir sur leurs missions, leurs moyens et leurs coûts de fonctionnement.

Naturellement, cela suppose que l'hôpital soit encore plus responsable qu'aujourd'hui de ses décisions. Le budget global, s'il a permis d'amorcer une réelle maîtrise des dépenses, doit être à la fois - et je sais que vous vous y êtes engagée - plus souple dans son fonctionnement et plus exigeant dans la réalisation des objectifs.

Mieux organiser le travail à l'hôpital, faire baisser l'absentéisme, mieux gérer le personnel médical et améliorer sa qualité, atténuer le handicap des contraintes statutaires, promouvoir des équipes de direction plus gestionnaires, ne pas hésiter à utiliser les moyens modernes de management et de participation, mettre en œuvre chaque fois que ce sera souhaitable des concessions pour les services généraux, voilà quelques pistes de travail importantes pour répondre aux exigences de l'avenir, parce que l'avenir c'est aussi l'hôpital-entreprise.

De même, il faut mieux planifier les activités hospitalières publiques et privées. On doit se rendre à l'évidence et admettre explicitement que tous les établissements ne peuvent pas assurer la prise en charge de toutes les catégories de patients. En tant que maire, je sais que le pouvoir local est parfois un élément de freinage à cet égard. Bien sûr, il faut faire cela progressivement, mais il ne faut pas dévier de l'objectif.

Pourquoi ne pas envisager - ne pas rêver, diront certains - que ce soit non les malades qui se déplacent mais les médecins eux-mêmes ?

Tout cela, madame le ministre, mes chers collègues, ne suppose pas nécessairement un bouleversement législatif et réglementaire. Bien souvent, les textes nécessaires existent.

Il faut parfois les réactiver, souvent en améliorer l'appréciation et l'application.

La place de l'hôpital dans notre système de soins reste préminente. Cette position suppose de transcender le malaise profond qui règne souvent à l'hôpital et dans lequel je diagnostiquerai une réforme chronique entraînant un syndrome dépressif secondaire. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Seul M. Bartonole ne peut pas comprendre la psychiatrie, c'est évident !

M. Claude Bertolone. Il n'y a que moi qui vous suis !

Je souffre pour vous ! Vous avez déjà endormi nos autres collègues !

M. Michel Hannoun. Tout cela peut se guérir naturellement, en laissant plus d'initiatives sur le terrain, en les suscitant si c'est possible, en usant de la contrainte si c'est nécessaire.

L'hôpital, qui lutte habituellement contre la maladie, combat aujourd'hui, grâce à vous, madame le ministre, pour sa santé. L'hôpital comme la santé ne doivent pas être un enjeu partisan. On doit pouvoir arriver à un consensus national sur la santé...

M. Claude Bartolone et M. Guy Bêche. C'est bien parti !

M. Michel Hannoun. ... comme on y est bien arrivé sur la défense !

Votre projet de loi, madame le ministre, est un point de départ intéressant pour préparer l'avenir. Le groupe R.P.R. le votera.

M. Claude Bartolone. Quelle surprise !

M. Michel Hannoun. Jacques-René Tenon, qui fut chirurgien et député en 1791, lointain prédécesseur de Jacques Barrot comme président du comité des secours à l'Assemblée législative, avait conclu son plan de réforme du service des hôpitaux en considérant que : « Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple. »

Puissions-nous ensemble nous en souvenir en n'oubliant jamais, madame le ministre, mes chers collègues, comme le rappelait Paul Valéry dans ses *Mauvaises Pensées* que « Ce qui est simple est toujours faux et ce qui ne l'est pas est inutilisable. » (*Applaudissements sur les bancs des groupes du R.P.R. et U.D.F.*)

M. le président. La parole est à M. Guy Herlory.

M. Guy Herlory. Madame le ministre, chers collègues, François Bachelot vous a indiqué ce que nous pensions de ce projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire. Pour ma part, je me bornerai à évoquer plus particulièrement l'hospitalisation à domicile.

Il y a vingt-cinq ans naissait en France le premier service d'hospitalisation à domicile. Si cette formule restait très marginale à ses débuts, l'on pouvait supposer que la loi hospitalière de 1970, quoique bien timide à cet égard, ouvrirait néanmoins des perspectives non seulement attrayantes d'un point de vue humanitaire, mais aussi efficaces dans la qualité du service rendu et de la gestion.

Malheureusement, depuis 1970, les gouvernements et les ministres de la santé successifs se sont contentés de gérer « la santé des Français » selon la méthode Coué. « Nous avons le meilleur système de protection sociale au monde », répétaient-ils inlassablement, sans aborder le véritable problème de fond.

Dès votre arrivée, madame le ministre, vous dressiez un constat sans complaisance de l'état de délabrement du service hospitalier. Vous aviez raison, et l'on était en droit d'attendre de vous des mesures efficaces.

Or, un an après, vous vous contentez de nous proposer quelques réformettes hospitalières qui vont décevoir et inquiéter, à n'en point douter, les malades, leurs familles et une grande partie des professionnels de santé.

Vous savez pourtant qu'être hospitalisé, c'est ajouter à la maladie l'ennui, la solitude, le manque de communication avec les autres, le chagrin de quitter sa famille. Nous ne devrions donc plus voir s'éterniser dans des services hospitaliers des malades qui pourraient fort bien être soignés à leur domicile avec autant de compétence et au moindre coût.

Pourquoi, madame le ministre, ne pas avoir profité de ce projet de loi pour réformer sur le fond le système de santé ?

Une orientation plus efficace vers un système d'hospitalisation au domicile du malade s'avère indispensable, en respectant, bien entendu, le principe d'égalité de tous les Français devant l'accès aux structures de soins. Cela suppose d'ouvrir l'hospitalisation à domicile à tous les malades et à tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice.

Il est urgent, madame le ministre, d'abroger la circulaire socialiste du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics, qui impose, d'une part, le passage obligé par un établissement hospitalier public comme préalable à toute admission en hospitalisation à domicile ou une consultation externe et qui crée, d'autre

part, un lien de subordination inacceptable pour les professionnels libéraux à l'égard de l'hôpital public, en particulier pour les infirmières libérales.

Personne ne comprendrait que le ministre de la santé d'un gouvernement qui se veut libéral continue à cautionner le système d'hospitalisation à domicile, qui crée une médecine à double vitesse et surtout une véritable ségrégation, d'une part pour les malades n'appartenant pas au service public hospitalier et qui sont donc exclus de ce système, d'autre part, pour les médecins libéraux et tous les professionnels de santé, qui s'en trouvent également exclus.

Il a toujours manqué une volonté politique pour donner un cadre juridique à l'hospitalisation à domicile, laquelle est pourtant souhaitée par les patients. C'est aujourd'hui encore un manque de volonté politique d'occulter cette aspiration des Français malades ou des professionnels de santé.

Vous avez certes créé un groupe de travail à cette intention, lequel doit vous remettre ses suggestions et propositions à la fin de l'année. J'ose espérer que la création par le Gouvernement de ce groupe de travail ou d'une commission de réflexion n'est pas le prélude au retrait d'un dossier.

Et pourtant, madame le ministre, vous savez bien que l'expérience acquise par les trente-deux services de soins d'hospitalisation à domicile existant en France prouve trois choses : premièrement, que presque toutes les pathologies peuvent être traitées au domicile du malade par des professionnels de santé compétents ; deuxièmement, que le degré de satisfaction des personnes soignées dans ces conditions est excellent ; troisièmement, enfin, que l'économie très importante réalisée par ce mode de soins - le coût d'une journée d'hospitalisation à domicile est inférieur de 50 p. 100 à 75 p. 100 à celui d'une journée en milieu hospitalier - devrait inciter le Gouvernement à développer rapidement cette formule pour pallier le déficit permanent de la sécurité sociale.

Les services d'hospitalisation à domicile français représentent seulement 0,6 p. 100 du total des journées d'hospitalisation des services publics et privés, tandis qu'ils représentent 20 p. 100 des hospitalisations totales aux U.S.A.

Le système a fait ses preuves. Son intérêt humain et financier ne peut plus être dissimulé, d'autant qu'il répond aux vœux des malades et des familles.

Depuis la réforme de la loi hospitalière de 1970, il a fallu attendre dix-sept ans pour créer une commission de réflexion sur ce sujet. Combien d'années faudra-t-il encore attendre pour traiter ce problème avec l'efficacité et l'urgence qui s'imposent ? Respecterez-vous enfin la liberté de choix du mode de soins souhaité par les malades ? Etablirez-vous enfin les règles de saine concurrence pour créer la véritable émulation entre le service public et le service privé ?

