

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DÉBATS PARLEMENTAIRES
ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

9^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1990-1991

(92^e SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Luratech

3^e séance du mardi 18 juin 1991

www.luratech.com



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. ANDRÉ BILLARDON

1. **Fixation de l'ordre du jour** (p. 3276).
2. **Demandes d'examen selon la procédure d'adoption simplifiée** (p. 3276).
3. **Organisation de la discussion budgétaire** (p. 3276).
4. **Réforme hospitalière.** - Discussion, en nouvelle lecture, d'un projet de loi (p. 3277).

M. Alain Calmat, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

Discussion générale :

MM. Guy Bêche,
Jean-Yves Chamard,
Gilbert Millet,
Jean-Luc Prétel,
Jean-Pierre Foucher,
Jean-Michel Dubernard,

Clôture de la discussion générale.

Passage à la discussion des articles.

M. Bruno Duieux, ministre délégué à la santé.

Suspension et reprise de la séance (p. 3288)

APPLICATION DE L'ARTICLE 44, ALINÉA 3,
DE LA CONSTITUTION

M. le ministre.

Article 1^{er} A (p. 3288)

Amendement n° 115 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 116 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 117 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 118 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 119 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 120 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 121 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Sous-amendement n° 1 de la commission des affaires culturelles, avec le sous-amendement n° 93 du Gouvernement : MM. le rapporteur, le ministre, Gilbert Millet. - Réserve du vote sur le sous-amendement et l'amendement.

Amendement n° 2 de la commission, avec le sous-amendement n° 98 de M. Prétel : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prétel, Jean-Yves Chamard, Gilbert Millet. - Réserve du vote sur le sous-amendement et l'amendement.

Amendement n° 3 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Réserve du vote sur l'article 1^{er} A.

Article 1^{er} (p. 3292)

M. Jean-Luc Prétel, Mme Muguette Jacquaint, MM. Jean-Yves Chamard, le ministre.

Amendement n° 99 de M. Prétel : MM. Jean-Luc Prétel, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 4 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 81 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. - Réserve du vote.

Amendement n° 5 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 6 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prétel. - Réserve du vote.

Amendement n° 123 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 7 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prétel. - Réserve du vote.

Amendement n° 8 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 9 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 10 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prétel. - Réserve du vote.

Amendement n° 11 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 12 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prétel. - Réserve du vote.

Amendement n° 13 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Réserve du vote sur l'article 1^{er}.

Article 2 (p. 3298)

Amendement n° 14 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Réserve de vote sur l'article 2.

Article 3 (p. 3298)

MM. Jean-Luc Prétel, Jean-Yves Chamard.

Amendement de suppression n° 96 de M. Millet : MM. Gilbert Millet, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 15 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 16 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 124 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 17 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 18 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 125 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 19 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prével. - Réserve du vote.

Amendement n° 20 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 21 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 22 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prével. - Réserve du vote.

Amendement n° 23 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 24 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 25 de la commission, avec les sous-amendements n° 103 à 106 du Gouvernement : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard, Jean-Luc Prével. - Réserve du vote sur les sous-amendements et l'amendement.

Amendement n° 26 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 27 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 78 de M. Ehrmann : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 79 de M. Ehrmann : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendements n° 28 de la commission et 8 de M. Ehrmann : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote sur les amendements.

Amendement n° 29 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 30 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Réserve du vote sur l'article 3.

Article 5. - Réserve du vote (p. 3306)

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

5. **Modification de l'ordre du jour prioritaire** (p. 3306).
6. **Dépôt de rapports d'information** (p. 3306).
7. **Ordre du jour** (p. 3306).

LuraTech

www.luratech.com

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. ANDRÉ BILLARDON, 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 dimanche 30 juin inclus, terme de la session ordinaire, a été ainsi fixé en conférence des présidents :

Ce soir :

Nouvelle lecture du projet portant réforme hospitalière.

Mercredi 19 juin, à dix heures :

Suite de la nouvelle lecture du projet portant réforme hospitalière.

A quinze heures, après les questions au Gouvernement, et vingt et une heures trente :

Déclaration du Gouvernement sur les conférences intergouvernementales sur l'union politique et l'union économique et monétaire, et débat sur cette déclaration.

Jeudi 20 juin, à quinze heures après les questions à M. le ministre de la défense, et vingt et une heures trente, vendredi 21 juin, à neuf heures trente, après les questions orales sans débat, à quinze heures et vingt et une heures trente, et éventuellement, lundi 24 juin, à quinze heures et vingt et une heures trente :

Projet, adopté par le Sénat, portant réforme des dispositions du code pénal relatives aux crimes et délits contre les personnes.

Mardi 25 juin, à neuf heures trente :

Deuxième lecture du projet sur le bénévolat associatif ;

Proposition de loi, adoptée par le Sénat, supprimant des sanctions contre les avocats ;

Projet, adopté par le Sénat, sur l'accessibilité aux handicapés des locaux d'habitation et de travail.

A seize heures et vingt et une heures trente :

Éventuellement, suite de l'ordre du jour du matin ;

Projet sur l'élimination des déchets radioactifs ;

Projet sur la lutte contre la fièvre aphteuse.

Mercredi 26 juin, à quinze heures, après les questions au Gouvernement :

Dépôt du rapport annuel de la Cour des comptes ;

Éventuellement, suite de l'ordre du jour de la veille ;

Deux conventions, adoptées par le Sénat :

- sur l'affacturage international,
- sur le crédit-bail international ;

Deuxième lecture du projet sur la réglementation des télécommunications.

A vingt et une heures trente :

Texte de la commission mixte paritaire, ou nouvelle lecture, du projet portant diverses mesures d'ordre social.

Jeudi 27 juin, à quinze heures, après les questions à M. le ministre délégué au tourisme :

Projet sur les enseignants-chercheurs.

A vingt et une heures trente :

Texte de la commission mixte paritaire, ou nouvelle lecture, du projet de loi d'orientation pour la ville.

Vendredi 28 juin, à neuf heures trente, après les questions orales sans débat, à quinze heures et vingt et une heures trente :

Suite de l'ordre du jour de la veille ;

Texte de la commission mixte paritaire, ou nouvelle lecture :

- du projet sur le secret des télécommunications ;
- du projet sur la lutte contre la fièvre aphteuse.

Samedi 29 juin :

Lecture définitive :

- du projet portant diverses mesures d'ordre social ;
- du projet portant réforme hospitalière ;

Texte de la commission mixte paritaire, ou nouvelle lecture, du projet sur la réglementation des télécommunications ;

Navettes diverses.

Éventuellement, dimanche 30 juin :

Navettes diverses.

2

DEMANDES D'EXAMEN SELON LA PROCÉDURE D'ADOPTION SIMPLIFIÉE

M. le président. La conférence des présidents a été saisie de demandes tendant à l'examen selon la procédure d'adoption simplifiée :

- de la proposition de lois, tendant à supprimer des sanctions contre les avocats,

et du projet sur la lutte contre la fièvre aphteuse.

Il peut être fait opposition à ces demandes, dans les conditions prévues à l'article 104 du règlement, jusqu'au lundi 24 juin, à dix-huit heures.

3

ORGANISATION DE LA DISCUSSION BUDGÉTAIRE

M. le président. La conférence des présidents a arrêté les modalités de la discussion du projet de loi de finances pour 1992, qui aura lieu du mardi 15 octobre au vendredi 15 novembre 1991, conformément au calendrier qui sera annexé au compte rendu de la présente séance.

La conférence a organisé sur quatre-vingt-quatorze heures la discussion des fascicules budgétaires, soit vingt-deux heures pour les commissions, cinquante-deux heures pour les groupes et vingt heures pour les interventions d'ordre général du Gouvernement.

Les différentes discussions se dérouleront en deux phases : l'une consacrée aux interventions d'ordre général, l'autre aux questions des députés et aux réponses du Gouvernement.

La liste des différentes discussions sera établie par la commission des finances au début du mois de septembre.

Le Gouvernement, les commissions et les groupes devront faire connaître pour le 25 septembre la répartition de leur temps de parole entre ces discussions.

4

RÉFORME HOSPITALIÈRE

Discussion, en nouvelle lecture, d'un projet de loi

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de Mme le Premier ministre la lettre suivante :

« Paris, le 12 juin 1991.

Monsieur le Président,

« J'ai été informée que la commission mixte paritaire n'a pu parvenir à l'adoption d'un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant réforme hospitalière.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Gouvernement demande à l'Assemblée nationale de procéder, en application de l'article 45, alinéa 4 de la Constitution, à une nouvelle lecture du texte que je vous ai transmis le 6 juin 1991.

« Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération. »

En conséquence, l'ordre du jour appelle la discussion, en nouvelle lecture, de ce projet de loi (n° 2093, 2124).

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

M. Alain Calmat, rapporteur. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué à la santé, mes chers collègues, nous sommes aujourd'hui appelés à examiner, en nouvelle lecture, le projet de loi portant réforme hospitalière.

Le Sénat, qui a examiné le texte adopté par notre assemblée, en première lecture, ...

M. Bernard Debré. Grâce au 49-3 !

M. Alain Calmat, rapporteur. ... lors de ses séances des 4, 5, 6 et 7 juin, en a profondément modifié l'économie générale.

M. Jean-Luc Préal. Dans le bon sens !

M. Alain Calmat, rapporteur. S'agissant des missions dévolues aux établissements de santé, le Sénat a, tout d'abord, individualisé, dans un nouveau chapitre relatif aux « principes fondamentaux », les dispositions relatives aux droits des malades et à l'évaluation ainsi qu'à l'analyse de l'activité des établissements, en les complétant par de nouvelles mesures. Il a, en particulier, confié à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale une compétence exclusive dans le domaine de l'évaluation et doté cet organisme d'instances régionales. Il a, par ailleurs, supprimé l'article L. 712-6-1 introduit par l'Assemblée nationale, relatif aux commissions régionales de l'évaluation médicale des établissements.

En conséquence, le Sénat a supprimé, dans l'article L. 711-1 relatif aux missions et obligations des établissements, les dispositions relatives à l'évaluation des soins et à l'analyse de l'activité. Il a également supprimé la référence implicite au rôle des psychologues dans les établissements de santé.

Le Sénat a aussi introduit diverses modifications aux dispositions concernant le service public hospitalier. Certaines d'entre elles visent à améliorer la rédaction du texte ou à introduire de nouvelles dispositions, telles celles relatives aux centres antipoisons. D'autres traduisent des options plus contestables.

Ainsi, le Sénat a voulu consacrer une plus grande hiérarchie entre les centres hospitaliers, en confiant au C.H.U. un monopole ou une fonction tutélaire sur les autres centres hospitaliers dans les domaines de la formation continue et de la recherche, en affirmant leur rôle prédominant pour certaines missions et en reconnaissant à certains centres hospitaliers une vocation nationale ou internationale.

M. Bernard Debré. Ça vous gêne ! Vos fantasmes reviennent !

M. Alain Calmat, rapporteur. Il a, en outre, modifié la dénomination actuelle des C.H.U., telle qu'elle figure, notamment, dans le décret du 5 août 1970.

Le Sénat a refusé de reconnaître au service public hospitalier une mission de coordination des actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé.

Il a par ailleurs tenu à rendre obligatoire la participation des praticiens non hospitaliers qui en font la demande au fonctionnement des services d'aide médicale urgente.

S'agissant du haut comité hospitalo-universitaire, le Sénat a confié à cette instance une compétence générale sur toute question intéressant les missions hospitalo-universitaires et les conditions de leur accomplissement en la dotant d'un pouvoir d'auto-saisine.

M. Bernard Debré. Et alors ?

M. Alain Calmat, rapporteur. En ce qui concerne les dispositions du projet de loi relatives à la planification sanitaire et au régime des autorisations, le Sénat a profondément modifié l'économie du texte adopté par notre assemblée.

La suppression de la référence à la chirurgie ambulatoire, l'exclusion des structures alternatives à l'hospitalisation créées par les établissements ne disposant pas de structure d'hébergement ainsi que la définition des activités de soins régies par la carte sanitaire traduisent la volonté de restreindre le champ de la planification, encore que, sur le dernier point, la rédaction retenue par le Sénat ne permette pas de déterminer avec exactitude la portée de la modification ainsi introduite.

Plus fondamentales sont les modifications concernant le régime même des autorisations.

Ainsi, le Sénat est revenu sur deux principes introduits par l'Assemblée nationale en première lecture : premièrement, la subordination de l'octroi des autorisations et de leur renouvellement à des conditions d'évaluation périodique de l'activité et à des engagements sur la maîtrise des dépenses ; en second lieu, la généralisation des autorisations à durée déterminée.

Il a aussi bouleversé la logique de la nouvelle planification mise en place par le projet de loi, qui repose sur une mise en concurrence des différents projets et sur l'exigence d'une compatibilité avec le schéma d'organisation sanitaire, en supprimant l'article L. 712-15 relatif aux périodes au cours desquelles les projets sont examinés et en introduisant divers mécanismes d'autorisations automatiques fondés sur les contrats pluriannuels, article L. 712-4, la réduction de capacité, articles L. 712-10 et L. 712-11, ...

M. Jean-Luc Préal. C'est une bonne chose !

M. Alain Calmat, rapporteur. ... ou la caducité des refus d'autorisation, article L. 712-17.

M. Jean-Luc Préal. C'est la liberté !

M. Alain Calmat, rapporteur. Le Sénat a également dénoncé les rentes de situation nées des mécanismes de la dotation globale en modifiant l'article 18 du projet de loi, mais d'autres rentes de situation ne sont-elles pas générées par la planification actuelle ?

Le Sénat a prévu l'avis obligatoire du conseil régional et du comité économique et social de la région concernée sur le schéma régional d'organisation sanitaire, affirmant ainsi une primauté de la région dans ce domaine par rapport aux autres collectivités territoriales représentées au sein des comités de l'organisation sanitaire et sociale, alors même - chacun le sait - qu'aucune compétence sanitaire n'a été dévolue à la région par les lois de décentralisation.

M. Bernard Debré. C'est dommage !

M. Alain Calmat, rapporteur. Il a, en outre, apporté diverses modifications aux dispositions relatives à l'entrée en vigueur du nouveau régime en fixant un calendrier de mise en œuvre et en supprimant la rétroactivité partielle des dispositions applicables aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et aux activités de soins.

Le Sénat a enfin introduit une nouvelle disposition dispensant d'autorisation, pendant un délai de cinq ans, les établissements qui ont engagé des actions de conversion ou de regroupement.

S'agissant des établissements publics de santé, le Sénat a également profondément modifié le dispositif adopté par l'Assemblée nationale en ce qui concerne tant le régime juridique que le fonctionnement interne de ces établissements.

En ce qui concerne le régime juridique des établissements publics de santé, le Sénat a tenu à affirmer la spécificité des établissements publics de santé en retenant une définition calquée sur celle des établissements publics techniques et scientifiques - article L. 714-1 - et en introduisant un nouvel

article L. 714-1-1, rappelant que les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier.

Mais il a modifié les modalités de création de ces établissements en opérant une déconcentration excessive qui, notamment, remet en cause la création des centres hospitaliers régionaux par décret en Conseil d'Etat.

Surtout, il a profondément modifié le système de tutelle des établissements publics de santé, en adoptant une logique inspirée, pour l'essentiel, des règles applicables aux collectivités territoriales.

Cette option, qui renforce considérablement l'autonomie des établissements par rapport à l'allègement mesuré introduit par l'Assemblée nationale, procède, à mon avis, d'une erreur de conception, compte tenu du mode de financement actuel des établissements publics de santé et des contraintes nécessaires de la planification.

Ainsi, les modalités du contrôle *a posteriori* des délibérations du conseil d'administration non soumises à approbation préalable ont été modifiées, mais surtout le système d'approbation préalable, maintenu pour les décisions stratégiques de l'établissement, a été assorti d'une dérogation concernant tous les projets d'investissement et d'équipement prévus dans le projet d'établissement, dès lors que celui-ci a été approuvé. Cette conception ne tient pas compte de la nature du projet d'établissement, simple programme pluriannuel d'objectifs.

En matière budgétaire, l'allègement de la tutelle opéré par le Sénat se traduit par quatre modifications : la réduction du nombre des groupes fonctionnels de dépenses, que l'Assemblée nationale avait déjà limité à quatre, et le contrôle du représentant de l'Etat sur le seul montant global du budget ; la suppression du pouvoir de substitution du représentant de l'Etat dans le cas où le conseil d'administration ne respecte pas les décisions budgétaires ; la suppression de l'intervention de la chambre régionale des comptes en cas de déséquilibre budgétaire grave et durable ; l'augmentation du pouvoir de virement de crédits du directeur, qui passe d'un dixième à un cinquième avec l'autorisation du conseil d'administration.

Pour ce qui est du fonctionnement interne des établissements publics de santé, le Sénat a maintenu, voire renforcé, certaines options de l'Assemblée nationale concernant ; par exemple ; une meilleure prise en compte du service infirmier, l'amélioration de la concertation au sein des établissements et l'introduction du principe d'intéressement ; en revanche, il a profondément modifié l'économie générale du texte, notamment en ce qui concerne l'organisation médicale.

Ainsi, le Sénat est revenu au texte initial du projet de loi confiant la présidence du comité technique d'établissement au directeur alors qu'il paraît plus efficace d'éviter que cet organe soit présidé par l'exécutif de l'hôpital et donc l'interlocuteur normal des personnels.