J'ose espérer, madame le ministre, que les propositions du Front national - Rassemblement national en matière d'hospitalisation au domicile du malade ne resteront pas un vœu pieux car elles correspondent à l'aspiration d'une grande majorité de Français et de professionnels de la santé. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Front national [R.N.])*

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, au moment où le débat relatif à la sécurité sociale revient sur le devant de la scène, le projet de loi qui nous est soumis aujourd'hui est d'actualité. Mieux encore, au moment même où le Premier ministre interroge les sages sur la place que doit occuper l'hôpital dans le développement du système de soins et dans la maîtrise des dépenses, au moment donc où le Gouvernement veut donner l'apparence d'engager un grand débat et une concertation, il apporte d'ores et déjà, à travers ce projet de loi, sa conclusion à ce débat.

Ce comportement, à lui seul, montre déjà, s'il en est encore besoin, combien les « états généraux » de la sécurité sociale organisés par le Gouvernement ne serviront en fait qu'à occuper le devant de la scène, alors que les vraies décisions auront déjà été prises en coulisses sans que les acteurs aient pu donner leur avis. Ce comportement justifierait à lui seul notre opposition à ce projet.

Mais ce texte est de plus contraire aux objectifs que vous poursuivez, madame le ministre. M. le Premier ministre et le ministre des affaires sociales ont annoncé qu'il n'était pas question de remettre en cause la sécurité sociale. Dont acte ! Cette affirmation tranche en effet avec de nombreux discours

libéraux d'avant le 16 mars, et nous nous réjouissons que, progressivement, votre gouvernement revienne à des intentions meilleures. Mais encore faut-il que les intentions ainsi affichées trouvent leur concrétisation dans les décisions prises. Or le texte de loi que nous examinons va à l'encontre d'une bonne organisation du système de soins et d'une bonne maîtrise des coûts de santé.

Je crois, et je l'ai déjà dit à l'occasion de l'examen du budget de la protection sociale, il y a quelques mois, qu'il n'y aura pas de maintien de notre système de sécurité sociale sans une volonté permanente de maîtriser l'évolution des coûts. Vous n'avez pas cette volonté ; vous avez même une volonté contraire.

Mme le ministre chargé de la santé et de la famille. Pas du tout !

M. Claude Evin. Nous avons sur ce point une appréciation totalement différente. Vous avez essentiellement apporté des réponses parcelaires et clientélistes. Ce terme n'est pas péjoratif dans ma bouche : nous pouvons les uns et les autres avoir des clientèles différentes.

Le discours qu'a tenu le Premier ministre sur la paupérisation du corps médical a posé de vrais problèmes, notamment celui de l'installation des jeunes médecins, mais il a incité certains professionnels de la santé à augmenter les prescriptions médicales. Vous savez très bien qu'il n'est pas pour rien dans l'augmentation des dépenses de santé en médecine ambulatoire.

Au moment où certains ministres posent le problème des rapports entre secteur public et secteur privé dans d'autres domaines, notamment dans l'audiovisuel, il n'est pas inintéressant de nous attarder quelques instants sur la spécificité des rapports entre public et privé dans le secteur de la santé. A cet égard, monsieur le rapporteur, nous ne pouvons pas partager l'appréciation que vous portez, à la page 33 de votre rapport, ni admettre votre référence à un système économique concurrentiel de la santé. Nous situons notre analyse dans le cadre du système de protection sociale socialisée qui existe dans notre pays. Si l'on envisage un autre type de protection sociale, une autre façon d'appréhender les rapports entre le public et le privé peut se concevoir. Mais on ne peut affirmer son attachement à notre système de protection sociale, effectivement unique au monde, et envisager une situation concurrentielle entre secteur privé et secteur public.

Dans le domaine de l'audiovisuel, par exemple, nul ne saurait nier que les contraintes qui s'imposent aux deux secteurs sont différentes, mais, dans le domaine de la santé, il en va tout autrement. Nul ne saurait remettre en cause la pluralité du système de distribution des soins, mais il me semble indispensable de réfléchir avec les différents acteurs concernés aux conditions et aux modalités que pourrait prendre une véritable complémentarité dans le cadre d'une planification sanitaire et sociale renouvelée.

Il est possible de proposer la constitution non pas d'un grand service public hospitalier - ne me faites pas dire ce que je ne veux pas dire - mais au moins d'un système de soins hospitaliers d'intérêt public garantissant des statuts juridiques différents, des principes d'exercice différents, la permanence et la continuité du service public hospitalier, ainsi que l'égalité, à missions égales, des droits, obligations et devoirs.

Or votre projet de loi ne va pas dans cette direction, madame le ministre. Au contraire, il conforte un secteur privé hospitalier qui, si votre texte est adopté, bénéficiera de conditions dérogatoires au regard des contraintes d'une véritable planification hospitalière.

Il prévoit en effet d'autoriser les regroupements d'établissements privés et de donner le droit de convertir des lits. Ainsi, sans que l'autorité administrative ait été amenée à examiner le bien fondé de la demande, un établissement privé pourra transformer ses lits de médecine en chirurgie ou en obstétrique. De telles dispositions portent en germe la déstabilisation du paysage sanitaire français. Elles sont en outre inflationnistes et contraires aux principes que vous affichez car cette possibilité offerte au secteur privé va déstabiliser l'offre de soins dans des régions où la concurrence public-privé est déjà très vive. Du point de vue du droit, on peut au demeurant s'interroger sur la valeur constitutionnelle de cette disposition. Vous précisez la procédure d'avis et d'autorisation préalable nécessaire aux établissements publics pour l'établissement de leurs programmes établis par discipline et par spé-

cialité. Vous semblez donc créer une procédure unique pour tous les établissements de tous statuts mais, en même temps, vous soustrayez les établissements privés à ce dispositif.

Par ailleurs, l'autorisation étant réputée accordée risque de laisser dans l'ignorance toute partie qui serait éventuellement opposée à cette autorisation. Et cette situation se traduira de fait par une impossibilité de recours contrairement à ce qui est prévu à l'article 84.

Enfin, l'argument, repris d'ailleurs par un amendement de la commission, de la limitation de cet accord au seul cas d'un déficit en lits est fallacieux puisque l'on connaît très bien les retards apportés à la publication des cartes sanitaires. Il ne faudrait pas que l'effort de maîtrise de son outil réalisé par l'hospitalisation publique, notamment par la diminution dans certains cas du nombre de lits, ouvre le champ à la création de lits nouveaux dans le secteur privé. La lourdeur de la révision de la carte sanitaire aboutit à des déficits théoriques qui ouvrent la porte à des demandes de création de lits dans le secteur privé, et l'assouplissement de la procédure que vous avez souhaité n'offre aucune garantie pour l'hospitalisation publique.

Le fait de créer une situation dérogatoire pour le secteur privé, injuste mais aussi contraire à l'objectif de maîtrise des coûts de santé, constitue une seconde raison pour refuser votre texte.

Mais d'autres dispositions de votre projet ne méritent pas moins notre désapprobation, même si elles sont moins graves.

Votre loi avait été présentée comme une grande réforme. La plate-forme R.P.R.-U.D.F. prévoyait de faire de l'hôpital public un champ privilégié d'expérimentation. Mais, en ce qui concerne l'organisation des hôpitaux, ce projet est plutôt un texte de revanche. La disparition d'une départementalisation généralisée au profit d'une procédure plus souple, basée sur le volontariat, n'est pas une nouveauté car le précédent Gouvernement l'avait déjà préconisée. Il s'agissait essentiellement pour vous de revenir sur une réforme dont peu de personnes contestent le bien-fondé mais dont le péché originel est d'avoir été mise en place par la gauche.

Vous avez donc souhaité rétablir les chefferies de service et faire du service l'unité de base de l'hôpital. Or vous savez combien l'organisation de l'hôpital a eu tendance à se morceler au cours des dernières années, pas toujours dans l'intérêt du malade ou du fonctionnement de l'hôpital, mais souvent pour des raisons de statut des médecins.

Cette préoccupation n'est cependant pas négligeable et la qualité de notre service public dépend, entre autres, de la qualité des professionnels qui y exercent, mais vous admettez que la réponse à ce problème ne peut trouver sa solution dans la nomination à des postes de responsabilité qui ne correspondent pas toujours à une organisation fonctionnelle.

A cette organisation en services, vous avez même souhaité ajouter l'organisation en pôles d'activités, créant ainsi un troisième échelon et aboutissant à une véritable atomisation du fonctionnement de l'hôpital. Alors que le Gouvernement fait de l'efficacité son cheval de bataille, j'avoue ne pas très bien comprendre sa logique.

Je ferai une autre observation, relative aux rapports entre le corps médical et les responsables administratifs des établissements, directeurs ou conseil d'administration.

Il n'est point d'hôpital sans médecins qualifiés, présents en nombre suffisant et solidaires de la vie de l'établissement. Garants de la permanence et de la qualité des soins, ainsi que de la sécurité du malade, dans une responsabilité déontologique personnelle, ils doivent bénéficier, dans l'intérêt du malade, d'une indépendance intellectuelle totale.