Il a également supprimé le système de représentation par listes syndicales, alors que celui-ci est calqué sur le dispositif applicable en droit du travail aux entreprises du secteur privé et qu'il prévoit la possibilité de constituer d'autres listes en cas d'absence de syndicats ou lorsque la participation est inférieure à un certain seuil.

Surtout, la nouvelle rédaction de l'ensemble des articles sur l'organisation médicale remet en cause un dispositif qui a fait l'objet d'une longue maturation à l'Assemblée nationale...

M. Bernard Debré. Pas de blague ! Vous avez été seul à mûrir !

M. Alain Calmat, rapporteur. ... en rétablissant, tout en maintenant l'amendement dit « liberté » introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, un dispositif de base largement inspiré du système actuel.

M. Bernard Debré. « Amendement de liberté » ! Il faut quand même avoir le courage de le dire !

M. Alain Calmat, rapporteur. Monsieur Debré, je sais que cela vous est cher, mais vous êtes bien seul !

M. Jean-Yves Chamard. Cela veut surtout dire qu'il n'y avait pas de liberté avant cet amendement !

M. le président. On se calme !

M. Alain Calmat, rapporteur. Ce mot « liberté » n'est pas de moi, vous le savez très bien !

M. Bernard Debré. Il ne fallait pas le reprendre !

M. Alain Calmat, rapporteur. Cette option conservatrice, qui est en contradiction avec le libéralisme qui a inspiré le Sénat pour la définition du statut juridique des établissements de santé, est également visible dans la décision de confier la présidence des C.M.E. aux seuls chefs de service.

M. Bernard Debré. Et alors ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Selon le texte adopté par le Sénat, le service redeviendrait la structure médicale de base ; les départements redeviendraient des structures fédératives facultatives, avec suppression corrélatrice des fédérations...

M. Bernard Debré. Ce n'est pas la peine de prendre ce ton, monsieur Calmat !

M. Alain Calmat, rapporteur. ... dont le responsable serait désigné comme le chef de service par le ministre.

M. Bernard Debré. Et alors ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Surtout, les unités fonctionnelles ne seraient plus obligatoires et se caractériseraient, comme les pôles d'activité actuels, par un lien *intuitu personae* obligatoire entre le chef de service ou de département et le responsable de l'unité fonctionnelle.

M. Bernard Debré. Vous êtes ridicule, monsieur Calmat ! Ça ne change pas !

M. Alain Calmat, rapporteur. Le Sénat a également supprimé la possibilité de confier une unité fonctionnelle aux chefs de clinique.

Enfin, le Sénat a adopté une rédaction plus restrictive du rôle des conseils de service ou de département.

S'agissant des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, le Sénat a supprimé les conditions légales d'accès au service public, alors qu'il est normal d'imposer certaines exigences aux établissements privés souhaitant participer au service public hospitalier et alors même que les associations concernées ne sont pas hostiles à l'obligation de présenter un projet d'établissement. L'exigence du projet d'établissement a également été supprimée pour le fonctionnement des établissements, après accès au service public hospitalier.

C'est donc sur l'ensemble des dispositions essentielles du projet de loi que le texte de l'Assemblée nationale a été modifié par le Sénat.

M. Jean-Luc Prével. Il a bien fait !

M. Alain Calmat, rapporteur. L'urgence ayant été déclarée, la commission mixte paritaire s'est réunie le mercredi 12 juin dernier.

M. Bernard Debré. L'urgence a été déclarée aussi dans la rue, monsieur Calmat !

M. Alain Calmat, rapporteur. Taisez-vous, monsieur Debré, vous vous êtes disqualifié !

M. le président. Allons ! Mes chers collègues !

M. Bernard Debré. Ah oui ? Alors, plus de 150 000 personnes se sont disqualifiées !

M. Alain Calmat, rapporteur. Malgré les efforts incontestables des représentants de l'Assemblée nationale, la commission n'a pas pu parvenir à l'élaboration d'un texte commun sur les dispositions restant en discussion.

M. Bernard Debré. C'est là où vous êtes disqualifié !

M. Alain Calmat, rapporteur. Et cela, à cause de vous, monsieur Debré ! A cause du R.P.R., permettez-moi de le dire...

M. Bernard Debré. Et permettez-moi de vous dire, monsieur Calmat, que j'en suis fier !

M. Alain Calmat, rapporteur. ... car vous savez très bien que tous vos collègues de l'opposition n'étaient pas d'accord avec vous. Vous avez fait de l'obstruction et vous portez une énorme responsabilité dans l'échec de la C.M.P. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Trois heures de discussion n'ont pas permis d'aller au-delà de l'article 3 du projet de loi, à cause de vous, monsieur Debré, ...

M. Bernard Debré. Revoilà les vieux fantasmes !

M. Alain Calmat, rapporteur. ... un désaccord fondamental ayant été constaté sur la notion et la portée des contrats pluriannuels prévus à l'article L. 712-4 du texte.

M. Bernard Debré. *Errare humanum est, perseverare diabolicum !*

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a donc examiné en deuxième et nouvelle lecture le projet de loi modifié par le Sénat, au cours de sa réunion du jeudi 13 juin 1991.

Elle a retenu, monsieur Debré, ...

M. Bernard Debré. Arrêtez de faire une fixation !

M. Alain Calmat, rapporteur. ... nombre de modifications utiles votées par le Sénat, mais elle a rétabli le dispositif adopté par l'Assemblée nationale sur les points importants de divergence. Je vous demande, mes chers collègues, de la suivre dans ce sens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Guy Bêche.

M. Guy Bêche. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué, mes chers collègues, nous nous engageons dans la deuxième lecture du projet de loi portant réforme hospitalière après l'échec de la commission mixte paritaire, Sénat-Assemblée nationale. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nous invite à revenir pour l'essentiel à notre texte. Le groupe socialiste souhaite que ce nouvel examen se déroule dans de bonnes conditions. (*Ah ! sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. Alain Calmat, rapporteur. Très bien !

M. Bernard Debré. Vous ne devriez pas en douter !

M. Guy Bêche. Il essaiera de rallier le maximum de députés aux positions adoptées par la majorité de la commission.

M. Bernard Debré. Demandez aux communistes !

M. Guy Bêche. Non ! Je pensais à vous !

M. Bernard Debré. A moi ?

M. le président. Poursuivez, monsieur Bêche !

M. Guy Bêche. Je note d'ailleurs que l'opposition qui avait déposé trois motions de procédure les a retirées.

M. Alain Calmat, rapporteur. Elle n'a rien à dire !

M. Guy Bêche. On peut donc encore rêver sur l'issue de nos débats.

M. Bernard Debré. On peut s'en aller aussi !

M. le président. Seul M. Bêche a la parole.

M. Guy Bêche. Un accord n'a pu être trouvé avec le Sénat au cours de la commission mixte paritaire. Et, monsieur Debré ayant participé à ses travaux, je peux témoigner de la véracité des propos tenus à l'instant par notre rapporteur sur vos manœuvres de blocage. (*Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. Je vous en prie, laissez parler l'orateur !

M. Guy Bêche. Cet échec est regrettable car il aurait été souhaitable, à mon avis, à un moment où le financement de notre système de protection sociale pose d'énormes problèmes, que le système de santé hospitalier public et privé cesse de faire l'objet de débats interminables, ...

M. Bernard Debré. Parce que vous voulez nous faire gérer votre faillite !

M. Guy Bêche. ... déstabilisateurs, qui empêchent toute réforme de porter ses fruits et de lui donner toutes les chances d'une évolution durable.

Notre rapporteur, M. Calmat, a souligné qu'un certain nombre de propositions du Sénat avaient pu être retenues par la commission des affaires culturelles de l'Assemblée. D'autres, en revanche, qui touchaient à des points essentiels pour la mise en œuvre de notre conception d'un système de santé solide et durable au service des malades, ne le pouvaient pas.

Je ne rappellerai pas notre conception du système de santé hospitalier. Notre collègue Bernard Bioulac, à qui je souhaite une prompte guérison,...

M. Bernard Debré. A l'hôpital ?

M. Guy Bêche. ... en a longuement parlé au cours du débat en première lecture.

Des principes tels que le droit des malades, l'évaluation et l'analyse de l'activité hospitalière sont des principes fondamentaux qui méritent d'être précisés sans ambiguïté. Ils sont les conditions essentielles de la réforme et marquent la volonté d'aller vers sa réussite.

M. Bernard Debré. Oh !

M. Guy Bêche. A ces principes généraux, s'ajoutent des dispositions pratiques d'organisation des structures de soins permettant un meilleur dialogue social au sein des structures hospitalières.

M. Bernard Debré. Dans la rue !

M. Guy Bêche. Pourquoi n'avez-vous que la rue à la bouche ? Sans doute parce que vous êtes incapable de parler dans les hôpitaux !

M. Bernard Debré. Mais on parlait très bien dans les hôpitaux !

M. Guy Bêche. En effet, les structures de soins organisées en unités fonctionnelles, en services ou en départements deviennent de véritables structures de dialogue et de distribution des soins parfaitement adaptées. L'introduction de certains dispositifs de démocratisation par le biais de la mise en place des conseils de service ou de département permettra une concertation régulière avec l'ensemble de l'équipe soignante grâce à l'élaboration d'un projet de service ou de département dans le cadre d'un projet d'établissement définissant les grands axes du développement de telles structures.

Par certaines dispositions, le projet répond aux aspirations des infirmières. (*Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*) C'est le cas de la création des services de soins infirmiers consultés par le directeur, notamment sur l'organisation des soins infirmiers et l'élaboration d'une politique de formation.

M. Bernard Debré. Ne dites pas ça !

M. Guy Bêche. Ça ne vous plaît pas ! Evidemment, c'est contraire à vos aspirations...

M. Bernard Debré. Vous êtes vraiment maso !

M. Guy Bêche. ... de patron hospitalier !

M. Bernard Debré. Le mot est lâché, je l'attendais. Mandarin, monsieur Bêche, pas patron !

M. Alain Calmat, rapporteur. Il y en a de bons !

M. Guy Bêche. Nous gardons des divergences durables avec vous, monsieur Debré, sur les structures d'établissement. Chacun sait que notre conception de l'organisation de l'hôpital fait chaque jour des progrès sur le terrain.

M. Bernard Debré. Ah oui ? Il suffit de s'informer pour constater le contraire !

M. Guy Bêche. Le Sénat a refusé de reconnaître au service public hospitalier une mission de coordination des actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé. C'est regrettable et cela témoigne d'un manque de confiance patent à l'égard de l'hôpital public.

En rendant obligatoire la participation des praticiens non hospitaliers qui en font la demande au fonctionnement des services d'aide médicale d'urgence, le Sénat a succombé au corporatisme.

M. Bernard Debré. Oh !

M. Guy Bêche. Il méconnaît la contrainte de gestion qu'une telle disposition peut engendrer pour l'hôpital, à qui il crée une obligation sans même évaluer les besoins.

S'agissant de la planification sanitaire et du régime des autorisations, nous ne pouvons accepter l'économie du projet du Sénat. Les conceptions définies par l'Assemblée nationale sont à la fois plus responsables et plus ouvertes. Les commentaires sur ce sujet, pages 6 et 7 du rapport de M. Calmat, nous conviennent parfaitement.

En matière de contrôle et de tutelle, les dispositions adoptées par le Sénat apparaissent incohérentes et en parfaite contradiction avec le principe de la maîtrise de la croissance des dépenses de santé. Il en va de même en matière de tutelle budgétaire.

Enfin, mes chers collègues, se pose le problème de la dotation globale de fonctionnement. Nos divergences subsistent, monsieur Debré, ...

M. Bernard Debré. J'en suis fier, monsieur Bêche !

M. Guy Bêche. ... mais, sur ce point aussi, le projet de l'Assemblée est plus cohérent et plus responsable.

Monsieur le ministre, en première lecture, le groupe socialiste vous a apporté son soutien. Il était seul.

M. Bernard Debré. Et oui !

M. Guy Bêche. Il restera sûrement seul en deuxième lecture. Mais vous pouvez être assuré de son soutien...

M. Bernard Debré. C'est la moindre des choses ! Le ministre non socialiste en a besoin !

M. Guy Bêche. ... parce que la réforme de l'hôpital est attendue et, pour ainsi dire, obligatoire.

Les informations télévisées annonçaient tout à l'heure que les médecins anesthésistes avaient suspendu leur mouvement de grève parce qu'un accord était intervenu avec le ministère de la santé sur un certain nombre de leurs revendications. Monsieur le ministre, je souhaiterais que vous portiez à la connaissance de l'Assemblée - elle en aura ainsi la primeur, ...

M. Bernard Charles. Très bien !

M. Guy Bêche. ... une fois n'est pas coutume - le contenu de cet accord qui prouve bien, monsieur Debré, combien le Gouvernement est attaché à la négociation. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Bernard Debré. Il y a un temps pour tout !

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard. Monsieur Debré, je vous demande d'écouter. C'est la moindre des choses.

M. Bernard Debré. Je vais maintenant écouter sans rien dire !

M. le président. Même lorsque l'orateur ne s'appelle pas M. Chamard et qu'il appartient à un autre groupe, il me paraît convenable que vous l'écoutez !

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'hôpital est en crise, les cliniques défilent dans les rues, les anesthésistes sont en grève.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Non, c'est fini !

M. Jean-Yves Chamard. Ils l'étaient depuis un certain nombre de jours et on sait pourquoi.

M. Alain Calmat, rapporteur. Vous n'avez rien fait pour les anesthésistes !

M. Jean-Yves Chamard. Les Français, du moins les actifs, verront leur pouvoir d'achat diminuer, à partir du 1^{er} juillet, de 0,9 p. 100. Quelle hécatombe !

Pensez-vous sincèrement, monsieur le ministre, que le projet de loi que vous nous proposez prépare réellement l'hôpital de l'an 2000 ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Oui !

M. Jean-Yves Chamard. Où en est l'objectif, non pas du docteur Peigné, mais de votre ancien ministre de tutelle, Claude Evin - que vous ne rejetez pas j'espère, en enfer, comme certains de ses amis politiques le font - qui, dans la lettre de mission qu'il lui adressait, indiquait : « Vos travaux porteront sur l'évolution du fonctionnement des structures hospitalières dans le but de leur donner la plus grande souplesse pour s'adapter au développement des technologies nouvelles, ainsi qu'à l'émergence de nouvelles technologies. Il est essentiel de remotiver l'ensemble des personnels de santé des hôpitaux et j'attends de votre mission des suggestions concrètes dans ce sens. »

Des suggestions concrètes, on en trouve tout au long des 285 pages du rapport Peigné. Peu d'entre elles ont trouvé traduction dans le projet de loi que vous nous avez donné initialement à étudier.

M. Bernard Debré. Par manque de courage !

M. Jean-Yves Chamard. Les quelques avancées adoptées par le Sénat dans le texte qui nous revient aujourd'hui, notamment en matière de contrôle budgétaire, vont être remises en cause. Du moins, elles l'ont été en commission par les amendements du groupe socialiste.

M. Guy Bêche. Le Sénat n'a rien compris !

M. Jean-Yves Chamard. Qu'eût-il fallu faire ?

Tout d'abord, responsabiliser à la fois les équipes soignantes et les équipes de direction. Au lieu de quoi vous réintroduisez la tutelle ! Un amendement substitue même ce mot au mot plus souple que le Sénat avait employé.

M. Alain Calmat, rapporteur. Il n'y a que ça qui vous gêne ?

M. Jean-Yves Chamard. Les unités fonctionnelles, les services, les départements et les fédérations constituent un système de poupées gigognes qui n'en sont même pas vraiment. Si je vous mettais au défi, monsieur le ministre, vous qui connaissez comme moi la théorie des ensembles, de tracer le diagramme représentant ces quatre niveaux et nous permettant d'en comprendre l'articulation ! Vous en seriez incapable puisque aucune logique ne sous-tend votre proposition.

Quand à la régionalisation, vous vous y êtes déclaré favorable à plusieurs reprises, notamment dans des interviews accordés il y a quelques mois. Où sont passées ces ambitions affichées hors de cet hémicycle ?

M. Bernard Debré. Avant qu'il entre au Gouvernement ?

M. Jean-Yves Chamard. Mon cher Bernard, après aussi, et c'est bien plus grave !

M. Bernard Debré. C'est irrémédiable !

M. Jean-Yves Chamard. Je le crains, en effet !

Vos nouveaux amis refusent même la simple consultation du conseil régional, ce qui fait l'objet d'un amendement que nous examinerons tout à l'heure. *(Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Mes chers collègues, n'interrompez pas M. Chamard !

M. Jean-Yves Chamard. Il m'en faut plus pour me troubler, monsieur le président. Ils le savent !

Il fallait évidemment se donner pour objectif la clarification des financements qui mettrait fin à l'absurde querelle entre établissements publics et établissements privés. La méthode est connue. Mais il reste du chemin à parcourir. Se fixer pour objectif, au terme de quelques années, la tarification par pathologie ou par groupe de pathologies, tant pour le public que pour le privé, avec un budget global pour les dépenses spécifiques aux charges de service public à déterminer, voilà qui pourrait donner lieu à un vrai débat.

Certes, l'unification ne peut être que progressive. Raison de plus pour commencer rapidement. Mais pourquoi aller très vite dans le privé, sans doute trop vite, j'y reviendrai tout à l'heure - c'est l'objet d'une des dispositions du D.M.O.S. -, et avancer à reculons dans le secteur public ?

Les conditions posées à la tarification par pathologie sont extrêmement strictes et ne permettent pas de faire avancer cet objectif, d'en dater la réalisation ni d'envisager la possibilité d'unification.

Qui dit tarification par pathologie, dit évidemment évaluation. Vous proposez quelques timides progrès dans ce domaine.

M. Guy Bêche. Seriez-vous pour, maintenant ?

M. Jean-Yves Chamard. Mais on reste très loin des objectifs que vous prétendiez vouloir atteindre. Sur ce sujet, j'aimerais que vous nous donniez tout à l'heure des assurances car pour le moment, il vous faut bien reconnaître que l'évaluation est plus un mot qu'une réalité.

Quant aux alternatives à l'hospitalisation dont tout le monde convient qu'elles sont un des points forts des dix prochaines années,...

M. Guy Bêche. Sauf le Sénat !

M. Jean-Yves Chamard. ... tout au long du texte, vous donnez le sentiment que vous en craignez le développement alors qu'il faudrait, au contraire, mettre en place des dispositifs pour le favoriser. Que d'occasions manquées !

Je voudrais dire un mot aussi du système de santé et de l'immense inquiétude des professionnels, inquiétude qui s'est transformée, ces jours derniers, en révolte. Car ne vous en déplaît, mes chers collègues, il y avait au moins 120 000 professionnels de santé dans les rues, mardi dernier à Paris !

Mesurez-vous bien leur état d'esprit, monsieur le ministre ? Vous les avez d'abord inquiétés ; puis vous les avez désespérés ; enfin, vous les avez révoltés. Aussi ne se laisseront-ils pas imposer, ils vous l'ont dit clairement, ce qui leur apparaît comme une socialisation de la médecine.

Ils ne sont pas les seuls à le penser d'ailleurs et l'un de nos collègues socialistes expliquait récemment dans une réunion publique dont j'ai le compte rendu : le système de santé libéral a fait faillite, il est temps d'organiser une socialisation de la médecine (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

C'est bien ce que craignent un très grand nombre de professionnels. C'est la raison pour laquelle ils étaient la semaine dernière dans les rues de Paris.

M. Roland Belx. Pourquoi pas des kolkhozes de la médecine !

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le ministre, au lieu de favoriser des évolutions, vous avez créé des crispations qui rendent les progrès plus difficiles.

M. Alain Calmat, rapporteur. Ce n'est pas excessif, c'est dérisoire !

M. Jean-Yves Chamard. Nous avons débattu, vous et moi, à l'automne dernier de l'augmentation des cotisations d'assurance maladie. Vous aviez pris des engagements on ne peut plus clairs - ils sont au *Journal officiel* - et avec vous, le Premier ministre, lui-même, Michel Rocard ainsi que Claude Evin.

Nous avons échangé aussi des arguments « géométriques ». Je vous avais expliqué que les recettes - c'est-à-dire les cotisations -, les dépenses et la qualité des soins pouvaient être considérées comme les trois côtés d'une espèce de triangle et qu'on ne pouvait agir que sur deux de ces éléments à la fois. Vous m'avez répondu, le *Journal officiel* en témoigne, que c'était possible et qu'on allait le voir puisque vous alliez le faire.

Vous avez tout faux ! Et les Français paient aujourd'hui le prix de vos erreurs.

M. Bernard Debré. Eh oui !

M. Jean-Yves Chamard. Vous vous faisiez fort d'obtenir des professions de santé 10 milliards d'économies. Avec moi, Bernard Debré et toute l'opposition vous aviez déclaré que c'était impossible. Ça l'est ! La preuve, c'est que les Français, à cause de cela, vont voir leur pouvoir d'achat amputé de 0,9 p. 100 et que vos perspectives pour 1991 sont infiniment plus modestes. Quand on poursuit un objectif impossible, à un moment ou à un autre, on se casse la figure !

De plus, les mesures prises tant par la sécurité sociale que par vous-même mettent de très nombreuses cliniques en grande difficulté. Et quand les professionnels ont défilé dans les rues la semaine dernière, pour nombre d'entre eux, c'était un vrai cri d'angoisse. Je voudrais que vous en preniez conscience et que vous ne vous contentiez pas de quelques formules à l'emporte-pièce. L'évolution que vous souhaitez, vous la rendez vous-même impossible par des mesures totalement inadaptées à la réalité économique.

M. Alain Calmat, rapporteur. Et la loi hospitalière dans tout cela ?

M. Jean-Yves Chamard. Elle traite également, mon cher collègue, des établissements d'hospitalisation privés.

M. Bernard Debré. Il ne l'avait pas vu !

M. Jean-Yves Chamard. Sans doute pas !

M. Alain Calmat, rapporteur. S'il y en a un qui l'a vu, c'est bien moi.

M. Jean-Yves Chamard. En matière d'économie de la santé, il y a deux points essentiels.

Je ne développerai pas le problème de la démographie médicale car ce n'est pas le lieu mais, en 1981, monsieur Calmat, M. Ralite a ouvert toutes grandes les portes des facultés de médecine. Ceux qui y sont alors entrés en sortent actuellement ou viennent d'en sortir, et je passe sur les deux autres mesures prises par ses successeurs.

Il y a, par ailleurs, et nous sommes au cœur du débat, le problème des lits actifs en sommeil. Nous disons, les uns et les autres, qu'il faut les convertir en lits pour personnes âgées dépendantes.

M. Gilbert Millet. Pas les uns et les autres ! C'est faux !

M. Jean-Yves Chamard. Un certain nombre d'entre nous le disent, en effet.

Mais quel est votre objectif, monsieur le ministre ? Comment comptez-vous l'atteindre ? Quels délais vous donnez-vous ? Quelles méthodes comptez-vous utiliser pour persuader, et ce n'est pas facile, les uns et les autres de cette nécessité ? Est-ce que l'évaluation sera un outil ? Est-ce que la tarification par pathologie peut en être un autre ? Nous n'avons rien entendu jusqu'à ce jour...

M. Bruno Durlieux, ministre délégué à la santé. Mais si !

M. Jean-Yves Chamard. ... à part quelques déclarations péremptoires.

Alors nous sommes déçus. Nous nous attendons à ce qu'un certain nombre d'amendements adoptés par la commission des affaires sociales soient votés dans cet hémicycle - ou plutôt retenus, 49-3 oblige... Bien entendu, le groupe du R.P.R. ne votera pas ce projet de loi si les amendements adoptés par la commission des affaires sociales sont adoptés tels quels. Peut-être ouvrirez-vous quelques portes pour des négociations et des accords ! Nous vous écouterons au fil de la soirée.

Monsieur le ministre, mes chers collègues, nous attendions un nouveau souffle pour l'hôpital et la santé. Nous ne voyons venir qu'un souffle de 49-3. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, l'Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

M. Alain Calmat, rapporteur. Le vôtre est un peu éteint.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le nouveau gouvernement assumant pleinement la deuxième lecture de ce projet de loi que la droite vient de ratifier au Sénat (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*), il y a là, hélas ! une continuité que nous regrettons, puisque la nocivité d'un tel texte est ressentie bien au-delà des seuls communistes et qu'entre ces deux lectures, un certain nombre d'éléments sont intervenus, qui auraient dû suggérer une approche nouvelle de la réforme hospitalière.

Parmi ces éléments, il y a d'abord le plan dit de « redressement de la branche assurance maladie de la sécurité sociale », plan que condamnent toutes les principales centrales syndicales et 80 p. 100 des assurés sociaux puisque, entre autres mesures, le taux de la cotisation due par les salariés, et eux seuls, passera de 5,9 p. 100 à 6,8 p. 100 au 1^{er} juillet prochain.

Nous ne sommes donc pas les seuls non seulement à nous interroger sur l'efficacité d'une telle mesure pour combler un déficit, mais plus encore à redouter ses effets contraires puisque ce n'est certainement pas, en effet, en affaiblissant davantage le pouvoir d'achat des salariés qu'on relancera notre économie, que l'on musclera notre industrie, que l'on créera des emplois stables, correctement rémunérés, apportant ainsi à la sécurité sociale les recettes qui lui font défaut aujourd'hui.

Si l'on ajoute à cette ponction sur les salaires une nouvelle réduction du remboursement des dépenses de santé, une probable augmentation du forfait journalier hospitalier, à la charge du malade, et des contraintes nouvelles imposées aux budgets des établissements de santé, ce n'est vraiment pas ainsi que sera réformé l'hôpital dans le sens du progrès et des besoins de notre époque, et que sera assuré à chacun son droit à des soins de qualité.

D'où le second élément nouveau intervenu entre les deux lectures de cette réforme hospitalière : la légitime, et même saine, mobilisation des professionnels de santé.

Appauvrissement des moyens publics donnés à la santé et enveloppe globale asphyxiante apparaissent en effet à juste raison non seulement comme contraires à la nécessaire revalorisation salariale des différentes professions de santé, mais plus encore de nature à accélérer la disparition ou l'absorption de très nombreux services et établissements de petite et moyenne dimension, notamment dans le secteur public bien sûr, mais aussi dans le privé.

Et la conscience, en effet, grandit que ces décisions de restriction de fonds publics ne pourront qu'entraîner une financiarisation croissante des établissements, financiarisation qui, étant elle-même directement liée à la rentabilité, favorisera la mainmise dévastatrice des grandes chaînes hospitalières privées, soutenues par le capital financier, sur tout le marché de la santé.

C'est en effet d'un marché lucratif et non d'une mission publique que l'on parle aujourd'hui en ce qui concerne la santé de notre peuple.

Quand les infirmières anesthésistes demandent que soit reconnue la spécificité de leur mission, elles posent le problème de la revalorisation des professions de santé et rejoignent objectivement sur la nécessité de faire d'autres choix les médecins libéraux et les biologistes qui se sont mobilisés massivement le 11 juin dernier, inquiets qu'ils sont sur l'avenir de leurs petites et moyennes cliniques et laboratoires.

Oui, tel est bien l'autre élément nouveau qui aurait dû suggérer au Gouvernement une autre orientation pour construire une réforme hospitalière. C'est une idée qui grandit que, pour assurer un financement équilibré de la protection sociale, revitaliser l'hôpital public et répondre aux justes revendications des personnels, assurer la place de complémentarité des petites et moyennes cliniques privées, d'autres choix sont à faire que ceux que vous entendez confirmer dans cette loi.

Certes, les pas de ces convergences nécessaires demeurent timides. Certes, l'approche des solutions nouvelles est très diverse et les attractions politiciennes ne manquent pas. Mais cette pluralité des approches conjuguée à l'urgence de faire autrement permettra l'émergence d'une politique moderne et novatrice en matière de santé.

C'est pour pleinement y contribuer que nous avançons comme pistes de réflexion l'idée de prendre le contrepied de la logique qui domine depuis près de vingt ans dans le pays, et que nous proposons de relancer l'économie du pays en créant des emplois et en utilisant les fonds publics pour la formation, d'augmenter les salaires, d'abroger la contribution sociale généralisée et de taxer les revenus financiers à 13,6 p. 100, ce qui permettrait de combler quatre fois le déficit actuel de la sécurité sociale et de relever fortement les remboursements, ...

Mme Muguette Jacquaint. Très bien !

M. Gilbert Millet. ... que nous proposons enfin de démocratiser la gestion de la sécurité sociale pour que les citoyens et leurs représentants puissent réellement participer aux choix garantissant tout à la fois l'équilibre de la sécurité sociale et un système de soins de haut niveau, accessibles à tous.

Est-ce parce que la réforme hospitalière tourne totalement le dos à cette autre logique de développement et que les idées autour de celle-ci commencent à faire leur chemin que vous entendez vous précipiter dans le vote d'un mauvais texte, répondant aux motivations de la droite qui en veut davantage encore ?

Poser ces questions c'est peut-être, hélas ! y répondre, mais, pour nous, les choses sont claires : notre opposition à cette réforme va de pair avec notre soutien aux luttes qui se mènent dans le pays.

Oui, monsieur le ministre, les députés communistes voteront contre ce projet de réforme hospitalière, comme ils ont voté sans ambiguïté contre l'instauration de la contribution sociale généralisée, ...

Mme Muguette Jacquaint. Tout à fait !

M. Gilbert Millet. ... contre les mesures contenues dans le titre I^{er} du dernier D.M.O.S. où, par vos mesures de restriction induisant la financiarisation, vous avez porté un très mauvais coup aux laboratoires et petites cliniques privées de proximité et, de ce fait, aux usagers.

Cette cohérence entre ces différents textes adoptés, soit insidieusement, soit autoritairement, fait peser aujourd'hui la plus lourde menace sur les médecins libéraux, de plus en plus accusés de prescrire abusivement, si ce n'est de manière incompétente, les analyses et traitements nécessaires à leurs malades.

C'est grave, très grave, car cela veut dire que la France entre dans le XXI^e siècle en niant les identités des malades et en supprimant la liberté de prescription des médecins, qu'elle entre dans le progrès des coopérations européennes en permettant aux géants de la finance de faire régresser le droit à la santé pour tous.

Au besoin et à l'intérêt d'une véritable autonomie des hôpitaux, à l'indépendance des médecins, à l'aspiration émancipatrice et fructueuse, à l'autogestion et à la participation aux décisions qui concernent le devenir même d'une nation, le Gouvernement répond par les verrouillages que constituent la carte et les schémas d'organisation sanitaire, les enveloppes globales, la recherche d'une autocensure des professionnels, la pratique autoritaire des quotas et des décrets.

Ainsi que je l'ai souligné en première lecture, notre groupe a avancé de multiples propositions alternatives. Le document que nous avons réalisé à partir de celles-ci constitue une contribution à la fois modeste et majeure pour faire tout autrement.

Parce que votre projet de réforme entend consacrer la mort de toute notion de service public pour y substituer une notion de charité pour les plus démunis réduits de plus en plus à un rôle d'assisté, parce qu'il entend transformer la santé de notre peuple en un marché lucratif qui démantèlera l'hôpital public et fragilisera jusqu'à absorption ou disparition les structures publiques ou privées de proximité, parce qu'il cherche à entraîner les professionnels de santé dans un rôle de collecteurs de profits, à mille lieues de l'intérêt qu'il aurait à libérer totalement les initiatives créatrices de leur éthique médicale, nous voterons contre cette réforme hospitalière (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre*), contre cette santé à plusieurs vitesses que vous voulez imposer à notre peuple.

Mme Muguette Jacquaint. Très bien !

M. Bernard Debré. Et la censure, vous la voterez avec nous ?

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi hospitalière revient donc devant nous en nouvelle lecture après l'échec de la commission mixte paritaire.

Cette loi hospitalière était nécessaire car l'hôpital a évolué depuis 1970. Elle était attendue car les hôpitaux sont malades et les personnels désespèrent.

Malheureusement, votre projet ne résout pas les problèmes des établissements et nous craignons même qu'il ne les aggrave en s'en prenant notamment aux établissements privés.

Le Sénat l'a heureusement bien amélioré mais vous nous proposez pour l'essentiel, après avoir provoqué l'échec de la C.M.P. ...

M. Alain Calmat, rapporteur. Vous ne manquez pas d'air, monsieur Préel ! L'échec de la C.M.P. c'est vous !

M. Jean-Luc Préel. ... de revenir au texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, à la suite d'un 49-3, et que nous désapprouvons.

Cette loi ne nous convient pas et nous l'avons dit. Elle survient, d'ailleurs, dans un contexte médical et social particulièrement difficile. Les professions de santé ont montré il y a huit jours...

M. Bernard Debré. Ils méprisent les professions de santé !

M. Jean-Luc Préel. ... combien elles étaient inquiètes de vos mesures de restriction et même de rationnement.

M. Alain Calmat, rapporteur. Vous parlez de la loi Séguin, peut-être ?

M. Jean-Luc Préel. Ils étaient 120 000 pour vous le dire. Il serait raisonnable et responsable d'en tenir compte.

M. Bernard Debré. Ils sont irresponsables !

M. Jean-Luc Prével. Certes, la maîtrise des dépenses de santé est nécessaire. (« Ah ! » sur plusieurs bancs du groupe socialiste.)

M. Guy Bêche. Comment on fait ?

M. Jean-Luc Prével. Ces dépenses, 538 milliards en 1990, augmentent plus vite que le P.I.B. Mais cette évolution est liée en partie à notre niveau de vie et au vieillissement de la population.

M. Gilbert Millet. Les moyens existent pour financer la santé !

M. Jean-Luc Prével. La santé n'est pas un bien comme un autre. Les Français la placent en tête de leurs préoccupations.

M. Marcel Wachoux. Ils ont raison !

M. Jean-Luc Prével. Ils sont de plus très attachés à leur système de protection sociale, au libre choix de leur médecin, de leur lieu d'hospitalisation. Actuellement, existe encore un certain équilibre entre la médecine de ville, l'hospitalisation publique et privée, et nous y tenons.

Il est de notre devoir de tout faire pour maintenir une médecine de qualité au service des personnes, permettre l'accès de tous aux nouvelles techniques, proposer une juste rémunération des personnels et des établissements.

Les difficultés de financement sont essentiellement dues au chômage et à l'état de l'économie.

M. Bernard Debré. Exactement !

M. Jean-Luc Prével. Améliorons l'économie de notre pays et les difficultés s'estomperont.

Cependant, une maîtrise des dépenses de santé est souhaitable et nous souscrivons à l'objectif, mais il nous paraîtrait raisonnable d'ouvrir un réel débat national devant l'ensemble du pays pour que chaque Français nous dise s'il souhaite consacrer davantage à sa santé et sous quelle forme sa participation serait la mieux adaptée : fiscalisation, cotisations, participation personnelle.