Agents du service public, ils agissent aussi dans le cadre des structures coordonnées et complémentaires que constitue l'hôpital.

Il est important que chacun, dans son rôle, à la place qui est la sienne - personnel non médical et commission paritaire, médecin, direction, conseil d'administration - assume pleinement ses responsabilités et que celles-ci ne soient pas diluées. Or la transformation de la commission médicale consultative en commission médicale d'établissement, dotée de pouvoirs non plus consultatifs mais délibératifs en matière d'orientations médicales, crée plus de questions sur la définition des responsables qu'elle ne clarifie ces responsabilités.

Il y a en effet lieu de s'interroger sur la notion même d'orientations médicales, et c'est bien ce qu'a fait la commission des affaires culturelles. Si l'on devait d'ailleurs retenir

une définition extensive des pouvoirs de cette commission consultative, il y aurait confusion avec les pouvoirs du conseil d'administration.

Dans cette période difficile que traversent aujourd'hui les hôpitaux publics, mais aussi l'ensemble de notre système de santé et de protection sociale, tout affaiblissement, même symbolique, des pouvoirs du conseil d'administration et des équipes de direction peut être dangereux, car une telle situation conforterait toutes les pressions centrifuges.

Telles sont les quelques observations que je souhaitais apporter dans ce débat et qui motivent notre opposition à ce projet de loi. Un projet qui ne met pas en œuvre une réelle politique de maîtrise des dépenses de santé, un projet qui renforce le secteur privé, s'opposant ainsi à une véritable complémentarité avec le secteur public, un projet enfin qui renforce l'atomisation de l'hôpital dans son fonctionnement et dans l'exercice du pouvoir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Gilbert Gantier.

M. Gilbert Gantier. En présentant ce soir votre projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire, vous nous avez dit, madame le ministre, qu'il convenait de combler un vide juridique. En effet, traditionnellement, l'hôpital, c'est le service, entité bien connue de chacun et autour de laquelle s'organise la vie hospitalière.

Or la loi du 3 janvier 1984 a supprimé cette notion de service au profit d'une entité nouvelle, et d'ailleurs équivoque dans sa terminologie : le département. Il s'agissait bien entendu de casser le pouvoir des mandarins, et l'on peut dire à cet égard que ce pouvoir avait, en effet, quelquefois dépassé les limites du raisonnable. Mais point n'était besoin pour ce faire de politiser l'hôpital et de faire du département une circonscription électorale où tout le monde était électeur, le médecin, bien entendu, mais aussi, dans une première formule, l'infirmière, la fille de salle, le brancardier et, dans une seconde, un peu plus modérée, un ensemble trop vaste aboutissant à une dilution des responsabilités.

Ce système, bien entendu, n'était pas viable et, sur un millier d'hôpitaux publics que compte notre pays, deux établissements, trois pour être large, s'étaient dotés de ces fameux départements. C'est pourquoi il convenait de redonner à nos établissements hospitaliers la structure de base nécessaire à toute institution pour s'organiser et pour fonctionner.

Vous avez donc prévu de recréer le service comme entité fondamentale et vous avez raison car le service constitue un ensemble cohérent dans sa spécialité, un ensemble de dimensions convenables pour fonctionner de façon efficace. Mais vous avez également prévu, et à juste titre, des structures plus étroites, le pôle d'activités, qui permettra à de jeunes médecins d'exercer d'assez larges responsabilités, ou une structure plus vaste, le département, qui est susceptible de répondre dans certains cas à des besoins spécifiques que seuls sont à même d'apprécier les responsables qui se trouvent sur le terrain car ils connaissent bien la réalité des besoins à satisfaire.

Vous avez ainsi, madame le ministre, évité l'esprit de système et les oukases de la réforme Ralite de 1984, réforme de triste mémoire. Mais vous n'avez pas non plus voulu restaurer l'omnipotence d'un chef de service nommé à vie, et peu enclin par conséquent à partager son pouvoir et à innover. En un mot, vous avez mis fin au mandarinat, sans pour autant que s'instaurent les responsabilités généralisées à laquelle eût abouti la réforme de 1984 si elle avait pu être appliquée. Ainsi se trouve constitué par ce texte, qui complète opportunément la loi du 27 janvier 1987, un mécanisme en mesure de fonctionner dans les meilleures conditions au service de tous.

Médecine de riches, médecine de pauvres, nous a-t-on claironné une partie de la soirée, sous prétexte que les chefs de service ont retrouvé le droit d'exercer, pour un cinquième de leur temps, une activité libérale. Que l'on me permette de m'insurger contre une telle caricature. Je connais des pays où il existe vraiment une médecine de riches et une médecine de pauvres. J'en citerai un, l'U.R.S.S., où tous les soins sont gratuits, mais où, si vous voulez être soigné dans des délais raisonnables et avec un peu d'attentions, il vaut mieux voir le médecin en dehors de ses heures de service pour obtenir une consultation digne de ce nom mais qu'il vous faudra alors payer au prix fort et en cachette. La voilà, la vraie médecine de riches ! La voilà, la discrimination sociale la plus haïs-

sable, « la plus inadmissible des inégalités, celle de l'accès aux soins en fonction de la richesse », comme le disait M. Edmond Hervé lors de la séance de questions d'actualité de mercredi dernier.

Reste un problème auquel j'attache pour ma part beaucoup d'importance : le problème financier. En effet, les hôpitaux ne pourront s'adapter continuellement aux rapides progrès de la médecine et aux besoins sans cesse accrus de notre société que s'ils en ont les moyens matériels.

Reconnaissons qu'ils n'ont pas toujours bénéficié d'une gestion efficace et moderne. Des améliorations sont en cours et je voudrais rendre ici hommage à notre jeune génération de directeurs d'hôpitaux sortis de l'Ecole nationale de Rennes, qui les prépare à la gestion rigoureuse qu'appelle l'importance sans cesse croissante de nos besoins hospitaliers.

Comme notre industrie, nos hôpitaux ont besoin de développer leur productivité mais aussi le souci, à tous les échelons, d'apporter aux malades et à leurs familles la qualité d'attention qu'appelle la maladie, épreuve pour chacun de nous et pour chacun de nos proches.

Je sais, madame le ministre, que ce texte constituera une étape importante vers l'organisation, que vous avez appelée de vos vœux, d'un hôpital plus efficace et plus humain. C'est pourquoi le groupe U.D.F. vous apportera ses suffrages. *(Applaudissements sur les bancs des groupes U.D.F. et du R.P.R.)*

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

3

RETRAIT D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. J'ai reçu une lettre par laquelle M. Michel de Rostolan déclare retirer sa proposition de loi n° 605 relative à l'adoption prénatale, déposée le 19 décembre 1986.

Acte est donné de ce retrait.

4

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, à quinze heures, première séance publique :

Questions au Gouvernement.

Suite de la discussion après déclaration d'urgence, du projet de loi n° 504 relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (rapport n° 689 de M. Jean-Paul Séguéla, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

A vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée le mercredi 29 avril 1987, à une heure cinquante.)

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

LOUIS JEAN

ORDRE DU JOUR

établi en conférence des présidents

Réunion du mardi 28 avril 1987

L'ordre du jour des séances que l'Assemblée tiendra jusqu'au **mardi 12 mai 1987** inclus a été ainsi fixé :

Mardi 28 avril 1987, le soir, à *vingt et une heures trente* :

Discussion du projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (n°s 504, 689).

Mercredi 29 avril 1987, l'après-midi, à *quinze heures*, après les questions au Gouvernement, et le soir, à *vingt et une heures trente*, et **jeudi 30 avril 1987**, l'après-midi, à *quinze heures*, et le soir, à *vingt et une heures trente* :

Suite de la discussion du projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (n°s 504, 689).

Mardi 5 mai 1987, l'après-midi, à *seize heures*, et le soir, à *vingt et une heures trente* :

Discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, relatif au service public pénitentiaire (n° 630).

Mercredi 6 mai 1987, l'après-midi, à *quinze heures*, après les questions au Gouvernement, et le soir, à *vingt et une heures trente* :

Suite de la discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, relatif au service public pénitentiaire (n° 630) :

Discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, complétant la loi n° 46-1173 du 23 mai 1946 portant réglementation des conditions d'accès à la profession de coiffeur en ce qui concerne les ressortissants des Etats membres de la Communauté économique européenne (n°s 626, 684).

Jeudi 7 mai 1987, l'après-midi, à *quinze heures*, et le soir, à *vingt et une heures trente* :

Discussion du projet de loi sur l'exercice de l'autorité parentale (n° 617).