Nous pourrions nous orienter vers une maîtrise médicalisée et transparente des dépenses de santé avec mise en place de coûts par pathologie pour le public et le privé. Mais il est nécessaire, pour obtenir un résultat, de réaliser cette évolution dans le consensus, en tablant sur la responsabilité des professionnels mais aussi des Français et en veillant à maintenir la liberté de choix et de prescription.

Or votre gouvernement, comme le précédent, n'a pas choisi la voie du vrai dialogue.

Il ne respecte pas ses engagements puisqu'il n'a pas respecté la convention médicale qui prévoyait une revalorisation en décembre. Vous bloquez la nomenclature et les rémunérations des infirmiers, des kinésithérapeutes. Vous avez ressorti de la loi hospitalière les mesures les plus décriées par le Conseil économique et social pour les présenter en décembre dans un D.M.O.S. que vous avez fait passer, déjà, à l'aide du 49-3.

Vous venez, alors que la loi hospitalière est en cours de discussion, de proposer dans un nouveau D.M.O.S., et après avoir utilisé le chantage envers les professionnels, l'enveloppe globale et le tiers payant. Décidément, par petits bouts, vous modifiez progressivement le paysage médical du pays et nous voyons poindre avec anxiété un système de santé mixte entre le système anglais et le système allemand.

Les difficultés actuelles de l'hôpital sont bien réelles. Vous auriez pu profiter de cette loi pour revenir notamment sur la coupure tant décriée du sanitaire et du social. Vous avez laissé passer l'occasion ! Vous auriez pu profiter de cette loi pour prendre en compte le malaise du personnel.

M. Alain Calmat, rapporteur. Parce que vous, vous êtes le défenseur du personnel ? D'un coup ? Comme cela ?

M. Jean-Luc Prével. Le personnel médical tout d'abord : 2 200 postes de médecins sont vacants. Un certain nombre de postes sont occupés par des médecins peu qualifiés, notamment par des étrangers, en dépit d'une démographie médicale française plutôt favorable. Les médecins ont besoin de meilleures rémunérations, conformes aux contraintes subies et aux responsabilités endossées. Ils ont surtout besoin de plus de considération.

Ce ne sont pas les unités fonctionnelles, les conseils de service qui résoudreont les problèmes. Or les postes médicaux vacants entraînent un surcroît de travail dans de mauvaises conditions, et perpétuent donc un véritable cercle vicieux dont il faudra sortir.

Les anesthésistes sont actuellement un excellent exemple de cette situation insupportable. Ils font grève pour attirer l'attention et ils ont raison.

M. le ministre délégué à la santé et M. Alain Calmat, rapporteur. C'est terminé !

M. Jean-Luc Prével. Il en est de même du personnel paramédical et notamment des infirmières. De nombreux postes ne trouvent plus de candidats. Ce signe est inquiétant. Vous leur proposez des conseils de service, un service de soins infirmiers. Vous réintroduisez dans le texte des élections sur liste de syndicats officiels alors que la majorité n'est pas syndiquée. Est-ce ce qu'elles attendent ? Nous ne le pensons pas !

L'une des causes essentielles des difficultés actuelles des hôpitaux est bien l'application du budget global, qui ne prend pas en compte l'activité réelle des hôpitaux, servant, ainsi que je l'ai déjà dit à plusieurs reprises, de parachute aux hôpitaux dont l'activité décline, jouant comme un nœud couissant pour ceux dont l'activité progresse. C'est une véritable photo jaunissante de 1983. Il ne permet pas l'investissement, le renouvellement du matériel, l'adaptation technologique. Il concourt au dépeuplement hospitalier.

Vous maintenez le principe d'un budget global avec taux directeur annuel. Pis, vous l'instituez pour les établissements de santé privés, espérant leur inoculer la langueur dont souffrent les hôpitaux.

L'autre grande cause des difficultés actuelles est bien l'absence d'autonomie des hôpitaux, l'absence de responsabilité réelle des directeurs et des conseils d'administration.

Vous prétendez accroître l'autonomie et la responsabilité. En réalité, il s'agit d'un leurre.

En effet, vous renforcez la planification en maintenant la carte sanitaire malgré toutes les critiques faites à son égard. Vous y ajoutez un schéma régional et une annexe au schéma.

Toute cette construction technocratique sera de réalisation difficile, car vous ne disposez pas actuellement des instruments d'évaluation qui font défaut, des moyens d'apprécier les besoins de la population, que nous nous devons de satisfaire au mieux, des moyens humains et informatiques dans les D.D.A.S.S. et les D.R.A.S.S., de données épidémiologiques fines.

Lorsque l'on a connaissance des expériences en cours sur le terrain, de leur manque certain de concertation, on peut être inquiet ! Elles témoignent d'un renforcement de la tutelle qui désigne les experts sans concertation, qui écarte les directeurs, les administrateurs, les personnes compétentes.

Comment seront désignés les membres des commissions ? Comment seront désignés les experts ? Représenteront-ils la diversité réelle du terrain et des situations ?

Le projet d'établissement devra être conforme au schéma régional pour être approuvé. Toutes les décisions importantes seront soumises à la tutelle - préfet, D.D.A.S.S. ou ministre.

Le Sénat a tenté d'améliorer la loi en modifiant les modalités de création des établissements, en allégeant la tutelle, en renforçant l'autonomie des établissements, en organisant un réel contrôle *a posteriori*.

Sur toutes ces bonnes mesures - mais il semble, monsieur le ministre, que vous ayez mieux à faire que d'écouter (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste*) - ...

M. Guy Bêche. Parce que ce n'est guère intéressant !

M. Jean-Luc Prével. ... vous souhaitez revenir, indiquant ainsi clairement que vous ne souhaitez pas créer les conditions d'une réelle autonomie avec allègement de la tutelle.

Il en est de même de l'organisation médicale. Votre construction, en dehors il est vrai de l'amendement Durieux, que le rapporteur appelle l'« amendement liberté », est ubuesque, avec les unités fonctionnelles, les services, les départements, les fédérations.

Le Sénat a grandement amélioré votre loi. Vous ne vous rangez pas à sa sagesse.

M. Guy Bêche. Il a tout sabré ! (*Exclamations sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française, du Rassemblement pour la République et de l'Union du centre.*)

M. Jean-Luc Prével. Vous avez tort. Et nous le regrettons. Pour notre part, nous aurions souhaité une tout autre loi.

M. Roland Belx. Laquelle ?

M. Guy Bêche. Décrivez-la nous !

M. Bernard Debré. Cela ne saurait tarder !

M. Jean-Luc Prével. L'hôpital de demain sera essentiellement un plateau technique : urgences, salles d'opérations, réanimation, soins intensifs de « cardio », de « gastro », exploration. Ce plateau technique doit pouvoir être ouvert à tous les médecins du département ou du secteur qui le souhaitent par convention. Ce plateau technique sera entouré d'établissements d'hébergement plus ou moins médicalisés dans lesquels le malade, personne majeure, sera libre de ses mouvements en bénéficiant d'un véritable droit « hôtelier ». Les malades n'ont pas tous besoin d'être logés dans un service hospitalier et ceux qui viennent en exploration ont essentiellement besoin d'un hôtel bénéficiant du plateau technique de l'hôpital.

M. Guy Bêche. Cinq étoiles !

M. Jean-Luc Prével. Nous pensons qu'il est nécessaire d'évoluer vers une véritable régionalisation. Les élus responsables, surtout s'ils le sont financièrement, sauront prévoir et organiser un véritable réseau de soins répondant aux souhaits de la population, et négocier avec l'Etat et les caisses des contrats d'investissements pluriannuels.

Il importe de donner une véritable responsabilité au conseil d'administration. Celui-ci doit pouvoir nommer le directeur, engagé pour réaliser le projet d'établissement et responsable de son application. L'hôpital a besoin d'un véritable patron responsable. Il sera dès lors possible de prévoir de réels contrats d'objectifs et d'éviter les investissements électoraux en engageant la responsabilité de la région et du conseil d'administration dans l'investissement et le fonctionnement des équipements.

M. Guy Bêche. Vous savez de quoi vous parlez !

M. Jean-Luc Prével. Pour obtenir un fonctionnement dynamique, il convient de donner aux professionnels autonomie et responsabilité, et de les intéresser financièrement aux résultats de l'évaluation.

Il convient également de mettre en place une réelle évaluation de la qualité des soins au service de la population.

Hélas ! avec cette loi, vous ne résolvez aucun des problèmes de l'hôpital, vous ne revenez pas sur la coupure du sanitaire et du social, vous ne remédiez pas au malaise du personnel médical et para-médical, vous renforcez la planification technocratique et ne donnez aucune autonomie réelle aux conseils d'administration et aux directeurs.

Pis, vous profitez de cette occasion pour vous attaquer au secteur privé, qui, pour l'instant, fonctionne plutôt bien.

Au lieu d'améliorer l'hôpital, nous pensons que cette loi aggravera son malaise et ses difficultés si elle est appliquée. Notre espoir est qu'elle ne le soit pas et que, dès demain, nous puissions préparer une nouvelle et réelle réforme hospitalière s'appuyant sur la liberté, la responsabilité, l'émulation et une réelle régionalisation au service des malades. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française, du Rassemblement pour la République et de l'Union du centre.*)

M. Guy-Michel Chauveau. Vous avez eu vingt-trois ans pour le faire !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Foucher.

M. Jean-Pierre Foucher. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué, mes chers collègues, mon propos sera bref puisqu'une grande majorité des amendements qui sont proposés par la commission et qui seront défendus par le rapporteur viseront à rétablir en grande partie le projet de loi initial et la version du texte considérée comme adoptée en première lecture par notre assemblée - contre laquelle je m'étais élevé.

M. Bernard Debré. Bravo !

M. Jean-Pierre Foucher. Je le regrette profondément car les modifications importantes apportées par le Sénat allaient dans le sens de nos propres propositions, auxquelles nous restons très attachés, et constituaient une sorte de contre-projet au vôtre, monsieur le ministre délégué.

Ces modifications apportées par le Sénat vont disparaître et c'est finalement un texte qui ne nous semble pas admissible qui, comme en première lecture, sera adopté grâce à l'utilisation de l'article 49-3 de la Constitution. En effet, nous savons dès maintenant qu'il y aura recours au 49-3, alors que la discussion des articles n'a pas encore eu lieu.

Le projet adopté par le Sénat corrige le vôtre en modifiant certaines de ses dispositions que l'on peut qualifier de totalement archaïques : c'est le cas notamment pour la planification, pour la gestion des établissements de santé privés et publics et pour l'organisation interne des hôpitaux. Ajoutons que les soins infirmiers sont beaucoup mieux valorisés.

En ce qui concerne la planification, je maintiens que le système qui est prévu est beaucoup trop rigide. Nous aurions souhaité une limitation du champ de cette planification, mais vous n'adhérez pas à ce principe. Nous voulions qu'il y ait, en fonction du poids de l'hospitalisation privée dans le système de soins français, une représentation proportionnelle de ce secteur au sein des commissions régionales d'établissement des schémas de planification. Nous proposons également qu'il soit possible de faire appel contre le schéma d'organisation auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En fait, rien de cela ne se retrouve dans le texte qui nous sera proposé.

Les dispositions prévues pour l'attribution des autorisations de service public et pour les procédures budgétaires soumettent l'hospitalisation privée à des contraintes nouvelles, qui, de plus, seront lourdes à gérer. Il me paraît notamment nécessaire que notre proposition d'établir l'automatisme du renouvellement des autorisations, sauf faute imputable à l'établissement, soit retenue.

M. Guy Bêche. Ce n'est pas possible !

M. Jean-Pierre Foucher. En outre, cette autorisation doit avoir une durée de cinq ans minimum et tenir compte de la durée d'amortissement des matériels nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

Quant aux règles de gestion des établissements publics, il nous a paru nécessaire, comme je l'ai déjà exprimé, que l'allègement de la tutelle se traduise par une transformation possible des établissements publics hospitaliers en établissements publics à caractère industriel et commercial, afin de les faire bénéficier de règles de gestion plus souples. Le second volet de nos propositions en ce domaine introduisait un contrôle *a posteriori* remplaçant la tutelle *a priori* pour certaines délibérations du conseil d'administration. Le Sénat nous avait suivis dans cette voie, mais la commission a rétabli les dispositions initiales du mode de création des établissements publics de santé. Ainsi, l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur par l'exportation des techniques de pointe et de formation hospitalière reste bloquée.

M. Guy Bêche. Mais non !

M. Jean-Pierre Foucher. Est-ce là reconnaître la qualité et la modernité de nos hôpitaux ? Cette libéralisation ne devrait en aucun cas vous faire craindre, monsieur le ministre, un dérapage au niveau des dépenses puisqu'en tout état de cause l'hôpital se trouve enserré dans un projet d'établissement dûment approuvé et un budget strictement délimité.

Lors de la discussion du projet en première lecture, j'avais également insisté sur la nécessité d'accorder au personnel infirmier une représentation spécifique au sein du conseil d'administration et sur le fait que la présidence de la commission du service des soins infirmiers devait être présidée par l'infirmier général. Cela permettait à ce dernier de donner son avis sur toute question intéressant l'organisation et le fonctionnement médical. Il est flagrant que les infirmières et les infirmiers risquent d'être démotivés alors qu'ils accomplissent au sein des hôpitaux un travail ardu, de qualité et prépondérant. Je le dis de manière non démagogique parce que je connais bien le fonctionnement de l'hôpital. Là encore, le Sénat avait montré une bonne compréhension du problème et avait adopté des dispositions semblables.

Enfin, je terminerai sur un point qui me semble majeur et qui concerne l'organisation interne des hôpitaux. Nous tenons fermement à conserver le service comme unité de base obligatoire et le département comme structure volontaire.

M. Guy Bêche. Ce n'est pas la liberté, ça !

M. Bernard Debré. Mais si ! C'est la liberté et le bon sens !

M. Alain Calmat, rapporteur. L'opposition a peur !

M. Jean-Pierre Foucher. Vous avez innové, avec la mise en place d'unités fonctionnelles. Nous en refusons le principe, parce que cela ne peut qu'entraîner le morcellement de l'hôpital.

Sur ce point, nous allons plus loin que nos collègues sénateurs, qui, eux, ont admis ce système d'unités fonctionnelles.

Notre position est très ferme, car elle est calquée sur la réalité du fonctionnement interne hospitalier.

Le texte que vous nous proposez ne peut convenir à une organisation hospitalière moderne, efficace et cohérente.

Cohérentes, nos propositions l'étaient, comme l'est, dans l'ensemble, le dispositif retenu par le Sénat.

Accepter, comme vous l'avez fait, certaines mesures mineures sans accepter ce schéma d'organisation dans son entier ne peut qu'aboutir à la confusion la plus totale. Ce n'est pas votre objectif déclaré. Et ce n'est certes pas le nôtre !

Une nouvelle fois le groupe de l'Union du centre, votera, monsieur le ministre délégué, contre votre projet. (*Applaudissements sur les bancs des groupes de l'Union du centre, du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard, dernier orateur inscrit.

M. Jean-Michel Dubernard. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué, mes chers collègues, le texte soumis à l'Assemblée nationale en nouvelle lecture est celui qui a été adopté par le Sénat. Il comporte, de mon point de vue, des améliorations sensibles, dues sans doute à la sagesse des membres de la Haute assemblée (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste*), mais aussi, monsieur le ministre délégué, au fait que vous ayez parfois accepté des amendements proposés par la commission et par son président, le sénateur Huriet.

Tout en me félicitant vivement de cet état de fait, vous me permettez, monsieur le ministre, de regretter que le Gouvernement ait décidé de recourir à la procédure d'urgence pour ce texte important sur un thème essentiel. Le projet de loi aurait sans doute bénéficié d'autres améliorations s'il avait pu bénéficier davantage du travail du Parlement.

Farmi les améliorations notables, je relève que vous avez admis la nécessité d'inclure dans la loi une section 1 relative aux droits du malade accueilli dans un établissement de santé. Et je m'en félicite eu égard aux nombreux amendements que j'ai déposés en ce sens.

En effet, si la justification de tout service public en général, et du système de protection sanitaire en particulier, réside dans la qualité du service rendu au patient, il est normal qu'il faille commencer par affirmer les droits du malade, sur lesquels tout repose et qui constituent en quelque sorte la pierre angulaire de notre législation sanitaire.

J'aurai l'occasion, au cours de la discussion, de vous proposer d'élargir notablement l'importance de cette section 1, car les droits des malades ne sauraient être réduits à trois articles, certes importants mais qui sont loin d'être exhaustifs sur le sujet. L'actualité malheureuse des hémophiles contaminés par le virus du sida au cours de transfusions sanguines impose en effet d'aller plus loin dans la reconnaissance des droits élémentaires. Au demeurant, le texte soumis à notre examen traite surtout des obligations des établissements de soins ou du rôle des praticiens, et les droits du malade sont induits des uns et des autres plutôt qu'exposés dans leur évidence.

La seconde amélioration contenue dans le texte qui est aujourd'hui soumis à l'Assemblée nationale réside dans les progrès que l'idée de la décentralisation du système de santé a accomplis dans les esprits, ou du moins dans les déclarations des uns et des autres, y compris des vôtres - et je m'en réjouis, monsieur le ministre.

Je suis cependant au regret de devoir constater que vous n'avez pas accepté la plupart des amendements qui vous ont été proposés en ce sens, et que vos refus réitérés ne correspondent pas à vos déclarations de principe. Vous avez même refusé ceux des amendements qui, pourtant prudents dans

leur formulation et réfléchis dans leur portée immédiate, préfiguraient une décentralisation douce et par étapes de notre système de santé, et notamment du système hospitalier.