Mardi 12 mai 1987, l'après-midi, à *seize heures*, et le soir, à *vingt et une heures trente* :

Discussion du projet de loi, rejeté par le Sénat, relatif à la durée et à l'aménagement du temps de travail (n° 686).

NOMINATIONS DE RAPPORTEURS

COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES

M. Henri Bayard a été nommé rapporteur du projet de loi modifiant la loi du 13 décembre 1926 portant code du travail maritime, et relative aux contrats d'engagement maritime à durée déterminée (n° 620).

M. Denis Jacquat a été nommé rapporteur du projet de loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (n° 681).

M. Etienne Pinte a été nommé rapporteur du projet de loi, rejeté par le Sénat, après déclaration d'urgence, relatif à la durée et à l'aménagement du temps de travail (n° 686).

COMMISSION DE LA PRODUCTION ET DES ECHANGES

M. Jacques Farran a été nommé rapporteur de la proposition de loi tendant à la création de chambres régionales de métiers (n° 414).

M. Noël Ravassard a été nommé rapporteur de la proposition de loi tendant à une meilleure protection des producteurs et des consommateurs de produits issus de l'agriculture biologique (n° 577).

M. Philippe Bassinet a été nommé rapporteur de la proposition de loi relative à la sûreté nucléaire (n° 587).

M. Jean-Louis Goasduff a été nommé rapporteur du projet de loi relatif à la navigation réservée (n° 682).

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la 2^e séance

du mardi 28 avril 1987

SCRUTIN (N° 585)

sur l'exception d'irrecevabilité opposée par M. Pierre Joxe au projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Nombre de votants	573
Nombre des suffrages exprimés	539
Majorité absolue	270
Pour l'adoption	250
Contre	289

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe socialiste (214) :

Pour : 214.

Groupe R.P.R. (159) :

Contre : 156.

Non-votants : 3. - MM. Jacques Chaban-Delmas, président de l'Assemblée nationale, Jean de Lipkowski et Michel Renard.

Groupe U.D.F. (130) :

Contre : 129.

Non-votant : 1. - M. Jacques Blanc.

Groupe Front national (R.N.) (33) :

Abstentions volontaires : 33.

Groupe communiste (35) :

Pour : 35.

Non-inscrits (8) :

Pour : 1. - M. Robert Borrel.

Contre : 4. - MM. Daniel Bernardet, Bruno Chauvierre, Jean Royer et André Thien Ah Koon.

Abstention volontaire : 1. - M. Yvon Briant.

Ont voté pour

MM.

Adevah-Pouf (Maurice)	Belorgey (Jean-Michel)	Brune (Alain)
Alfonsi (Nicolas)	Bérégovoy (Pierre)	Calmat (Alain)
Anciant (Jean)	Bernard (Pierre)	Cambolive (Jacques)
Ansart (Gustave)	Berson (Michel)	Carraz (Roland)
Asensi (François)	Besson (Louis)	Cartelet (Michel)
Auchédé (Rémy)	Billardon (André)	Cassaing (Jean-Claude)
Auroux (Jean)	Billon (Alain)	Castor (Elie)
Mme Avicé (Edwige)	Bockel (Jean-Marie)	Cathala (Laurent)
Ayrault (Jean-Marie)	Bocquet (Alain)	Césaire (Aimé)
Badet (Jacques)	Bonnemaison (Gilbert)	Chanfrault (Guy)
Balligand (Jean-Pierre)	Bonnet (Alain)	Chapuis (Robert)
Bapt (Gérard)	Bonrepaux (Augustin)	Charzat (Michel)
Barailla (Régis)	Bordu (Gérard)	Chauveau (Guy-Michel)
Bardin (Bernard)	Borel (André)	Chénard (Alain)
Barrau (Alain)	Borrel (Robert)	Chevallier (Daniel)
Barthe (Jean-Jacques)	Mme Bouchardeau (Huguette)	Chevènement (Jean-Pierre)
Bartolone (Claude)	Boucheron (Jean-Michel)	Chomat (Paul)
Bassinnet (Philippe)	Boucheron (Jean-Michel)	Chouat (Didier)
Beaufils (Jean)	(Ille-et-Vilaine)	Chupin (Jean-Claude)
Bêche (Guy)	Bourguignon (Pierre)	Clert (André)
Bellon (André)		Coffineau (Michel)

Colin (Georges)	Jospin (Lionel)	Ortet (Pierre)
Collomb (Gérard)	Josselin (Charles)	Mme Osselin (Jacqueline)
Colonna (Jean-Hugues)	Journet (Alain)	Patriat (François)
Combrisson (Roger)	Joxe (Pierre)	Pénicaud (Jean-Pierre)
Crépeau (Michel)	Kuchelida (Jean-Pierre)	Pesce (Rodolphe)
Mme Cresson (Edith)	Labarrère (André)	Peuziat (Jean)
Darriot (Louis)	Laborde (Jean)	Peyret (Michel)
Dchoux (Marcel)	Lacombe (Jean)	Pezet (Michel)
Delebarre (Michel)	Laignel (André)	Pierret (Christian)
Delehedde (André)	Lajoinie (André)	Pinçon (André)
Derosier (Bernard)	Mme Lalumière (Catherine)	Pistre (Charles)
Deschamps (Bernard)	Lambert (Jérôme)	Poperen (Jean)
Deschaux-Beaume (Freddy)	Lambert (Michel)	Porrelli (Vincent)
Dessein (Jean-Claude)	Lang (Jack)	Portheault (Jean-Claude)
Destrade (Jean-Pierre)	Laurain (Jean)	Pourchon (Maurice)
Dhaille (Paul)	Laurisergues (Christian)	Prat (Henri)
Douyère (Raymond)	Lavédrine (Jacques)	Proveux (Jean)
Drouin (René)	Le Baill (Georges)	Puaud (Philippe)
Ducloné (Guy)	Mme Lecuir (Marie-France)	Queyranne (Jean-Jack)
Mme Dufoix (Georgina)	Le Déaut (Jean-Yves)	Quilès (Paul)
Dumas (Roland)	Ledran (André)	Ravassard (Noël)
Dumont (Jean-Louis)	Le Drian (Jean-Yves)	Reyssier (Jean)
Durieux (Jean-Paul)	Le Foll (Robert)	Richard (Alain)
Durupt (Job)	Lefranc (Bernard)	Rigal (Jean)
Emmanuelli (Henri)	Le Garrec (Jean)	Rigout (Marcel)
Évin (Claude)	Le Meur (Daniel)	Rimbault (Jacques)
Fabius (Laurent)	Lemoine (Georges)	Rocard (Michel)
Faugaret (Alain)	Lengagne (Guy)	Rodet (Alain)
Fiszbin (Henri)	Leonetti (Jean-Jacques)	Roger-Machart (Jacques)
Fiterman (Charles)	Le Pensec (Louis)	Mme Roudy (Yvette)
Fleury (Jacques)	Mme Leroux (Ginette)	Roux (Jacques)
Florian (Roland)	Leroy (Roland)	Saint-Pierre (Dominique)
Forgues (Pierre)	Loncle (François)	Sainte-Marie (Michel)
Fourré (Jean-Pierre)	Louis-Joseph-Dogué (Maurice)	Sanmarco (Philippe)
Mme Frachon (Martine)	Mahéas (Jacques)	Santrout (Jacques)
Franceschi (Joseph)	Malandain (Guy)	Sapin (Michel)
Frêche (Georges)	Malvy (Martin)	Sarre (Georges)
Fuchs (Gérard)	Marchais (Georges)	Schreiner (Bernard)
Garmendia (Pierre)	Marchand (Philippe)	Schwartzberg (Roger-Gérard)
Mme Gaspard (Françoise)	Marges (Michel)	Mme Sicard (Odile)
Gaysot (Jean-Claude)	Mas (Roger)	Siffre (Jacques)
Germon (Claude)	Mauroy (Pierre)	Souchon (René)
Giard (Jean)	Mellick (Jacques)	Mme Soum (Renée)
Giovannelli (Jean)	Menga (Joseph)	Mme Stiévenard (Giséle)
Mme Goeuriot (Colette)	Mercieca (Paul)	Stirn (Olivier)
Gourmelon (Joseph)	Mermaz (Louis)	Strauss-Kahn (Dominique)
Goux (Christian)	Métais (Pierre)	Mme Sublet (Marie-Joséphine)
Gouze (Hubert)	Metzinger (Charles)	Sueur (Jean-Pierre)
Gremetz (Maxime)	Mexandeau (Louis)	Tavernier (Yves)
Grimont (Jean)	Michel (Claude)	Théaudin (Clément)
Guyard (Jacques)	Michel (Henri)	Mme Toutain (Christiane)
Hage (Georges)	Michel (Jean-Pierre)	Mme Trautmann (Catherine)
Hermier (Guy)	Mitterrand (Gilbert)	Vadepied (Guy)
Hermu (Charles)	Montdargent (Robert)	Vauzelle (Michel)
Hervé (Edmond)	Mme Mora (Christiane)	Vergès (Paul)
Hervé (Michel)	Moulinet (Louis)	Vivien (Alain)
Horau (Elie)	Moutoussamy (Ernest)	Wacheux (Marcel)
Mme Hoffmann (Jacqueline)	Nallet (Henri)	Welzer (Gérard)
Huguet (Roland)	Natiez (Jean)	Worms (Jean-Pierre)
Mme Jacq (Marie)	Mme Neiertz (Véronique)	Zuccarelli (Émile)
Mme Jacquaint (Muguette)	Mme Neveux (Paulette)	
Jalton (Frédéric)	Notebart (Arthur)	
Janetti (Maurice)	Nucci (Christian)	
Jarosz (Jean)	Oehler (Jean)	

Ont voté contre

MM.