C'est ainsi que le Gouvernement a émis un avis défavorable à l'amendement instituant une consultation obligatoire du conseil régional et du Conseil économique et social avant que l'Etat n'arrête la carte sanitaire. J'ai eu et j'aurai encore l'occasion de proposer des amendements qui iront dans le sens d'une véritable régionalisation. Et, la réflexion aidant, j'espère, monsieur le ministre, qu'ils recueilleront de votre part un accueil moins défavorable et qu'ils emporteront l'assentiment de la majorité de l'Assemblée.

Du moins, le Sénat a voté, avec l'accord du Gouvernement, un amendement important aux termes duquel, tous les trois ans - ce qui est exagérément long -, le Parlement recevra du ministre chargé de la santé un rapport sur l'état de l'organisation et de l'équipement sanitaires. Je pense en effet, comme beaucoup d'autres - j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire - que le Parlement ne devrait pas être tenu à l'écart des questions essentielles touchant au développement de l'organisation sanitaire et qu'il devrait même y jouer un rôle décisionnel important.

Aussi bien, mes chers collègues, le projet de loi qui est soumis à votre examen n'est pas la grande loi que les nécessités du temps et l'urgence de la situation imposent. Il la préfigure cependant en commençant par les droits des malades et en étant entouré d'un environnement somme toute assez favorable au principe de la régionalisation du système de santé. Il reste que, sur l'un et l'autre point, la France connaît encore, avec le texte qui nous est proposé, un retard certain par rapport aux législations dont sont dotés la plupart des pays comparables au nôtre, partout dans le monde.

La législation espagnole a, depuis 1986, défini de manière claire et détaillée les droits des malades hospitalisés, bien plus hardiment que le texte qui nous est proposé ne le fait. Les pays européens, à quelques exceptions près - le Luxembourg peut-être - et d'autres pays encore, comme le Canada, connaissent un système de santé décentralisé.

Très sincèrement, monsieur le ministre, je regrette que vous n'ayez pas saisi la chance qui s'offrait à vous d'un état d'esprit positif et plutôt consensuel au sein de notre assemblée, lors du premier débat, alors même que semble apparaître un changement de mentalité des professions de santé, du public comme du privé. Celles-ci prennent conscience des limites de l'augmentation des dépenses de santé. Elles acceptent de plus en plus la notion d'évaluation. Elles sont prêtes à s'investir dans des études sur le coût par pathologie, à dialoguer plus et mieux au sein des structures hospitalières, privées ou publiques.

Vous auriez pu, sans grand risque politique, faire réellement avancer votre cause, qui est aussi notre cause.

La France a besoin d'une autre ambition et d'un texte d'une autre ampleur. Nous y travaillerons. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

M. le président. La discussion générale est close.

Aucune motion de renvoi en commission n'étant présentée, le passage à la discussion des articles du projet de loi pour lesquels les deux assemblées du Parlement n'ont pu parvenir à un texte identique est de droit dans le texte du Sénat.

Je rappelle qu'à partir de maintenant seuls être déposés les amendements répondant aux conditions prévues aux alinéas 4 et suivants de l'article 99 du règlement.

La parole est à M. le ministre délégué à la santé.

M. Bruno Durieux, ministre délégué à la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, nous voici donc au terme de la discussion générale de cette nouvelle lecture qui est demandée à l'Assemblée après l'échec de la commission mixte paritaire.

J'ai écouté avec attention l'ensemble des orateurs qui viennent de s'exprimer.

Je remercie M. le rapporteur pour l'exposé très objectif (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République*) qu'il a présenté sur les travaux successifs de l'Assemblée et du Sénat, ainsi que pour le compte rendu qu'il a fait des travaux de votre commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Je remercie également M. Bêche pour le soutien qu'il apporte, au nom du groupe socialiste, au texte que vous soumet le Gouvernement...

M. Bernard Debré. Il en a bien besoin !

M. Jean-Luc Préal. Soutien partisan !

M. le ministre délégué à la santé. ... après l'examen de l'Assemblée et du Sénat.

Je ferai quelques remarques d'ordre général.

Certains orateurs se sont inquiétés des mouvements sociaux dans l'hôpital. Je les remercie de partager avec le Gouvernement le souci de faire en sorte que l'hôpital puisse fonctionner dans les meilleures conditions, dans l'intérêt des malades. Je peux vous confirmer que les anesthésistes ont suspendu leur grève à la suite des négociations qui ont eu lieu entre leurs représentants et ceux de mon administration.

M. Bernard Debré. Faites encore un effort !

M. le ministre délégué à la santé. Je vois que ça vous fait beaucoup de peine.

M. Bernard Debré. Pas du tout : je vais pouvoir opérer demain !

M. Alain Calmat, rapporteur. Vous ne serez pas là ? Nous travaillerons, pourtant !

M. Bernard Debré. Les malades d'abord !

M. le ministre délégué à la santé. Cela montre, monsieur Debré, que lorsqu'on aborde ces difficiles questions dans un esprit de dialogue, dans un esprit constructif, on peut trouver des solutions.

Je tiens également à dire à M. Préal que la dérive des dépenses de santé et les déficits récurrents de l'assurance maladie ne sont pas imputables au chômage et au ralentissement de l'activité économique. (*Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. Bernard Debré. Un million de chômeurs en moins, c'est 85 milliards de francs en plus !

M. le ministre délégué à la santé. En procédant à de telles affirmations, vous montrez que vous êtes à court d'idées pour présenter des solutions et des politiques cohérentes. (*Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. Bernard Debré. Comment peut-on changer d'avis comme cela ?

M. le ministre délégué à la santé. Excusez-moi de vous le dire, mais votre diagnostic est faux car il néglige une donnée fondamentale : nous n'avons pas de difficultés conjoncturelles avec l'assurance maladie,...

M. Bernard Debré. Non : ça dure depuis dix ans !

M. le ministre délégué à la santé. ... mais des difficultés structurelles. Ça dure depuis quinze ans, depuis vingt ans !

M. Bernard Debré. Ça n'est aggravé depuis dix ans !

M. le ministre délégué à la santé. J'ai fait le compte : il y a eu un plan de redressement tous les dix-huit mois depuis quinze ans.

M. Bernard Debré. Ce n'est pas ce que vous disiez auparavant !

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Debré, quand on veut s'exprimer sur le problème de l'assurance maladie, il est bon d'y avoir réfléchi au préalable.

M. Bernard Debré. Vous avez mis dix ans pour changer d'avis ! Vous avez dû trop réfléchir !

M. le ministre délégué à la santé. M. Dubernard a défendu avec chaleur l'idée de développer les dispositions relatives aux droits des malades contenues dans le texte de loi. Il a salué au passage l'apport du Sénat et a insisté sur la régionalisation. En ce domaine, le Gouvernement n'a pas le moindre complexe : la dimension régionale, je le répète, est partout présente dans ce projet de loi, dès lors qu'il s'agit de l'élaboration et de l'exécution de la planification sanitaire, ainsi que de la concertation à laquelle elle donne lieu.

M. Jean-Luc Préal. C'est le préfet de région qui décide, pas le président du conseil régional.

M. le ministre délégué à la santé. Votre observation, monsieur le député, me conduit à apporter une précision. J'ai cru deviner que, pour certains intervenants, la régionalisation du système de santé revenait tout simplement à transférer la tutelle de l'Etat à la technocratie régionale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Si c'est cela que vous entendez par régionalisation, je m'y oppose.

M. Alain Calmat, rapporteur. Vous les avez démasqués, monsieur le ministre !

M. Jean-Luc Préal. Nous voulons transférer la tutelle aux élus !

M. le ministre délégué à la santé. Si, au lieu de recourir systématiquement au terme de « régionalisation », vous employiez celui de « décentralisation », nous pourrions nous entendre sur différents sujets.

Où en sommes-nous au terme de ces deux lectures par l'Assemblée nationale et le Sénat ?

M. Bernard Debré. Nous n'avons pas fini la deuxième lecture !

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Debré, vous êtes dissipé. Vous seriez bien, sur un sujet de cette importance, de vous montrer attentif car vous n'avez pas toujours donné l'impression de faire des observations pertinentes et mûries.

M. Bernard Debré. Votre cas est désespéré !

M. le ministre délégué à la santé. Où en sommes-nous, ai-je demandé ?

M. Bernard Debré. Et vous, où en êtes-vous ?

M. le ministre délégué à la santé. Je reviendrai sur quelques points essentiels de la discussion qui s'est déroulée à l'Assemblée nationale.

D'abord, dans le domaine de l'organisation et de l'équipement sanitaire, votre assemblée a modifié et enrichi le texte initial du Gouvernement en ce qui concerne les procédures d'autorisation. Vous avez voulu aller dans le sens de la systématisation et vous avez eu raison. Je confirme l'accord du Gouvernement sur la généralisation des procédures d'autorisation concernant les activités, les disciplines et les équipements lourds, pour celles et ceux qui sont soumis à renouvellement comme pour celles et ceux qui fonctionnent actuellement. La généralisation de cette procédure n'est d'ailleurs que la conséquence logique que vous avez tirée du renforcement des procédures d'évaluation médicale et économique ; c'est une démarche cohérente.

Vous avez également marqué, par un amendement accepté par le Gouvernement, votre volonté que la durée de validité des autorisations ne puisse être inférieure à la durée d'amortissement des investissements nécessaires. Le Sénat et votre commission ont retenu l'idée d'une durée d'autorisation qui ne soit pas inférieure à cinq ans ; je vous indique d'ores et déjà que le Gouvernement est d'accord.

S'agissant du fonctionnement des comités nationaux et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale, vous avez introduit les comités d'experts, qui permettront en effet de prendre des décisions fondées.

Quant au renforcement de l'autonomie des hôpitaux, votre assemblée a enrichi et complété le texte initial, ce dont le Gouvernement se félicite. C'est ainsi par exemple que, après vos délibérations, le texte qui a été communiqué au Sénat ne comprenait plus, en ce qui concerne le contrôle *a priori*, que les choix stratégiques de l'établissement et ceux qui sont liés à sa politique budgétaire.

C'est également votre assemblée qui a introduit la possibilité de créer des groupements d'intérêt économique pour les hôpitaux.

C'est enfin votre assemblée qui a adopté l'amendement prévoyant que le conseil d'administration délibère sur la politique d'intéressement dans l'hôpital.

Il ne s'agit pas là de petites modifications techniques, mais d'améliorations, d'avancées dans une direction que le Gouvernement avait déjà indiquée dans son texte initial. Vous êtes allés plus loin.

Vous êtes également allés plus loin dans le domaine de l'assouplissement de la procédure budgétaire. Actuellement, les autorisations concernant le budget portent sur trente postes budgétaires. Elles porteront désormais sur quatre postes budgétaires. C'est là aussi un progrès que le Gouvernement apprécie.

Vous avez par ailleurs mis en valeur le rôle des commissions médicales d'établissement, en prévoyant en particulier qu'elles seraient consultées sur le bilan social et sur le plan de formation.

S'agissant de l'organisation médicale, nous avons eu un débat long et approfondi. En écoutant certaines interventions, notamment celle de M. Prél, je me disais que nous étions confrontés sur ce sujet à des blocages de caractère quasiment religieux et théologique.

M. Jean-Yves Chamard. Métaphysique !

M. Jean Proriot. Philosophique !

M. Jean-Luc Prél. Politique !

M. le ministre délégué à la santé. Le service, j'ai eu l'occasion de le dire, est une très bonne chose.

M. Bernard Debré. Voilà !

M. Jean-Luc Prél. La base de l'hôpital !

M. Bernard Debré. C'est Canossa !

M. le ministre délégué à la santé. C'est une si bonne chose qu'il n'y a pas lieu de vouloir l'imposer à tout le monde. (*Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*) Pourquoi ne voulez-vous pas que cela relève du choix des établissements ?

M. Alain Calmet, rapporteur. Ce n'est pas la seule vérité !

M. Bernard Debré. L'organisation en services, c'est la liberté !

M. le ministre délégué à la santé. Nous avons introduit, lors de l'examen de ce texte en première lecture par l'Assemblée nationale, une disposition prévoyant que si les hôpitaux, pour des raisons qui leur sont propres, ne peuvent adopter le modèle proposé dans la loi, ils peuvent opter pour le modèle d'organisation médicale de leur choix. Qu'avez-vous à dire à cela ?

Je note par ailleurs que l'Assemblée a insisté sur l'intérêt de distinguer, de mettre en évidence l'unité fonctionnelle dans l'hôpital. J'ai entendu sur certains bancs des récriminations, à cet égard. Le Sénat, dans sa grande sagesse, a estimé que la création d'unités fonctionnelles était excellente et il a appuyé les propositions de l'Assemblée en ce domaine.

Nous avons des hôpitaux qui peuvent s'adapter en fonction de leurs besoins, et non en fonction de positions dictées pour l'éternité, de considérations dont la finalité n'est pas forcément l'intérêt des malades et l'efficacité de l'organisation des soins.

M. Bernard Debré. Ne parlez pas des malades, vous ne les connaissez pas !

La preuve : cette loi est stupide !

M. Alain Calmat, rapporteur. Il n'y a que vous qui connaissez les malades, monsieur Debré !

M. Bernard Debré. La preuve : cette loi est stupide !

M. Guy Bêche. Il ne connaît que les mandarins !

M. le ministre délégué à la santé. J'ai l'impression, lorsque je vous écoute, monsieur Debré, de faire connaissance avec les malades. (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. Un bon mot ! Encore un !

M. le ministre délégué à la santé. La Haute assemblée a enrichi le texte de façon extrêmement intéressante.

Le Sénat a d'abord voulu rappeler les principes fondamentaux comme les droits des malades et l'évaluation.

M. Bernard Debré. Vous les aviez oubliés !

M. le ministre délégué à la santé. Pas du tout : ils figurent dans de nombreux textes législatifs. Si vous les connaissez, monsieur Debré, vous n'auriez pas fait cette réflexion.

M. Jean-Luc Prél et M. Bernard Debré. Vous avez refusé nos amendements !

M. le ministre délégué à la santé. Il est vrai qu'il était opportun de rappeler, en introduction à ce texte, un certain nombre de dispositions concernant les droits des malades accueillis dans les établissements hospitaliers.

M. Guy Bêche. C'est une bonne chose !

M. le ministre délégué à la santé. S'agissant de l'organisation et des équipements sanitaires, le Sénat a, comme je l'ai rappelé, insisté sur l'intérêt qu'il y avait à prévoir une durée de validité des autorisations qui ne soit pas inférieure à cinq ans. Le Gouvernement s'est rendu, durant les débats, à cet argument. Ce point avait été évoqué ici même en première lecture et nous sommes parvenus à un accord.

De même, le Sénat a souhaité, et le Gouvernement l'a accepté au terme de discussions intéressantes, que les contrats pluriannuels passés entre les établissements hospitaliers, l'assurance maladie, l'Etat et éventuellement les collectivités territoriales n'aient pas un caractère obligatoire.

En outre, le Sénat a proposé une définition plus spécifique des établissements publics de santé, en précisant notamment que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

Par ailleurs, la Haute assemblée - et le Gouvernement a amendé sa proposition - a introduit le principe de la participation d'un membre de la commission du service de soins infirmiers au conseil d'administration des hôpitaux publics : c'est là également un progrès sensible.

Enfin, le Sénat a proposé pour le statut des consultants une solution qui recueille l'accord du Gouvernement ainsi que celui de votre commission.

L'ensemble de ces dispositions a été examiné par votre commission des affaires culturelles, familiales et sociales, qui les a approuvées.

D'autres amendements introduits par le Sénat n'ont pas recueilli l'accord du Gouvernement.

M. Bernard Debré. Dommage !

M. le ministre délégué à la santé. Je dois cependant dire que la qualité des débats au Sénat et à l'Assemblée prouve que, sur les questions concernant l'hôpital, des parlementaires sont attachés à ce que des progrès soient réalisés et à ce que l'on prépare l'avenir.

M. Guy Bêche. Sauf Debré !

M. le ministre délégué à la santé. Je tiens à remercier à nouveau tous ceux qui ont abordé ce débat avec la volonté de servir l'hôpital, de préparer son avenir. Les débats constructifs qui ont eu lieu à l'Assemblée nationale comme au Sénat devaient permettre de trouver un accord en commission mixte paritaire. Cet accord, je le sais, aurait fait de la peine à quelques-uns.

M. Guy Bêche. A Debré !

M. Alain Calmat, rapporteur. A quelques-uns qui sont ici !

M. le ministre délégué à la santé. La commission mixte paritaire n'a pu parvenir à un accord.

M. Bernard Debré. Vous n'y étiez pas ! Ne dites pas n'importe quoi !

M. le ministre délégué à la santé. Certes, monsieur le député, je n'y étais pas, mais on me fait tout de même des comptes rendus.

M. Bernard Debré. Ne les croyez pas : ils vous induisent en erreur ! (*Rires sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le ministre délégué à la santé. Je le répète : tous les éléments étaient réunis pour un accord en commission mixte paritaire.

M. Bernard Debré. Qui avez-vous acheté ?

M. Alain Calmat, rapporteur. C'est plutôt vous qui avez acheté ! Et les investitures ? (*Exclamation sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. le président. Allons ! Monsieur Debré ! Monsieur Calmat !

M. le ministre délégué à la santé. La question n'est pas là. La commission mixte paritaire a échoué et je l'ai profondément regretté.

M. Bernard Debré. Nous l'avons tous regretté !

M. Guy Bêche. Pas vous !

M. le ministre délégué à la santé. En ce qui le concerne, le Gouvernement aborde cette nouvelle lecture sans changer son attitude. Il souhaite un vrai débat dans l'intérêt de l'hôpital.

M. Bernard Debré. Avec un 49-3 !

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Debré, vous appartenez à un groupe politique qui ne va pas prétendre que le 49-3 est une disposition anticonstitutionnelle et antidémocratique.

M. Bernard Debré. Ai-je dit cela ? C'est très pratique quand on n'a pas de majorité !

M. le ministre délégué à la santé. Par ailleurs, je précise que le 49-3 a été utilisé par le Gouvernement parce que des manœuvres politiques ont empêché de faire émerger une majorité d'idées.

M. Alain Calmat, rapporteur. Tout à fait !

M. le ministre délégué à la santé. Troisièmement, je rappelle que le 49-3 a été utilisé après que le débat se fut déroulé de manière complète, après que tous les amendements déposés à l'Assemblée eurent été examinés et discutés.

M. Jean-Yves Chamard. Vous êtes en retard d'une ouverture, monsieur le ministre ! Elle se fait de l'autre côté, maintenant.

M. le ministre délégué à la santé. C'est peut-être vous qui êtes en retard, monsieur le député !

Il est vrai que participent à ce débat sur la loi hospitalière quelques docteurs « Faut que ça rate » ! On constate quelques attitudes négatives, polémiques, plutôt désolantes.

M. Alain Calmat, rapporteur. Absolument !

M. Jean-Pierre de Peretti della Rocca. C'est une mauvaise loi !

M. le ministre délégué à la santé. La détermination du Gouvernement reste totale. Il souhaite une loi pour l'hôpital. Cette loi, tout le monde reconnaît qu'elle est nécessaire.

M. Bernard Debré. Fas celle-là.

M. Jean-Luc Préal. Elle est mauvaise !

M. le ministre délégué à la santé. Elle doit accroître l'autonomie de l'hôpital, améliorer et perfectionner les procédures de planification hospitalière, améliorer le dialogue social au sein de l'hôpital (*Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française*)...

M. Guy Bêche. Tout à fait !

M. Alain Calmat, rapporteur. Vous n'avez pas eu le courage, monsieur Debré, d'adopter une telle loi entre 1986 et 1988 !

M. le ministre délégué à la santé. ...moderniser et donner de la souplesse, permettre à l'hôpital de demain de servir ceux qu'il doit d'abord servir, c'est-à-dire les malades. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Monsieur le président, je souhaiterais une suspension de séance de dix minutes environ.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-trois heures cinq, est reprise à vingt-trois heures vingt-cinq.*)

M. le président. La séance est reprise.

APPLICATION DE L'ARTICLE 44, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION

M. le président. La parole est à monsieur le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le président, le Gouvernement demande, en application de l'article 44, alinéa 3, de la Constitution, la réserve du vote sur tous les amendements et tous les articles.

M. Jean-Luc Préal. Voilà une discussion sympathique qui s'annonce !

M. le président. La réserve est de droit.

Article 1^{er} A

M. le président. « Art. 1^{er} A. - I. - L'intitulé du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigé : "Établissements de santé".

« II. - Il est inséré, avant le chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique, un chapitre premier A intitulé : "Principes fondamentaux".

« III. - Les sections 1, 2 et 3 de ce chapitre sont ainsi rédigées :

« Section 1

« Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé

« Art. L. 710-1. - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

« Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

« Art. L. 710-2. - Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations.

« Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et le respect de leurs propres règles professionnelles.

« Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

« Art. L. 710-3. - Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité.

« Section 2

**« De l'évaluation et de l'analyse
de l'activité des établissements de santé**

« Art. L. 710-4. - Les établissements de santé, publics ou privés, doivent développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles des personnels concourant à l'accueil et aux soins, des fonctions qu'ils assurent ou des services qu'ils rendent, en vue de favoriser une prise en charge globale des malades.

« L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

« Art. L. 710-5. - Les établissements de santé, publics ou privés, ainsi que les autorités chargées de leur contrôle, doivent, dans le respect du secret médical et du régime juridique du traitement des données à caractère personnel, développer des systèmes d'information destinés à l'analyse de l'activité desdits établissements, en vue d'en apprécier l'efficacité et les coûts, selon des méthodes qui tiennent compte, notamment, des pathologies qu'ils traitent, de leur organisation des soins et de leur fonctionnement médical.

« Section 3

**« De l'agence nationale
pour le développement de l'évaluation médicale**

« Art. L. 710-6. - L'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale a pour mission de définir les procédures et les méthodes scientifiques, médicales, administratives et statistiques nécessaires à la réalisation des objectifs définis par la section 2 du présent chapitre.

« Cette agence est dotée d'instances régionales, chargées de favoriser l'application de ces méthodes et de ces procédures aux initiatives d'évaluation et d'analyse d'activités développées par les établissements de santé, publics ou privés, ou par leurs autorités de contrôle. »

M. Dubernard et M. Noir ont présenté un amendement, n° 115, ainsi rédigé :

« Dans le troisième alinéa du paragraphe III de l'article 1^{er}, substituer aux mots : "du malade accueilli", les mots : "de la personne accueillie". »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Monsieur le ministre, le terme « malade » est beaucoup trop restrictif. Il désigne celui qui souffre actuellement d'une maladie. Or, l'activité des établissements de santé déborde largement le champ pourtant important de la médecine curative. Cette activité s'exerce en effet aussi en matière de médecine préventive et même en matière d'éducation sanitaire.

Celui, par exemple, qui, désireux de se prémunir d'une éventuelle maladie qu'il pourrait contracter au cours d'un voyage prochain, veut se faire vacciner, n'est pas pour autant un malade.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement, mais le terme « malade » me semble, pour ma part, un terme consacré.

M. Jean-Michel Dubernard. Soyez novateur, monsieur le rapporteur !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Le terme « malade » est en effet un terme consacré. On parle ainsi du droit des malades.

Par conséquent, le Gouvernement propose à l'Assemblée de ne pas adopter l'amendement n° 115.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 115 est réservé.

M. Dubernard et M. Noir ont présenté un amendement, n° 116, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 710-1 du code de la santé publique par l'alinéa suivant :

« Dans les établissements de santé, un interlocuteur médical privilégié est indiqué à toute personne hospitalisée.

« Ce praticien a la responsabilité de répondre aux demandes d'information médicale de la personne hospitalisée.

« En cas d'empêchement ou d'absence, un autre praticien est désigné. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Le premier alinéa de l'article L. 710-1 du code de la santé publique reconnaît au malade le libre choix de son praticien ou de son établissement de santé.

Pour les établissements de santé, et notamment pour les plus importants d'entre eux, la liberté donnée à l'hospitalisé de choisir son praticien est toute relative, voire inexistante, en raison de la multiplicité des services et des tâches des différents praticiens.

Aussi est-il nécessaire qu'un praticien soit nommément désigné pour assurer le suivi médical d'un patient et, notamment, son information quant au diagnostic et aux thérapeutiques mises en œuvre.

Cette disposition concerne là encore le droit des malades auquel nous sommes très attachés.

M. Jean-Luc Préal. Voilà un très bon amendement !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Rejet ! (Exclamations sur plusieurs bancs des groupes Union pour la démocratie française et du Rassemblement pour la République.)

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 116 est réservé.

M. Dubernard et M. Noir ont présenté un amendement, n° 117, ainsi rédigé :

« Substituer aux deux premiers alinéas du texte proposé pour l'article L. 710-2 du code de la santé publique, les alinéas suivants :

« Chacun a le droit, dans des termes compréhensibles, de disposer d'informations complètes et continues, verbales et écrites sur le diagnostic, le pronostic et la ou les thérapeutiques concernant son état.

« Dans les cas d'urgence comportant un pronostic vital ou grave, ou lorsque l'intéressé est hors d'état de prendre les décisions qui s'imposent, ce droit est exercé par la famille, ou par la ou les personnes nommément désignées au préalable par le malade.

« Dans toute institution de soins, le patient doit pouvoir bénéficier d'un interlocuteur médical privilégié.

« Dans des cas graves et exceptionnels, le médecin correspondant peut réserver tout ou partie des informations médicales, s'il estime que leur révélation comporte un risque certain pour la vie ou la sécurité du malade.

« Toutefois, tout usager dispose d'un droit de mise en demeure au terme duquel il peut accéder à la totalité des informations médicales recueillies sur lui. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Ce n'est pas la peine, s'ils sont systématiquement rejetés, que je présente mes amendements, alors qu'ils sont consensuels, réfléchis, logiques !

L'amendement n° 117 concerne le droit à l'information des patients. C'est une question de principe, une dimension essentielle de la dignité des personnes.

Chacun doit pouvoir, s'il le souhaite, savoir exactement ce qu'il en est de son dossier médical. Que certains malades ne veuillent pas connaître, à toute force, une vérité qu'ils redoutent, est néanmoins certain. Aussi bien convient-il de donner au malade la possibilité de s'informer, s'il le désire, de façon manifeste et indiscutable.

Je rappelle, à cet égard, que les codes de déontologie sont juridiquement des textes réglementaires, susceptibles de progrès - ils l'ont déjà montré dans le passé - et qu'ils ne s'imposent pas à la loi.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission. Je précise toutefois qu'un texte sur les droits des malades est en préparation, texte qui requiert certaines concertations ainsi que les avis des instances autorisées pour veiller au respect de la déontologie et de l'éthique médicale. Pour cette raison, je suis personnellement contre cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Même avis que la commission !

M. Jean-Yves Chamard. Je demande la parole, monsieur le président.

M. le président. Contre l'amendement, monsieur Chamard ?

M. Jean-Yves Chamard. Contre l'avis du Gouvernement.

M. le président. Non, ce n'est pas possible.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le président, Mme le Premier ministre nous a rappelé ici que le Parlement, c'était fait pour parler. Si vous le voulez bien, je parlerai donc un tout petit peu, sans abuser.

M. le président. Monsieur Chamard, selon une bonne habitude qui régit nos relations, je suis amené à vous rappeler que c'est moi qui préside cette assemblée.

Vous avez la parole.

M. Jean-Yves Chamard. Je vous remercie, monsieur le président, et je serai bref.

Monsieur le ministre, le projet de loi tel qu'il est rédigé, n'offre aucune possibilité à un médecin de refuser, alors même qu'il a l'intime conviction qu'il doit le faire, une information grave à l'un de ses patients. La proposition de M. Jean-Michel Dubernard apporte la nuance qui le permet. Je regrette donc le tour que prend le débat où depuis le début vous refusez tout systématiquement, sans discussion et après avoir réservé la totalité des votes.

Vous nous avez dit, voilà une demi-heure, que vous souhaitiez avoir un vrai débat.

M. Jean-Luc Préal. Un débat fructueux !

M. Jean-Yves Chamard. Or, depuis cinq minutes, vous vous contentez de tout repousser d'un revers de main, de tout réserver. Peut-on espérer, oui ou non, avoir un débat ? La question posée par mon collègue M. Dubernard est une vraie question qui mérite autre chose comme réponse qu'un simple « on s'en occupera un jour » ou qu'un « même avis que le rapporteur » !

M. Bernard Debré. Les vraies questions, c'est pour plus tard !

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Chamard, monsieur Dubernard, ainsi que vient de le rappeler le rapporteur, le Gouvernement prépare en effet un texte de loi relatif au droit des malades.

M. Jean-Michel Dubernard. Vous l'avez déjà dit quinze fois !

M. le ministre délégué à la santé. Et je le dirai une seizième à l'occasion de votre prochain amendement ! Il n'est pas question, dans mon esprit, de traiter de ce sujet par des amendements ainsi improvisés. Il y a des consultations à organiser, des avis à prendre. Un débat approfondi aura lieu. Par conséquent, après les intéressantes précisions qu'a apportées le Sénat et qui me paraissent suffisantes, je ne suis pas disposé, d'une part, à transformer cette loi hospitalière en loi sur le droit des malades...

M. Bernard Debré. Enfin ! Dont acte !

M. le ministre délégué à la santé. ... et, d'autre part, à engager maintenant un débat que l'Assemblée aura le moment venu.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 117 est réservé.

MM. Dubernard et Noir ont présenté un amendement, n° 118, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 710-2 du code de la santé publique :

« Le médecin traitant, qui a délivré le certificat d'hospitalisation, a accès, avec l'accord du malade et sur sa demande, à ces informations ».

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Force est de constater quand même que le malade reste exclu de l'hôpital, ce qui est un comble !

L'amendement n° 118 subira sans doute le même sort que mes amendements précédents. Il concerne l'information du médecin traitant.

L'hospitalisation dans un établissement public de santé est prononcée par le directeur de l'établissement sur avis d'un médecin de l'établissement ou de l'interne.

Elle est décidée, hors les cas d'urgence, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation.

Le médecin traitant qui a produit un certificat d'hospitalisation doit pouvoir accéder au dossier médical hospitalier de son malade. Il va de soi que ce droit d'accès ne peut s'opérer qu'avec l'accord du malade et ne peut intervenir contre la volonté de ce dernier.

Finalement, c'est un amendement de forme et je n'imagine pas que vous puissiez le refuser. Il ne relève pas de l'improvisation et il est simple.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission n'a pas examiné l'amendement.

A titre personnel, je n'y suis pas hostile, mais je pense que son adoption entraînerait certaines difficultés car l'accord du malade ne pourra pas toujours être recueilli. Cela dit, je répète que nous aurons l'occasion de discuter de tous ces problèmes dans un autre contexte.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Je ferai la même remarque que précédemment. J'ajoute qu'en l'occurrence M. Dubernard devrait retirer son amendement, car la rédaction actuelle du texte dit la même chose de manière plus simple, plus sobre et non moins efficace pour l'intérêt des malades : « Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. ».

M. Jean-Michel Dubernard. Oui, mais « le médecin traitant », c'est plus précis.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 118 est réservé.

MM. Dubernard et Noir ont présenté un amendement, n° 119, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 710-2 du code de la santé publique, après les mots : "de compétence et", insérer le mot : "dans". »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. J'espère que la commission et le Gouvernement me feront le plaisir d'accepter un amendement de forme qui se justifie par son texte même et qui situe la discussion à un niveau qui devrait être apprécié !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Le niveau n'est pas exceptionnellement bas, monsieur Dubernard. Il ne faut pas avoir de complexe ! A titre personnel j'accepte cet amendement que la commission n'a pas examiné.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Entièrement d'accord ! (Rires et applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 119 est réservé.

MM. Dubernard et Noir ont présenté un amendement, n° 120, ainsi rédigé :

« Après l'article L. 710-3 du code de la santé publique, insérer un article L. 710-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 710-3-1. - Toute victime d'un dommage hors de proportion manifeste avec les risques normalement encourus par un traitement médical diagnostique ou thérapeutique mis en œuvre dans un établissement de santé a droit à une juste réparation dans le délai maximum de douze mois suivant la découverte du dommage.

« Il en est de même lorsque la cause première du dommage résulte de l'application d'une disposition prise dans l'intérêt de la santé publique. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. L'actualité justifie, malheureusement, de façon exemplaire le bien-fondé de cet amendement.

Comment se taire en effet alors que, par centaines, des malades hémophiles ont été contaminés lors de transfusions sanguines ? Sans rechercher la responsabilité, réelle ou supposée, des uns et des autres, mais en se plaçant du seul point de vue de ces malades - certains sont condamnés, en l'état actuel de la science -, ne devrait-on pas leur reconnaître tout de suite le droit à juste indemnisation dans des délais rapides ? On le sait, le jeu habituel de procédures existantes est beaucoup trop long, et nombre d'entre eux risquent de ne jamais connaître de leur vivant cette réparation insuffisante, certes - car quelle somme d'argent peut remplacer la perte de la vie ? -, mais moralement et humainement nécessaire.

Monsieur le ministre, vous avez déclaré dans un colloque important et récent au Sénat sur « Les droits des malades et les services de santé en Europe » que vous réfléchissiez à cette mesure de justice élémentaire. Tout en accordant à la mise en place des mécanismes nécessaires le délai indispensable, je crois qu'il est utile et urgent d'affirmer un droit : celui à une juste indemnisation dans des délais inférieurs à

un an à partir du constat du dommage non seulement aux hémophiles contaminés, mais encore à toutes les victimes d'un accident diagnostique ou thérapeutique manifestement hors de proportion avec le risque normalement encouru.

J'ai pris, aujourd'hui, l'exemple du sida ; lors du débat en première lecture, j'avais évoqué un cas, à Lyon, que vous avez bien connu et qui nous avait beaucoup ému, comme il avait ému tous ceux qui ont eu à en connaître. Là encore, il marque quelque chose de fort à votre loi.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement.

Monsieur Dubernard, je partage toutes vos préoccupations, mais nous ne sommes pas là pour faire un numéro, comprenez-le ! (*Protestations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, de l'Union du centre et Union pour la démocratie française.*) Des propositions de loi en ce sens ont été déposées, des projets de loi sont en cours d'élaboration. Ce que vous dites est vrai, c'est un sujet sensible en ce moment, mais le fait de rejeter votre amendement ne signifie pas que l'on refuse le fond de votre argumentation !