Abelin (Jean-Pierre)
 Allard (Jean)
 Alphandry (Edmond)
 André (René)
 Anquer (Vincent)
 Auberger (Philippe)
 Aubert (Emmanuel)
 Aubert (François d')
 Audinot (Gautier)
 Bachelet (Pierre)
 Barate (Claude)
 Barbier (Gilbert)
 Bardet (Jean)
 Barnier (Michel)
 Barre (Raymond)
 Barrot (Jacques)
 Baudis (Pierre)
 Baumel (Jacques)
 Bayard (Henri)
 Bayrou (François)
 Beaujean (Henri)
 Beaumont (René)
 Bécam (Marc)
 Bechter (Jean-Pierre)
 Bégault (Jean)
 Béguet (René)
 Benoit (René)
 Benouville (Pierre de)
 Bernard (Michel)
 Bernardet (Daniel)
 Bernard-Reymond (Pierre)
 Besson (Jean)
 Bichet (Jacques)
 Bigeard (Marcel)
 Birraux (Claude)
 Bleuler (Pierre)
 Blot (Yvan)
 Blum (Roland)
 Mme Boisseau (Marie-Thérèse)
 Bollengier-Stragier (Georges)
 Bonhomme (Jean)
 Borotra (Franck)
 Bourg-Broc (Bruno)
 Bousquet (Jean)
 Mme Boutin (Christine)
 Bouvard (Loïc)
 Bouvet (Henri)
 Branger (Jean-Guy)
 Brial (Benjamin)
 Briane (Jean)
 Brocard (Jean)
 Brochard (Albert)
 Bruné (Paulin)
 Bussereau (Dominique)
 Cabal (Christian)
 Caro (Jean-Marie)
 Carré (Antoine)
 Cassabel (Jean-Pierre)
 Cavaille (Jean-Charles)
 Cazalet (Robert)
 César (Gérard)
 Chamougon (Edouard)
 Chantelat (Pierre)
 Charbonnel (Jean)
 Charé (Jean-Paul)
 Charles (Serge)
 Charroppis (Jean)
 Chartron (Jacques)
 Chasseguet (Gérard)
 Chastagnol (Alain)
 Chauvierre (Bruno)
 Chollet (Paul)
 Chometon (Georges)
 Claïsse (Pierre)
 Clément (Pascal)

Cointat (Michel)
 Colin (Daniel)
 Colombier (Georges)
 Corréze (Roger)
 Couanau (René)
 Couepel (Sébastien)
 Cousin (Bertrand)
 Couturier (Roger)
 Couve (Jean-Michel)
 Couveinhes (René)
 Cozan (Jean-Yves)
 Cuq (Henri)
 Daillet (Jean-Marie)
 Dalbos (Jean-Claude)
 Debré (Bernard)
 Debré (Jean-Louis)
 Debré (Michel)
 Dehaine (Arthur)
 Delalande
 (Jean-Pierre)
 Delatre (Georges)
 Delatre (Francis)
 Delevoye (Jean-Paul)
 Delfosse (Georges)
 Delmar (Pierre)
 Demange (Jean-Marie)
 Demuynck (Christian)
 Deniau (Jean-François)
 Deniau (Xavier)
 Deprez (Charles)
 Deprez (Léonce)
 Dermaux (Stéphane)
 Desanlis (Jean)
 Devejdjian (Patrick)
 Dhinnin (Claude)
 Diebold (Jean)
 Diméglio (Willy)
 Dorninatti (Jacques)
 Dousset (Maurice)
 Druot (Guy)
 Dubernard (Jean-Michel)
 Dugoin (Xavier)
 Durand (Adrien)
 Durieux (Bruno)
 Durr (André)
 Ehrmann (Charles)
 Falala (Jean)
 Fanton (André)
 Farran (Jacques)
 Féron (Jacques)
 Ferrand (Jean-Michel)
 Ferrari (Gratien)
 Févre (Charles)
 Fillon (François)
 Fossé (Roger)
 Foyer (Jean)
 Fréville (Yves)
 Fritch (Edouard)
 Fuchs (Jean-Paul)
 Galley (Robert)
 Gantier (Gilbert)
 Gastines (Henri de)
 Gaudin (Jean-Claude)
 Gaille (Jean de)
 Geng (Francis)
 Gengenwin (Germain)
 Ghysel (Michel)
 Giscard d'Estaing (Valéry)
 Goasduff (Jean-Louis)
 Godefroy (Pierre)
 Godfrain (Jacques)
 Gonelle (Michel)
 Gorse (Georges)
 Gougy (Jean)
 Goulet (Daniel)
 Grignon (Gérard)
 Griotteray (Alain)

Grussenmeyer (François)
 Guéna (Yves)
 Guichard (Olivier)
 Guichon (Lucien)
 Haby (René)
 Hamaide (Michel)
 Hannoun (Michel)
 Mme d'Harcourt (Florence)
 Hardy (Francis)
 Hart (Joël)
 Hersant (Jacques)
 Hersant (Robert)
 Houssin (Pierre-Rémy)
 Mme Hubert (Elisabeth)
 Hunault (Xavier)
 Hyst (Jean-Jacques)
 Jacob (Lucien)
 Jacquat (Denis)
 Jacquemin (Michel)
 Jaquot (Alain)
 Jean-Baptiste (Henry)
 Jeandon (Maurice)
 Jegou (Jean-Jacques)
 Julia (Didier)
 Kasperit (Gabriel)
 Kergueris (Aimé)
 Kiffer (Jean)
 Klifa (Joseph)
 Koehl (Emile)
 Kuster (Gérard)
 Labbé (Claude)
 Lacarain (Jacques)
 Lachenaud (Jean-Philippe)
 Lafleur (Jacques)
 Lamant (Jean-Claude)
 Lamas (Alain)
 Lauga (Louis)
 Legendre (Jacques)
 Legras (Philippe)
 Léonard (Gérard)
 Léontieff (Alexandre)
 Lepereq (Arnaud)
 Ligot (Maurice)
 Limouzy (Jacques)
 Lorenzini (Claude)
 Lory (Raymond)
 Louet (Henri)
 Mamy (Albert)
 Mancel (Jean-François)
 Maran (Jean)
 Marcellin (Raymond)
 Marcus (Claude-Gérard)
 Marlière (Olivier)
 Marty (Elie)
 Masson (Jean-Louis)
 Mathieu (Gilbert)
 Mauger (Pierre)
 Maujouan du Gasset (Joseph-Henri)
 Mayoud (Alain)
 Mazeaud (Pierre)
 Médecin (Jacques)
 Mesmin (Georges)
 Messmer (Pierre)
 Mestre (Philippe)
 Micaux (Pierre)
 Michel (Jean-François)
 Millon (Charles)
 Miossec (Charles)
 Montastruc (Pierre)
 Montesquiou (Aymeri de)
 Mme Moreau (Louise)
 Mouton (Jean)

Moyné-Bressand (Alain)
 Narquin (Jean)
 Nenou-Pwataho (Maurice)
 Nungesser (Roland)
 Ormano (Michel d')
 Odout (Jacques)
 Paccou (Charles)
 Paecht (Arthur)
 Mme de Panafieu (Françoise)
 Mme Papon (Christiane)
 Mme Papon (Monique)
 Parent (Régis)
 Pascallon (Pierre)
 Pasquini (Pierre)
 Pelchat (Michel)
 Perben (Dominique)
 Perbet (Régis)
 Peretti Della Rocca (Jean-Pierre de)
 Péricard (Michel)
 Pèrrefitte (Alain)
 Pinte (Etienne)

Poniatowski (Ladislas)
 Poujade (Robert)
 Prémaumont (Jean de)
 Prorior (Jean)
 Raoult (Eric)
 Raynal (Pierre)
 Revet (Charles)
 Reymann (Marc)
 Richard (Lucien)
 Rigaud (Jean)
 Roatté (Jean)
 Robien (Gilles de)
 Rocca Serra (Jean-Paul de)
 Rolland (Pierre)
 Rossi (André)
 Roux (Jean-Pierre)
 Royer (Jean)
 Rufenacht (Antoine)
 Saint-Elmer (Francis)
 Salles (Jean-Jack)
 Savy (Bernard)
 Séguéla (Jean-Paul)
 Seitlinger (Jean)

Soisson (Jean-Pierre)
 Sourdille (Jacques)
 Stasi (Bernard)
 Taugourdeau (Martial)
 Tenailon (Paul-Louis)
 Terrot (Michel)
 Thien Ah Koon (André)
 Tiberi (Jean)
 Toga (Maurice)
 Toubon (Jacques)
 Tranchant (Georges)
 Trémège (Gérard)
 Ueberschlag (Jean)
 Valleix (Jean)
 Vasseur (Philippe)
 Vivapoullé (Jean-Paul)
 Yviven (Robert-André)
 Vuibert (Michel)
 Guillaume (Roland)
 Wagner (Robert)
 Weisenhorn (Pierre)
 Wiltzer (Pierre-André)

Se sont abstenus volontairement

MM.

Arrighi (Pascal)
 Bachelot (François)
 Baekeroot (Christian)
 Bompart (Jacques)
 Briant (Yvon)
 Ceyrac (Pierre)
 Chaboche (Dominique)
 Chambrun (Charles de)
 Descaves (Pierre)
 Domenech (Gabriel)
 Frédéric-Dupont (Edouard)
 Freulet (Gérard)

Göllnisch (Bruno)
 Herlory (Guy)
 Holeindre (Roger)
 Jalkh (Jean-François)
 Le Jaouen (Guy)
 Le Pen (Jean-Marie)
 Martinez (Jean-Claude)
 Mégret (Bruno)
 Perdomo (Ronald)
 Peyrat (Jacques)
 Peyron (Albert)
 Mme Piat (Yann)

Porteu de la Moran-dière (François)
 Reveau (Jean-Pierre)
 Rostolan (Michel de)
 Roussel (Jean)
 Schenardi (Jean-Pierre)
 Sergent (Pierre)
 Sirgue (Pierre)
 Spieler (Robert)
 Stirbois (Jean-Pierre)
 Wagner (Georges-Paul)

N'ont pas pris part au vote

D'une part :

M. Jacques Chaban-Delmas, président de l'Assemblée nationale.

D'autre part :

MM. Jacques Blanc, Jean de Lipkowski et Michel Renard.

Mises au point eu sujet du présent scrutin

MM. Jean de Lipkowski et Jacques Blanc, portés comme « n'ayant pas pris part au vote », ont fait savoir qu'ils avaient voulu voter « contre ».

SCRUTIN (N° 586)

sur la question préalable apposée par M. Jean-Marie Le Pen au projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Nombre de votants 324
 Nombre des suffrages exprimés 324
 Majorité absolue 163

Pour l'adoption 34
 Contre 290

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe socialiste (214) :

Non-votants : 214.

Groupe R.P.R. (159) :

Contre : 157.

Non-votants : 2. - MM. Jacques Chaban-Delmas, président de l'Assemblée nationale et Michel Renard.

Groupe U.D.F. (130) :

Contre : 129.

Non-votant : 1. - M. Jacques Blanc.

Groupe Front national (R.N.) (33) :

Pour : 33.

Groupe communiste (35) :

Non-votants : 35.

Non-inscrites (6) :

Pour : 1. - M. Yvon Briant.

Contre : 4. - MM. Daniel Bernardet, Bruno Chauvierre, Jean Royer et André Thien Ah Koon.

Non-votant : 1. - M. Robert Borrel.

Ont voté pour**MM.**

Arrighi (Pascal)
Bachelot (François)
Baekeroot (Christian)
Bompard (Jacques)
Briant (Yvon)
Ceyrac (Pierre)
Chaboche (Dominique)
Chambrun (Charles de)
Descaves (Pierre)
Domenech (Gabriel)
Frédéric-Dupont (Edouard)
Freulet (Gérard)

Gollnisch (Bruno)
Herlory (Guy)
Holeindre (Roger)
Jalkh (Jean-François)
Le Jaouen (Guy)
Le Pen (Jean-Marie)
Martinez (Jean-Claude)
Mégret (Bruno)
Perdomo (Ronald)
Peyrat (Jacques)
Peyron (Albert)
Mme Piat (Yann)

Porteu de la Morandière (François)
Reveau (Jean-Pierre)
Rostolan (Michel de)
Roussel (Jean)
Schenardi (Jean-Pierre)
Sergent (Pierre)
Sirgue (Pierre)
Spieler (Robert)
Stirbois (Jean-Pierre)
Wagner (Georges-Paul)

Ont voté contre**MM.**

Abelin (Jean-Pierre)
Allard (Jean)
Alphandéry (Edmond)
André (René)
Ansqer (Vincent)
Auberger (Philippe)
Aubert (Emmanuel)
Aubert (François d')
Audinot (Gautier)
Bachelet (Pierre)
Barate (Claude)
Barbier (Gilbert)
Bardet (Jean)
Barnier (Michel)
Barre (Raymond)
Barrot (Jacques)
Baudis (Pierre)
Baumel (Jacques)
Bayard (Henri)
Bayrou (François)
Beaujean (Henri)
Beaumont (René)
Bécam (Marc)
Bechter (Jean-Pierre)
Bégault (Jean)
Béguet (René)
Benoit (René)
Benouville (Pierre de)
Bernard (Michel)
Bernardet (Daniel)
Bernard-Reymond (Pierre)
Besson (Jean)
Sichet (Jacques)
Bigéard (Marcel)
Birraux (Claude)
Bleuler (Pierre)
Blot (Yvan)
Blum (Roland)
Mme Boisseau (Marie-Thérèse)
Bollengier-Stragier (Georges)
Bonhomme (Jean)
Borotra (Franck)
Bourg-Broc (Bruno)
Boursquet (Jean)
Mme Boutin (Christine)

Bouvard (Loïc)
Bouvet (Henri)
Branger (Jean-Guy)
Brial (Benjamin)
Briane (Jean)
Brocard (Jean)
Brochard (Albert)
Bruné (Paulin)
Bussereau (Dominique)
Cabal (Christian)
Caro (Jean-Marie)
Carré (Antoine)
Cassabel (Jean-Pierre)
Cavaillé (Jean-Charles)
Cazalet (Robert)
César (Gérard)
Chammougon (Edouard)
Chantelat (Pierre)
Charbonnel (Jean)
Charrié (Jean-Paul)
Charles (Serge)
Charroppin (Jean)
Chartron (Jacques)
Chassequet (Gérard)
Chastagnol (Alain)
Chauvierre (Bruno)
Chollet (Paul)
Chomont (Georges)
Claisse (Pierre)
Clément (Pascal)
Cointat (Michel)
Colin (Daniel)
Colombier (Georges)
Corrèze (Roger)
Couanau (René)
Couepeil (Sébastien)
Cousin (Bertrand)
Couturier (Roger)
Couve (Jean-Michel)
Couveinhes (René)
Cozan (Jean-Yves)
Cuq (Henri)
Daillet (Jean-Marie)
Dalbos (Jean-Claude)
Debré (Bernard)
Debré (Jean-Louis)
Debré (Michel)
Dehaïne (Arthur)

Delalande (Jean-Pierre)
Delatre (Georges)
Delattre (Francis)
Delevoye (Jean-Paul)
Delfosse (Georges)
Delmar (Pierre)
Demange (Jean-Marie)
Demuynck (Christian)
Deniau (Jean-François)
Deniau (Xavier)
Deprez (Charles)
Deprez (Léonce)
Dermaux (Stéphane)
Desanlis (Jean)
Devedjian (Patrick)
Dhinnin (Claude)
Diebold (Jean)
Diméglio (Willy)
Dominati (Jacques)
Dousset (Maurice)
Druet (Guy)
Dubernard (Jean-Michel)
Dugoin (Xavier)
Durand (Adrien)
Durieux (Bruno)
Durr (André)
Ehrmann (Charles)
Falala (Jean)
Fanton (André)
Farran (Jacques)
Féron (Jacques)
Ferrand (Jean-Michel)
Ferrari (Gration)
Fèvre (Charles)
Fillon (François)
Fossé (Roger)
Foyer (Jean)
Fréville (Yves)
Fritch (Edouard)
Fuchs (Jean-Paul)
Galley (Robert)
Gantier (Gilbert)
Gastines (Henri de)
Gaudin (Jean-Claude)
Gaulle (Jean de)
Geng (Francis)
Gengenwin (Germain)