M. Jean-Michel Dubernard. On ne saurait mieux dire que le malade n'est pas au centre du projet !

M. Alain Calmat, rapporteur. Je me suis déjà expliqué tout à l'heure et pour les mêmes raisons, à titre personnel, je ne suis pas favorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le président, je remercie M. Dubernard d'avoir cité des propos que j'ai tenus au cours d'un colloque récent qui a eu lieu au Sénat. Je parlais non pas en mon nom personnel, mais au nom du Gouvernement, et ces propos illustrent la volonté de ce dernier de traiter de ces questions relatives aux droits du malade et, en particulier, de l'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques. Je lui redis, comme vient de le faire d'ailleurs M. Calmat, que, sur le fond, il évoque, en effet, des sujets importants, mais je lui rappelle qu'il n'est pas possible de traiter ce type de sujet par le biais d'amendements dans un texte de loi portant réforme hospitalière. Le Gouvernement présentera un texte sur les droits des malades après avoir pris tous les avis et consulté toutes les personnalités et les institutions qu'il convient de consulter.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 120 est réservé.

M. Dubernard et M. Noir ont présenté un amendement, n° 121, ainsi rédigé :

« Après l'article L. 710-3 du code de la santé publique, insérer un article L. 710-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 710-3-2. - Dans le délai d'un an, il sera procédé par voie réglementaire à la définition des droits et des devoirs des personnes accueillies dans un établissement de soins pour autant que ces droits et ces devoirs n'auront pas été fixés par la présente loi.

« Leur exposé fera l'objet d'une charte des droits des personnes dans les établissements de santé remise obligatoirement à l'accueil de ces établissements. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Pour importante qu'elle soit, la section 1 du projet de loi actuel, intitulée « Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé », est loin de dresser une liste exhaustive et complète des droits en question.

Aussi, les textes en vigueur, et notamment le décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, doivent être rapidement revus.

La charte du malade hospitalisé, si désuète qu'elle n'est plus que très rarement remise aux malades, ne constitue qu'une annexe d'une circulaire de 1974. Son contenu a besoin d'être profondément remanié et modernisé en fonction des progrès des sciences et des techniques ainsi que de la réflexion conduite partout dans le monde sur le sujet. Je répète que, dans mon esprit et dans celui de beaucoup de personnes cela doit faire partie d'une loi hospitalière.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. L'amendement n'a pas été examiné par la commission. Le droit des personnes accueillies dans un établissement de santé, pour être opposable aux établissements privés, doit figurer dans une loi. C'est pourquoi, à titre personnel, je préconise le rejet de cette proposition.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Rejet, monsieur le président, pour les raisons que j'ai indiquées précédemment.

M. Jean-Michel Dubernard. Je note qu'un seul de ces brillants amendements a été accepté !

M. Jean-Luc Prél. C'était un amendement rédactionnel !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 121 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 1, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 710-4 du code de la santé publique :

« Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade. »

Sur cet amendement, le Gouvernement a présenté un sous-amendement, n° 93, ainsi rédigé :

« Compléter l'amendement n° 1 par les mots : "afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 1

M. Alain Calmat, rapporteur. Le texte retenu par le Sénat semble mettre en cause les personnels en faisant porter l'évaluation sur leur pratique professionnelle, les fonctions qu'ils assument ou les services qu'ils rendent. Or l'organisation des soins doit aussi être évaluée. Tel est le sens de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 1 et soutenir le sous-amendement n° 93.

M. le ministre délégué à la santé. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 1 sous réserve, en effet, d'un sous-amendement qui vise à le compléter.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 93 ?

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission n'a pas examiné ce sous-amendement qui reprend une disposition d'un amendement que le Gouvernement a présenté au Sénat et qui précisait l'objet des politiques d'évaluation. A titre personnel, j'y suis favorable.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Cet amendement met en valeur le fait que l'évaluation devient, en vérité, un des éléments fondamentaux de la réforme. De quoi s'agit-il ? D'une évaluation comptable dans l'objectif est la maîtrise des dépenses de santé. Ce que l'on veut d'évaluer, en réalité, c'est non pas la qualité et l'efficacité, mais la rentabilité des pratiques hospitalières.

Si l'objectif était d'analyser les résultats de la thérapeutique, les besoins des malades et les moyens à mettre en œuvre pour pouvoir y répondre de façon optimale, naturellement, cette évaluation-là aurait toute notre faveur. Mais c'est de tout autre chose qu'il s'agit. L'hôpital est maintenant devenu un hôpital-entreprise, il a perdu l'esprit de service public. L'évaluation devient donc un thème moteur qui va concerner tous les niveaux. Le Sénat a même créé une agence nationale de l'évaluation. On voit bien là que tout est verrouillé et que, finalement, tous les services ou établissements qui ne se conformeront pas à une obligation devenue légale ou qui auront de mauvais résultats se feront sanctionner. Nous estimons que c'est un des éléments très dangereux de cette réforme hospitalière.

M. le président. Le vote sur le sous-amendement n° 93 est réservé, de même que le vote sur l'amendement n° 1.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 2, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le texte proposé pour l'article L. 710-5 du code de la santé publique :

« Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.

« Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge, en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ».

Sur cet amendement, M. Prél a présenté un sous-amendement, n° 98, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa de l'amendement n° 2, après le mot : "pathologies", insérer les mots : "de l'organisation des soins, du fonctionnement médical" ».

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 2.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement a un double objet : rappeler, comme le faisait l'article L. 711-1, que les établissements sont tenus de procéder à l'analyse de leur activité et préciser le contenu et les objectifs des systèmes d'information médicalisées.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement ?

M. le ministre délégué à la santé. Avis positif.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour soutenir le sous-amendement n° 98.

M. Jean-Luc Prél. C'est un sous-amendement de précision. Il paraît nécessaire, en effet, d'évaluer l'organisation des soins et le fonctionnement médical pour pouvoir proposer éventuellement des modifications de nature à améliorer, en définitive, les soins donnés aux malades. Cette proposition paraît importante. Elle a été discutée en commission. Le rapporteur s'y est déclaré à peu près favorable en estimant qu'il n'y avait aucune raison pour qu'elle ne soit pas acceptée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 98 ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Effectivement, ce sous-amendement a été évoqué en commission. Mais la référence au mode de prise en charge, contenue dans l'amendement, semble suffisante, d'autant que la référence au fonctionnement médical paraît particulièrement imprécise, et on peut se demander ce que recouvrent exactement ces termes. J'ajoute que le texte de l'amendement, issu de celui qu'avait présenté le Gouvernement au Sénat, a reçu l'avis favorable des spécialistes en la matière.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 98 ?

M. le ministre délégué à la santé. Il n'est pas favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Les amendements n° 1 et 2 sont importants.

Nous traitons de l'évaluation et de la connaissance du système d'information par pathologie. S'agissant d'un domaine qui peut être novateur s'il est bien traité, je voudrais sur ce point une réponse précise du Gouvernement, car depuis 1983, on cause, on cause, mais rien n'a été fait.

Monsieur le ministre, avez-vous réellement la volonté, comme vous l'avez dit ici ou là - mais il importe que vous l'affirmiez dans l'hémicycle -, que les établissements publics ou privés fassent de ce dont il est question ici une vraie priorité ou bien vous contenterez-vous, une fois de plus, et comme beaucoup de vos prédécesseurs, d'en parler sans rien faire ?

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Sur ces questions d'évaluation par pathologie, la droite et le Gouvernement sont bien d'accord. D'ailleurs, dans le projet portant diverses mesures d'ordre social qui a été voté en première lecture et que nous allons avoir à examiner à nouveau bientôt, l'évaluation par pathologie va devenir la règle.

Le Sénat vient de l'introduire pour l'hôpital. Il y a là un grand danger car les malades ne peuvent pas être réduits à des pathologies. Ils sont tous singuliers et c'est, en définitive, une « normalisation » du traitement qui peut conduire aux pires déboires. Si l'on s'en tient au respect d'une certaine moyenne de coût par pathologie, on voit les dérives qui peuvent s'ensuivre : se seront les malades qui seront les principales victimes.

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

M. le ministre délégué à la santé. M. Chamard a évoqué un sujet important et comme il l'a rappelé lui-même, il existe depuis bientôt huit ans des textes qui n'ont été que trop partiellement appliqués. L'intention du Gouvernement est bien d'en accélérer l'application et il a montré, par deux dispositions récentes, qu'il souhaite tendre vers la prise en compte explicite des coûts par pathologie.

La première de ces dispositions figure dans le présent texte. Elle prévoit, à titre expérimental, les analyses de coûts par pathologie.

La seconde concerne les établissements de soins privés, puisque, comme vous le savez, dans l'accord qui a été signé entre l'U.H.P. et le Gouvernement, le système de la tarification à la pathologie est introduit. Que l'Assemblée n'ait pas le moindre doute sur la volonté du Gouvernement d'avancer dans cette voie !

J'ai eu l'occasion de dire au cours de la discussion générale en première lecture que l'une des voies pour dégager des moyens nouveaux pour l'hôpital, pour y trouver, en particulier, les gisements d'économie qui existent, est précisément de se doter des moyens d'évaluation médicale et économiques qui permettraient de mieux connaître son activité.

M. le président. Le vote sur le sous-amendement n° 98 est réservé, de même que le vote sur l'amendement n° 2.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 3, ainsi libellé :

« I. - Rédiger ainsi le texte proposé pour l'article L. 710-6 du code de la santé publique :

« Art. L. 710-6. - Pour favoriser la mise en œuvre des dispositions prévues aux deux articles précédents, l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale contribue à l'élaboration, à la validation et à la mise en œuvre des méthodes et expérimentations nécessaires, ainsi qu'à la diffusion de leurs résultats. Elle contribue également à la formation des professionnels concernés et assure une fonction de conseil auprès des établissements de santé.

« II. - Supprimer l'intitulé de la section 3 :

« De l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. L'amendement vise à redéfinir les fonctions dévolues à l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale et à supprimer les dispositions relatives à la création d'instances régionales.

Un amendement ultérieur proposera de renforcer la coopération entre l'agence et les commissions régionales de l'évaluation médicale des établissements instituée en première lecture par l'Assemblée nationale.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. D'accord !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 3 est réservé.

Le vote sur l'article 1^{er} A est réservé.

Article 1^{er}

M. le président. « Art. 1^{er}. - I. - Supprimé.

« II. - L'intitulé du chapitre I^{er} du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Missions et obligations des établissements de santé. »

« III. - Les sections 1 et 2 de ce chapitre sont ainsi rédigées :

« Section 1

« Dispositions générales

« Art. L. 711-1. - Les établissements de santé, publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

« Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

« Art. L. 711-2. - Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

« 1^o Avec ou sans hébergement :

« a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

« b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

« 2^o Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

« Art. L. 711-3. - Supprimé.

« Section 2

« Dispositions propres au service public hospitalier

« Art. L. 711-4. - Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 711-1 et, de plus, concourt :

« 1^o A l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical, odontologique et pharmaceutique dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;

« 2^o Dans les mêmes conditions, à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

« 3^o Dans les mêmes conditions, à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;

« 4^o A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;

« 5^o A des actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ;

« 6^o Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente.

« Art. L. 711-5. - Supprimé.

« Art. L. 711-6. - Le service public hospitalier est assuré :

« 1^o Par les établissements publics de santé ;

« 2^o Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 et L. 715-10.

« Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.

« Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

« Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

« Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

« Art. L. 711-6-1. - Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2^o de l'article L. 711-6 peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L. 715-11.

« Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation.

« En outre, les établissements visés à l'article L. 711-6 coopèrent avec les établissements de santé privés autres que ceux visés au 2^o dudit article ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé.

« Ils peuvent participer, en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade.

« Art. L. 711-7. - Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.

« Les centres hospitaliers qui, outre les soins courants qu'ils assurent à la population proche, ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux.

« Les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention au titre de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire. Ces centres apportent un concours prédominant à l'accomplissement des missions définies aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 711-4.

« Certains des centres hospitaliers visés aux deuxième et troisième alinéas ont, par leur activité de soins, de formation ou de recherche, une vocation nationale ou internationale.

« Les hôpitaux locaux ne peuvent assurer les soins définis au a du 1^o de l'article L. 711-2 qu'en médecine et à condition de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou établissements de santé privés qui, dispensant ces soins, répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 ou L. 715-10, ou concluent, à cet effet, un accord dans les conditions prévues à l'article L. 715-11.

« Les modalités particulières du fonctionnement médical des hôpitaux locaux sont fixées par voie réglementaire.

« Art. L. 711-8. - Seuls les établissements de santé, publics ou privés, visés à l'article L. 711-6 dont la mission principale est de dispenser les soins définis au a du 1^o de l'article L. 711-2 peuvent comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U., dont les missions sont fixées par voie réglementaire.

« Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels.

« Leur fonctionnement est assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans des conditions fixées par décret.

« Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.

« Art. L. 711-8-1. - Les établissements publics de santé peuvent gérer des structures pour toxicomanes, financées sur le budget de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

« Art. L. 711-8-2. - Les centres hospitaliers régionaux définis à l'article L. 711-7 peuvent comporter une unité chargée de donner avis et conseils spécialisés en matière de diagnostic, pronostic, traitement et éventuellement prévention des intoxications humaines, dénommée centre anti-poisons.

« Les centres anti-poisons participent à l'aide médicale urgente telle qu'elle est définie par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Leurs missions et les moyens y afférents sont fixés par décret. Une liste nationale des centres hospitaliers régionaux comportant un centre anti-poisons est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre, vous avez parlé tout à l'heure de dialogue fructueux. Or vous réservez les votes sur les amendements et sur les articles. Permettez-moi de protester. Sans doute vaudrait-il mieux nous dire d'emblée quels sont les amendements que vous comptez accepter et demander immédiatement à Mme le Premier ministre d'appliquer son 49-3 ! Nous gagnerions un temps précieux...

L'article 1^{er} définit les missions des établissements. Comme l'ensemble du texte, il est flou et n'est guère adapté à l'évolution prévisible. Le Sénat a mis en exergue, avant l'article 1^{er}, le malade. C'est ce que je vous avais demandé en première lecture - mon collègue Dubernard également et il a réitéré cette demande tout à l'heure. En première lecture, vous avez refusé cette proposition, avec une certaine ironie. Puis, au Sénat, vous avez accepté, malgré tout, un amendement en ce sens. C'est une bonne chose.

Si vous aviez accepté tout à l'heure les amendements de M. Dubernard, nous aurions un peu progressé.

Il est bon, en effet, de rappeler que l'hôpital est d'abord au service du malade et doit lui assurer la qualité des soins. Il semblerait logique que les établissements participent aux actions de santé publique, d'éducation et de préventions mais pourquoi voulez-vous qu'ils les coordonnent ? Le rapporteur insiste sur la coordination. Des associations nationales ou départementales existent dont c'est, en principe, le rôle. Voulez-vous que l'hôpital prenne leur place ?

Il serait également logique de reconnaître la spécificité des C.H.U., qui constituent le fleuron du système hospitalier français. Ils ont leur triple vocation de soins, d'enseignement et de recherche. Pourquoi en commission mixte paritaire le rapporteur s'est-il battu pour qu'on ne leur reconnaisse pas leur vocation nationale et internationale ?

Vous ne reconnaissez pas davantage les hôpitaux généraux alors que certains ont une taille et une activité proches de celles de C.H.U. Ils répondent d'ailleurs, dans de bonnes conditions, aux besoins de la population du département.

Ainsi que je l'ai déjà indiqué lors de la première lecture, vous auriez dû poser le principe d'un plateau technique de qualité dans chaque département. En effet la population doit pouvoir bénéficier, à une distance raisonnable, d'un service d'urgence, de salles d'opérations et de soins intensifs. Un tel plateau technique, entouré de lits d'hébergement plus ou moins médicalisés selon l'état des personnes, devrait pouvoir être ouvert par convention à tous les acteurs de la santé qui le souhaiteraient. Telles sont, sans doute, les perspectives d'avenir de l'hôpital. En regard votre texte est bien timoré.

Les missions de service public devraient être autorisées quasi automatiquement aux établissements publics et privés qui ont la volonté et la capacité de les remplir.

La tarification par pathologie, lorsqu'elle sera effective et fondée sur des groupes de malades homogènes, devra prendre en compte les missions de service public-urgence, formation... - pouvant être assurées aussi bien dans le privé que dans le public.

Enfin, je vous rappelle que vous maintenez le long séjour et que vous n'êtes pas revenu sur la coupure entre sanitaire et social.

M. Jean-Michel Dubernard. Cela est très important !

M. Jean-Luc Prével. Les personnes dépendantes ne choisissent pas leur lieu d'hébergement alors que les coûts sont pourtant bien différents.

M. le ministre délégué à la santé. On en a déjà parlé !

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu aux questions. Vous avez prévu cinquante décrets pour appliquer votre loi. Je vous rappelle à nouveau l'effet pervers du décret d'application concernant l'allocation logement pour le long séjour, lequel va à l'encontre du vœu unanime des députés.

Auriez-vous l'amabilité de me répondre sur cette question précise ? Devons-nous nous méfier de votre texte ? Devons-nous nous inquiéter des cinquante décrets à venir ? Correspondront-ils à l'avis, éventuellement unanime, des députés ou iront-ils en sens contraire ?

M. le président. La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Monsieur le ministre, lors de la première lecture de ce projet de loi, notre groupe a avancé maintes propositions sur l'article 1^{er} - hélas, toutes

rejetées ! - visant à réaffirmer non seulement le devoir, mais tout autant l'intérêt économique, qu'il y a à permettre à toute la population d'accéder, au plus près de ses besoins et sur tout le territoire, à la prévention, à l'éducation sanitaire et à des soins de qualité.

Dans le même esprit, nous avons proposé d'assurer un suivi complet des malades permettant, le cas échéant, leur pleine réintégration dans la vie sociale, et de garantir à chacun le droit à vieillir dans la plus grande dignité, sans que cette période d'éventuelle dépendance ne soit source de profits éhontés pour les groupes financiers et les compagnies d'assurance.