Ghysel (Michel)
Giscard d'Estaing (Valéry)
Goasduff (Jean-Louis)
Godefroy (Pierre)
Godfrain (Jacques)
Gonelle (Michel)
Gorse (Georges)
Gougy (Jean)
Goulet (Daniel)
Grignon (Gérard)
Griotteray (Alain)
Grussenmeyer (François)
Guéna (Yves)
Guichard (Olivier)
Gulchon (Lucien)
Haby (René)
Hamaide (Michel)
Hannoun (Michel)
Mme d'Harcourt (Florence)
Hardy (Francis)
Hart (Joël)
Hersant (Jacques)
Hersant (Robert)
Houssin (Pierre-Rémy)
Mme Hubert (Elisabeth)
Hunault (Xavier)
Hyst (Jean-Jacques)
Jacob (Lucien)
Jacquat (Denis)
Jacquemin (Michel)
Jacquot (Alain)
Jean-Baptiste (Henry)
Jeandon (Maurice)
Jegu (Jean-Jacques)
Julia (Didier)
Kaspercit (Gabriel)
Kergueris (Aimé)
Kiffer (Jean)
Klifa (Joseph)
Koehl (Emile)
Kuster (Gérard)
Labbé (Claude)
Lacarin (Jacques)
Lachenaud (Jean-Philippe)
Lafleur (Jacques)
Lamant (Jean-Claude)
Lamassoure (Alain)
Lauga (Louis)
Legendre (Jacques)
Legras (Philippe)

Léonard (Gérard)
Léontieff (Alexandre)
Lepercq (Arnaud)
Ligot (Maurice)
Limouzy (Jacques)
Lipkowski (Jean de)
Lorenzini (Claude)
Lory (Raymond)
Louet (Henri)
Mamy (Albert)
Mancel (Jean-François)
Maran (Jean)
Marcellin (Raymond)
Marcus (Claude-Gérard)
Marlière (Olivier)
Marty (Elie)
Masson (Jean-Louis)
Mathieu (Gilbert)
Mauger (Pierre)
Maujouan du Gasset (Joseph-Henri)
Mayoud (Alain)
Mazeaud (Pierre)
Médecin (Jacques)
Mesmin (Georges)
Messmer (Pierre)
Mestre (Philippe)
Micaux (Pierre)
Michel (Jean-François)
Millon (Charles)
Miossec (Charles)
Montastruc (Pierre)
Montesquiou (Aymeri de)
Mme Moreau (Louise)
Mouton (Jean)
Moyné-Bressand (Alain)
Narquin (Jean)
Nenou-Pwataho (Maurice)
Nungesser (Roland)
Omano (Michel d')
Oudot (Gérard)
Paccou (Charles)
Pacht (Arthur)
Mme de Panafieu (Françoise)
Mme Papon (Christiane)
Mme Papon (Monique)
Parent (Régis)
Pascalon (Pierre)
Pasquini (Pierre)
Pelchat (Michel)

Perben (Dominique)
Perbet (Régis)
Peretti Della Rocca (Jean-Pierre de)
Pécard (Michel)
Peyrefitte (Alain)
Pinte (Etienne)
Poniatowski (Ladislav)
Poujade (Robert)
Préaumont (Jean de)
Proriot (Jean)
Raoult (Eric)
Raynal (Pierre)
Revet (Charles)
Reymann (Marc)
Richard (Lucien)
Rigaud (Jean)
Roatta (Jean)
Robien (Gilles de)
Rocca Serra (Jean-Paul de)
Rolland (Hector)
Rossi (André)
Roux (Jean-Pierre)
Royer (Jean)
Rufenacht (Antoine)
Saint-Ellier (Francis)
Salles (Jean-Jack)
Savy (Bernard)
Séguela (Jean-Paul)
Seitlinger (Jean)
Soisson (Jean-Pierre)
Sourdille (Jacques)
Stasi (Bernard)
Taugourdeau (Martial)
Tenailon (Paul-Louis)
Terrot (Michel)
Thien Ah Koon (André)
Tiberi (Jean)
Toga (Maurice)
Toubon (Jacques)
Tranchant (Georges)
Trémège (Gérard)
Ueberschlag (Jean)
Valleix (Jean)
Vasseur (Philippe)
Virapoullt (Jean-Paul)
Vivien (Robert-André)
Vuibert (Michel)
Vuillaume (Roland)
Wagner (Robert)
Weisenhom (Pierre)
Wiltzer (Pierre-André)

N'ont pas pris part au vote**D'une part :**

M. Jacques Chaban-Deïmas, président de l'Assemblée nationale.

D'autre part :**MM.**

Adevah-Peuf (Maurice)
Alfonso (Nicolas)
Anciant (Jean)
Ansart (Gustave)
Asensi (François)
Auchède (Rémy)
Auroux (Jean)
Mme Avice (Edwige)
Ayrault (Jean-Marie)
Badet (Jacques)
Balligand (Jean-Pierre)
Bapt (Gérard)
Barailla (Régis)
Bardin (Bernard)
Barrau (Alain)
Barthe (Jean-Jacques)
Bartolone (Claude)
Bassinat (Philippe)
Beaufils (Jean)
Bèche (Guy)
Bellon (André)

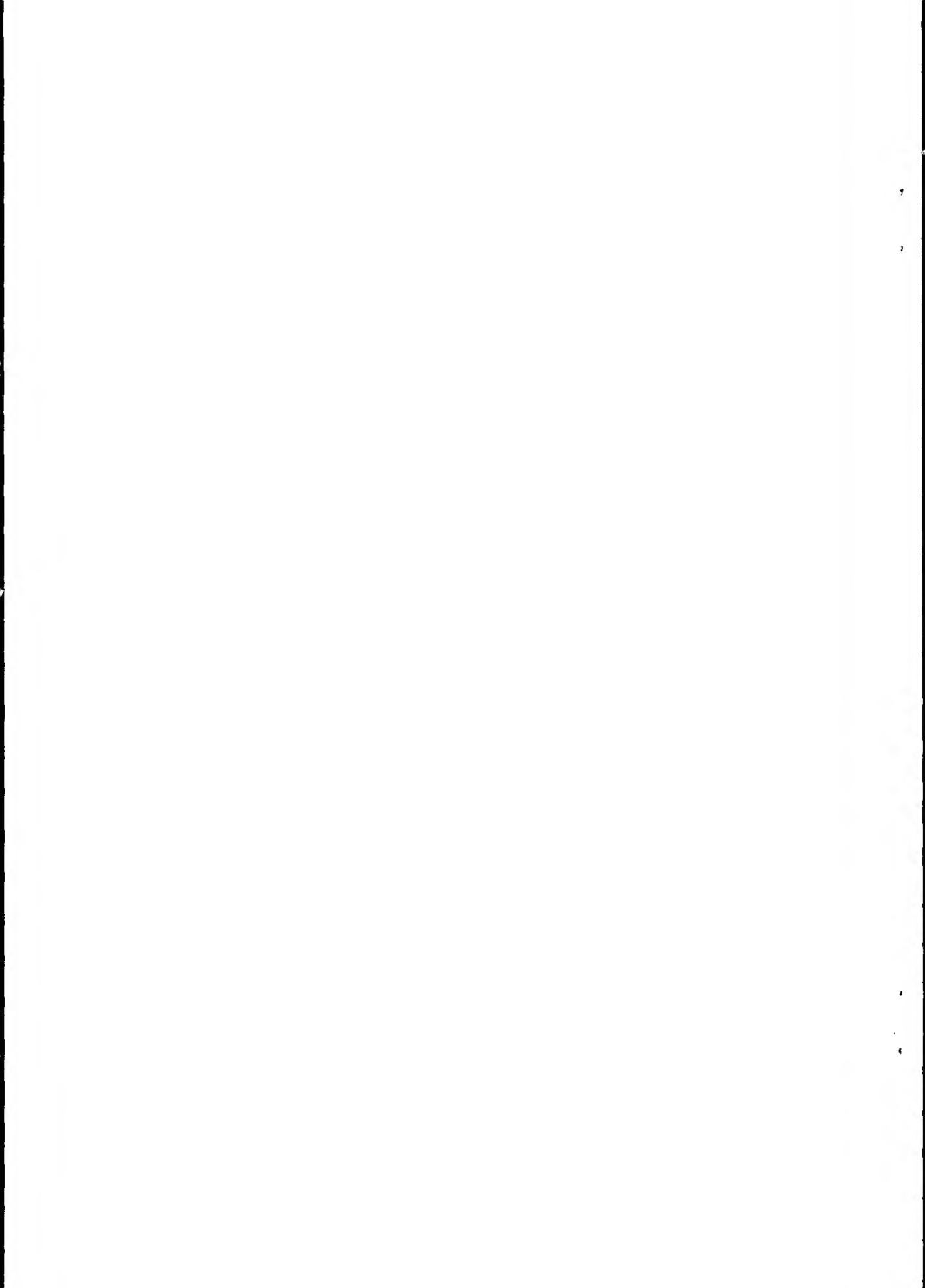
Belorgey (Jean-Michel)
Béregovoy (Pierre)
Bernard (Pierre)
Berson (Michel)
Besson (Louis)
Billardon (André)
Billon (Alain)
Blanc (Jacques)
Bockel (Jean-Marie)
Bocquet (Alain)
Bonnemaison (Gilbert)
Bonnet (Alain)
Bonrepaux (Augustin)
Bordu (Gérard)
Borel (André)
Borrel (Robert)
Mme Bouchardeau (Huguette)
Boucheron (Jean-Michel) (Charente)
Boucheron (Jean-Michel) (Ille-et-Vilaine)

Bourguignon (Pierre)
Brune (Alain)
Calmat (Alain)
Cambolive (Jacques)
Carraz (Roland)
Cartelet (Michel)
Cassaing (Jean-Claude)
Castor (Elie)
Cathala (Laurent)
Césaire (Aimé)
Chanfrault (Guy)
Chapuis (Robert)
Charzat (Michel)
Chauveau (Guy-Michel)
Chénard (Alain)
Chevallier (Daniel)
Chevenement (Jean-Pierre)
Chomat (Paul)
Chouat (Didier)
Chupin (Jean-Claude)
Clert (André)

Coffineau (Michel)	Franceschi (Joseph)	Laborde (Jean)	Margnes (Michel)	Pesce (Rodolphe)	Santrou (Jacques)
Colin (Georges)	Frêche (Georges)	Lacombe (Jean)	Mas (Roger)	Peuziat (Jean)	Sapin (Michel)
Collomb (Gérard)	Fuchs (Gérard)	Laiguel (André)	Mauroy (Pierre)	Peynet (Michel)	Sarre (Georges)
Colonna (Jean-Hugues)	Garmendia (Pierre)	Lajoinie (André)	Mellick (Jacques)	Pezet (Michel)	Schreiner (Bernard)
Combrisson (Roger)	Mme Gaspard	Mme Lalumière	Menga (Joseph)	Pierret (Christian)	Schwartzberg
Crépeau (Michel)	(Françoise)	(Catherine)	Mercieca (Paul)	Pinçon (André)	(Roger-Gérard)
Mme Cresson (Edith)	Gayssot (Jean-Claude)	Lambert (Jérôme)	Mermez (Louis)	Pistre (Charles)	Mme Sicard (Odile)
Darinet (Louis)	Germon (Claude)	Lambert (Michel)	Métais (Pierre)	Poperen (Jean)	Siffre (Jacques)
Dehoux (Marcel)	Giard (Jean)	Lang (Jack)	Metzinger (Charles)	Porrelli (Vincent)	Souchon (René)
Delebarre (Michel)	Giovannelli (Jean)	Laurain (Jean)	Mexandeau (Louis)	Portheault	Mme Soum (Rente)
Delehedde (André)	Mme Goeuriot	Laurissergues	Michel (Claude)	(Jean-Claude)	Mme Stiévenard
Derosier (Bernard)	(Colette)	(Christiane)	Michel (Henri)	Pourchon (Maurice)	(Gisèle)
Deschamps (Bernard)	Goumelson (Joseph)	Lavédine (Jacques)	Mitterrand (Gilbert)	Prat (Henri)	Stirn (Olivier)
Deschoux-Beaume	Goux (Christian)	Le Baill (Georges)	Montdargent (Robert)	Proveux (Jean)	Strauss-Kahn
(Freddy)	Gouze (Hubert)	Mme Lecuir (Marie- France)	Mme Mora	Puaud (Philippe)	(Dominique)
Dessein (Jean-Claude)	Gremetz (Maxime)	Le Déaut (Jean-Yves)	(Christiane)	Queyranne (Jean-Jack)	Mme Sublet
Destrade (Jean-Pierre)	Grimont (Jean)	Ledran (André)	Mouinet (Louis)	Quilés (Paul)	(Marie-Joséphine)
Dhaille (Paul)	Guyard (Jacques)	Le Drian (Jean-Yves)	Moutoussamy (Ernest)	Ravassard (Noël)	Sueur (Jean-Pierre)
Douyère (Raymond)	Hage (Georges)	Le Foll (Robert)	Nallet (Henri)	Renard (Michel)	Tavernier (Yves)
Drouin (René)	Hermier (Guy)	Lefranc (Bernard)	Natiez (Jean)	Reyssier (Jean)	Théaudin (Clément)
Ducolonté (Guy)	Hernu (Charles)	Le Garrec (Jean)	Mme Neiertz	Richard (Alain)	Mme Toutain
Mme Dufoix	Hervé (Edmond)	Le Jeune (André)	(Véronique)	Rigal (Jean)	(Ghislaine)
(Georgina)	Hervé (Michel)	Le Meur (Daniel)	Mme Nevoux	Rigout (Marcel)	Mme Trautmann
Dumas (Roland)	Hoarau (Elie)	Lemoine (Georges)	(Paulette)	Rimbault (Jacques)	(Catherine)
Dumont (Jean-Louis)	Mme Hoffmann	Lengagne (Guy)	Notehart (Arthur)	Rocard (Michel)	Vadepied (Guy)
Duñeux (Jean-Paul)	(Jacqueline)	Leonetti (Jean- Jacques)	Nucci (Christian)	Rodet (Alain)	Vauzelle (Michel)
Durupt (Job)	Huguet (Roland)	Le Pensec (Louis)	Oehler (Jean)	Roger-Machart	Vergès (Paul)
Emmanuelli (Henri)	Mme Jacq (Marie)	Mme Leroux (Ginette)	Ortel (Pierre)	(Jacques)	Vivien (Alain)
Évin (Claude)	Mme Jacquaint	Leroy (Roland)	Mme Osselin	Mme Roudy (Yvette)	Wacheux (Marcel)
Fabius (Laurent)	(Mugette)	Loncle (François)	(Jacqueline)	Roux (Jacques)	Welzer (Gérard)
Faugaret (Alain)	Jalton (Frédéric)	Louis-Joseph-Dogué	Patriat (François)	Saint-Pierre	Worms (Jean-Pierre)
Fiszbin (Henri)	Janetti (Maurice)	(Maurice)	Pénicaud	(Dominique)	Zuccarelli (Émile)
Fiterman (Charles)	Jarosz (Jean)	Mahéas (Jacques)	(Jean-Pierre)	Sainte-Marie (Michel)	
Fleury (Jacques)	Jospin (Lionel)	Malandain (Guy)		Sanmarco (Philippe)	
Florian (Roland)	Josselin (Charles)	Malvy (Martin)			
Forgues (Pierre)	Journet (Alain)	Marchais (Georges)			
Fourré (Jean-Pierre)	Joxe (Pierre)	Marchand (Philippe)			
Mme Frachon	Kuceida (Jean-Pierre)				
(Martine)	Labarrère (André)				

Mise au point au sujet du présent scrutin

M. Jacques Blanc, porté comme « n'ayant pas pris part au vote », a fait savoir qu'il avait voulu voter « contre ».



ABONNEMENTS

EDITIONS		FRANCE et outre-mer	ETRANGER	
Codes	Titres	Francs	Francs	
DEBATS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :				Les DEBATS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 03 : compte rendu intégral des séances ; - 33 : questions écrites et réponses des ministres. Les DEBATS du SENAT font l'objet de deux éditions distinctes : - 05 : compte rendu intégral des séances ; - 35 : questions écrites et réponses des ministres. Les DOCUMENTS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 07 : projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions. - 27 : projets de lois de finances. Les DOCUMENTS DU SENAT comprennent les projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions.
03	Compte rendu..... 1 en	107	851	
33	Questions..... 1 en	107	553	
83	Table compte rendu.....	51	85	
83	Table questions.....	51	94	
DEBATS DU SENAT :				
05	Compte rendu..... 1 en	98	534	
35	Questions..... 1 en	98	348	
85	Table compte rendu.....	51	80	
95	Table questions.....	31	81	
DOCUMENTS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :				
07	Série ordinaire..... 1 en	664	1 586	
27	Série budgétaire..... 1 en	201	302	
DOCUMENTS DU SENAT :				
08	Un en.....	664	1 530	
DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION 26, rue Deseix, 75727 PARIS CEDEX 15 Téléphone : Renseignements : (1) 45-75-62-31 Administration : (1) 45-78-81-39 TELEX : 201176 F DIRJD-PARIS				
En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande.				
Pour expédition par voie aérienne, outre-mer et à l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination.				

Prix du numéro : 3 F

(Fascicule de un ou plusieurs cahiers pour chaque journée de débats; celle-ci pouvant comporter une ou plusieurs séances.)