Ces responsabilités majeures qui incombent à l'Etat mais aussi aux entreprises, lieux de création des richesses et, par conséquent, sources essentielles du financement de la protection sociale, appellent une revitalisation ambitieuse de tous les services publics de santé, de tous les hôpitaux publics et un accroissement des moyens pour assurer le fonctionnement de tous les établissements de proximité qui constituent le maillage essentiel de la réponse aux besoins de santé.

Ce devoir public impose donc des droits importants soient reconnus à l'hôpital public et à ses personnels pour soigner, prévenir, dépister et former. Pour faire vivre de tels droits, la question du financement de la protection est bien évidemment posée. Si je ne reprends pas nos propositions en ce sens, je reviens sur ce dont a besoin essentiellement l'hôpital public.

Il faut supprimer la taxe que vous lui imposez sur les salaires ; elle grève chaque année son budget de 10 milliards de francs.

Il faut annuler la T.V.A., dont il doit s'acquitter sur ses investissements, car son coût est de 5 milliards.

Il faut-faut réduire considérablement le taux des intérêts d'emprunt qu'il doit contracter, les taux usuraires actuels le privant de 5 milliards de ressources.

Quant à l'Etat, il doit rétablir sa participation de 40 p. 100 aux investissements nécessaires à la modernisation permanente de l'hôpital.

Notre pays peut et doit assurer cette revitalisation indispensable ; des choix nouveaux sont donc à faire.

Quant au personnel, il est indispensable de revaloriser son statut pour le rendre attractif, de reconnaître sa spécificité et sa qualification dans les salaires, de favoriser pleinement son rôle et sa représentation dans toutes les instances.

Voilà la modernité d'aujourd'hui. Voilà ce que le devoir de santé publique impose. Voilà les sources d'émergence d'une politique de progrès en matière de santé.

En ne reconnaissant rien de ces droits spécifiques à l'hôpital public, qui ne devient plus qu'un élément comme un autre dans la comptabilisation de l'offre de soins ; en faisant de l'alternative à l'hospitalisation un rouage dans la réduction des charges publiques et un marché totalement ouvert aux géants de la finance ; en faisant peser des contraintes destructrices sur tous les établissements de proximité, publics mais aussi privés, ce projet de loi, dès l'article 1^{er}, va totalement à l'encontre de ce dont notre peuple et notre pays ont besoin. Nous ne pouvons que nous y opposer.

M. Gilbert Millet. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le ministre, je voudrais profiter de cet article pour vous poser trois questions. J'ai déjà posé l'une d'entre elles au cours de la discussion générale mais vous n'y avez pas répondu.

La première concerne l'objectif à moyen terme d'une tarification par pathologie, dont vous avez souvent parlé, dont nous venons encore de parler et dont nous reparlerons plus tard dans la nuit ou demain matin.

Comment pouvez-vous logiquement concilier, d'une part, l'établissement, en fonction d'évaluations dont nous avons parlé en examinant l'article 1^{er} A, d'une fourchette de coûts pour une pathologie donnée et, d'autre part, la possibilité de faire varier ce coût qui aura été calculé suivant des bases médicales et économiques, selon le principe de l'acte flottant à l'intérieur de l'enveloppe globale que pose le D.M.O.S ?

Je ne vois pas comment on peut à la fois déterminer le coût d'un acte et prévoir qu'il pourra varier en fonction de l'augmentation du nombre d'actes. Autrement dit, je ne sais pas concilier la notion de tarification par pathologie et celle d'enveloppe globale, assortie d'une lettre clé flottante.

Ensuite, monsieur le ministre, avez-vous et pouvez-vous nous donner des objectifs clairs et chiffrés quant à la reconversion de lits actifs en surnombre en lits pour personnes âgées dépendantes ? Combien ? Dans quels délais ? Sur quels critères ? Ces derniers pourraient être économiques, tel établissement n'apparaissant plus viable avec l'application de la tarification par pathologie, reposer sur des évaluations médicales, ou être établis sur des questions de sécurité.

Enfin, comment comptez-vous assurer l'accueil des urgences en milieu à faible densité ? Vous savez que la question se pose forcément dès lors que l'on parle de lits en surnombre. Il faut assurer un maillage du territoire, dans le cadre de l'aménagement du territoire, pour cet accueil des urgences en milieu à faible densité. Cela ne signifie pas qu'il faut ensuite nécessairement pouvoir assurer le traitement en court ou moyen séjour de tous les cas qui peuvent se présenter.

J'aimerais, monsieur le ministre, puisque nous abordons l'organisation générale du système hospitalier, que vous puissiez répondre aussi clairement que possible aux questions que j'ai voulu claires pour ce qui me concerne.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le président, j'indique rapidement à M. Prétel, premièrement que je ne lui réponds jamais avec ironie, deuxièmement que les propos qu'il vient de tenir reprennent ceux que j'ai déjà entendus tant dans la discussion générale en première lecture, que lors de celle qui vient de s'achever.

M. Jean-Luc Prétel. Vous ne répondez jamais !

M. le ministre délégué à la santé. Nous nous sommes longuement exprimés sur l'intérêt de déclarer que des hôpitaux ont une vocation internationale. Je crois vraiment que le texte qui vous est proposé, monsieur le député, est sage.

M. Chamard a posé trois questions très précises. La tarification à la pathologie est un sujet très technique. Je veux bien engager immédiatement la discussion, mais nous aurons sans doute l'occasion de le faire plus en profondeur ultérieurement.

S'agissant des hôpitaux, et non pas des cliniques privées, la tarification à la pathologie a deux buts : éclairer la gestion interne et constituer un outil de gestion externe. Il sera en effet très intéressant de comparer les coûts, pour différentes pathologies, dans plusieurs hôpitaux. On relève ainsi des différences de un à quatre pour des opérations très simples, entre un hôpital à Marseille et un autre à Tourcoing. Il serait intéressant de rechercher en détail les causes de ces écarts.

Le lien entre la tarification par la pathologie et l'objectif de dépenses que vous avez évoqué - car j'ai bien cru comprendre que cette question figurait parmi celles que vous avez posées - ne peut pas être abordé comme vous l'avez fait. Ce n'est pas en termes de transposition de l'idée dite du B flottant à la tarification à la pathologie que se pose la question de la tarification dans les cliniques privées.

M. Jean-Yves Chamard. C'est bien ce que prévoit le D.M.O.S. pour les cliniques privées !

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, vous m'avez interrogé et je vous réponds en vous indiquant que ce n'est pas dans ces termes que la question se pose.

M. Jean-Yves Chamard. Si, dans le D.M.O.S. !

M. le ministre délégué à la santé. Pour ce qui est d'un objectif clair et chiffré des reconversions, je vous rappelle les données du X^e Plan : 60 000 lits sont jugés en excédent. Je précise qu'il s'agit évidemment d'un solde et que s'il existe des excédents dans certains hôpitaux, d'autres manquent de lits et certaines zones géographiques connaissent des insuffisances de capacité hospitalière. Ce fameux chiffre de 60 000 traduit donc, avant tout, une mauvaise adéquation du tissu hospitalier aux besoins sanitaires de la population.

Quant aux objectifs, le Gouvernement veut d'abord que l'on se rapproche aussi vite que possible de ce qui est conforme aux besoins sanitaires. Je ne peux pas être plus précis, monsieur le député, car vous savez que, dans ces domaines, on rencontre beaucoup de difficultés, beaucoup de résistances.

Si j'ai le concours des élus, notamment pour mener à terme certaines reconversions, on pourra aller plus vite. Je ne peux pas vous donner un objectif chiffré, mais je puis vous indiquer très clairement la direction suivie.

Pour les critères, nous retiendrons d'abord celui de la sécurité des malades, puis des critères liés à la qualité des soins, des critères médicaux. Le critère économique ne sera pas retenu en tant que tel, mais il est certain que la reconversion d'un hôpital, par exemple en maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes - il pourra l'être en d'autres structures de caractère social - allège les coûts fixes de l'ensemble du système hospitalier.

Pour ce qui est enfin de votre question relative aux urgences dans les zones à faible densité de population, ma réponse tient en deux possibilités : les centres I⁵ et les S.M.U.R. Les urgences sont assurées par ce réseau et il faut améliorer encore les moyens de communication, la coordination, voire la coopération entre les différents intervenants en la matière. C'est ainsi que l'on pourra assurer un bon service des urgences dans toutes les zones géographiques, y compris dans celles à faible densité.

En revanche, on ne répondra pas, si tel était le sens de votre question, à l'objectif d'assurer sur l'ensemble du territoire de bons services d'urgence en installant des hôpitaux qui ne fonctionneraient que pour les urgences.

M. le président. M. Prétel a présenté un amendement, n° 99, ainsi rédigé :

« Compléter le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-1 du code de la santé publique par les mots : "et les soins d'urgence". »

La parole est à M. Jean-Luc Prétel.

M. Jean-Luc Prétel. Je constate avec regret, monsieur le ministre, que vous n'avez toujours pas répondu à la question importante sur la coupure entre le sanitaire et le social. Vous n'avez pas répondu non plus sur l'allocation logement touchant les personnes âgées en long séjour, c'est-à-dire sur ce fameux décret allant à l'encontre de la volonté des députés. Combien de fois faudra-t-il poser la question pour espérer avoir une réponse ? Rassurez-vous, je suis prêt à continuer.

Pour mieux adapter le nombre de lits aux besoins, question qu'a évoquée M. Chamard, il serait bon d'assurer une véritable régionalisation et une véritable autonomie des conseils d'administration. Si ces derniers étaient vraiment responsables de l'investissement et du fonctionnement dans l'hôpital, ils n'insisteraient pas pour garder des lits inutiles.

L'amendement que je propose tend à ajouter les soins d'urgence car ils méritent d'être mentionnés dans les missions des établissements. Il serait fâcheux de ne pas le faire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné en commission, mais, à titre personnel, j'y suis défavorable, car il introduit une ambiguïté. En effet, l'aide médicale urgente figure parmi les missions spécifiques du service public hospitalier et son organisation est déterminée par l'article L. 711-8.

M. Jean-Luc Prétel. Pourquoi ne pas mentionner les soins d'urgence dans l'article 1^{er} ?

M. Alain Calmat, rapporteur. On voit très bien ce que cela veut dire !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Prétel, pour ce qui est de la coupure entre le sanitaire et le social, je vous invite à vous reporter au *Journal officiel* des débats.

M. Jean-Luc Prétel. Et voilà ! Quel dialogue fructueux ! Merci, monsieur le ministre !

M. Jean-Yves Chamard. C'est un dialogue « fracassant » !

M. le ministre délégué à la santé. Il a rendu compte de notre discussion sur ce sujet en première lecture. Si vous le voulez, je pourrai vous faire communiquer le numéro et la page.

M. Jean-Luc Prétel. Volontiers !

M. le ministre délégué à la santé. Quant à votre amendement, il ne recueille pas l'accord du Gouvernement.

M. Jean-Luc Prél. Il n'y a donc pas de soins d'urgence ! Ils ne font pas partie des missions de l'hôpital !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 99 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 4, ainsi rédigé :

« Compléter le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-1 du code de la santé publique, par les mots : ", en tenant compte des aspects psychologiques du patient". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement tend à rétablir une disposition supprimée par le Sénat.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 4 est réservé.

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 81, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa (1^o) du texte proposé pour l'article L. 711-4 du code de la santé publique, après les mots : "l'enseignement universitaire et post-universitaire", insérer les mots : "et à la recherche de type". »

La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué à la santé. C'est un amendement de précision.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission. J'y suis favorable à titre personnel.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 81 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 5, ainsi rédigé :

« Au début des troisième (2^o) et quatrième (3^o) alinéas du texte proposé pour l'article L. 711-4 du code de la santé publique, supprimer les mots : "dans les mêmes conditions." »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement vise à permettre aux centres hospitaliers non universitaires de participer à la formation continue des praticiens et à la recherche, comme certains le font déjà.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Je veux évoquer le rôle des centres hospitaliers, notamment universitaires, au regard de la formation continue.

Une inquiétude existe, liée à une éventuelle réduction du *numerus clausus*, ce qui n'est pas forcément impensable. Il faudra d'ailleurs que nous ayons un grand débat sur la démographie médicale, notamment dans le cadre de la discussion sur les dépenses de santé.

Il serait important de bien souligner que les C.H.U. ont un rôle à jouer en matière de formation continue. Même si l'on était amené à diminuer le nombre des étudiants, l'accroissement des besoins de formation continue justifie pleinement le maintien de la totalité des C.H.U. de ce pays. Le problème est assez sensible pour que l'on puisse, pour que vous puissiez vous-même, monsieur le ministre, l'affirmer et - pour quoi pas ? - dès maintenant. Cela faciliterait certaines évolutions.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 5 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 6, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi l'avant-dernier alinéa (5^o) du texte proposé pour l'article L. 711-4 du code de la santé publique :

« "5^o Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement vise à définir la mission de coordination des actions de prévention, qui est confiée au service public hospitalier.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Monsieur le ministre, je regrette qu'on ne puisse pas dialoguer avec chaleur et sympathie, comme vous l'avez proposé. Renvoyer au *Journal officiel* est franchement déplaisant !

Je ne mets pas en cause, comme je l'ai dit dans mon intervention précédente, les actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé de l'hôpital, mais est-ce à l'hôpital de coordonner ces actions ? N'est-ce pas alors faire de l'hospitalo-centrisme ? Ne serait-il pas souhaitable de laisser ce soin aux associations existantes dans les départements - je rappelle qu'il existe une association nationale - qui sont précisément chargées de la coordination et de la prévention ?

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 6 est réservé.

M. Dubernard et M. Noir ont présenté un amendement, n° 123, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 711-6 du code de la santé publique par les alinéas suivants :

« Les pouvoirs publics veillent à ce que l'urgence reçoive quel que soit l'endroit où elle se manifeste sur le territoire, une réponse adéquate et assurant une égalité effective pour tous.

« Les demandes de caractère social ou relevant de soins médicaux non urgents sont traitées dans des structures adaptées pour ce faire. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Je ne veux pas revenir sur l'argumentation qu'a très bien développée mon collègue Jean-Yves Chamard, mais je crois que le recours aux transports sanitaires sur des distances de plusieurs dizaines de kilomètres n'est pas - loin s'en faut - une réponse satisfaisante. Cette mesure contribuera à la désertification relative du territoire national et les seuls motifs économiques liés au coût du fonctionnement des services d'urgence sont loin d'être convaincants.

Selon le même raisonnement, devraient être supprimés nombre de services publics, de transports, d'écoles, de désertes, etc.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement.

L'Assemblée nationale avait, en première lecture, rejeté un amendement analogue.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Je comprends bien l'esprit de l'amendement de M. Dubernard. Je crois m'être expliqué sur ce point.

Incontestablement, il faut réfléchir à l'organisation des urgences et à la nécessité de les restructurer. Je signale que c'est d'ailleurs un des éléments du protocole d'accord qui a permis de mettre fin à la grève des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs et qui prévoit la mise en place d'une commission sur la restructuration des urgences, commission à laquelle ils seront associés.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 123 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 7, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-7 du code de la santé publique :

« Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement, plutôt rédactionnel, tend à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je ne vois vraiment pas l'intérêt de cet amendement. Selon le Sénat, « les centres hospitaliers qui, outre les soins courants qu'ils assurent à la population proche, ont une vocation ». Cette définition est très claire. Quelle arrière-pensée peut-il y avoir dans ce retour au texte de l'Assemblée ? De temps en temps, le Sénat peut avoir raison, d'autant que les sénateurs sont des sages.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 7 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 8, ainsi libellé :

« Après les mots : " sont dénommés ", rédiger ainsi la fin de la première phrase du troisième alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-7 du code de la santé publique : " centres hospitaliers universitaires ". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement vise à préciser la définition des C.H.U. Il reprend en fait l'appellation figurant dans le décret du 5 août 1970.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le ministre, je suis obstiné. Je vous ai posé deux questions sur les C.H.U. Accepteriez-vous d'y répondre ?

Le *numerus clausus* à 4 000 doit-il être maintenu *ad vitam aeternam* ou imaginez-vous qu'on puisse le réviser à la baisse dans un premier temps ?

Dans cette hypothèse, pensez-vous que la montée en puissance de la formation continue, y compris par l'intermédiaire des C.H.U., justifie le maintien de tous les C.H.U. existants ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Vous posez tellement de questions, monsieur Chamard, qu'on peut en oublier. Mais comme elles sont toutes pertinentes, on a envie d'y répondre.

J'estime en effet qu'il ne faut pas écarter, des mesures que nous aurons à prendre en matière de démographie médicale, une décision relative au *numerus clausus*. Elle sera prise en toute hypothèse après discussion, concertation, notamment avec les doyens.

M. Jean-Yves Chamard. C'est en effet indispensable !

M. le ministre délégué à la santé. La formation continue dans les hôpitaux - c'était d'ailleurs le sens de l'amendement auquel j'ai donné mon accord - justifie de maintenir l'ensemble des C.H.U. Mais il y a d'autres raisons qui nous conduisent à ne pas envisager de supprimer des C.H.U. à terme prévisible.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 8 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement n° 9, ainsi rédigé :

« Supprimer la dernière phrase du troisième alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-7 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement tend à supprimer une disposition introduite par le Sénat.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 9 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 10, ainsi rédigé :

« Supprimer le quatrième alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-7 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement vise à éviter la création de nouvelles catégories d'établissements parmi les centres hospitaliers.

Il nous semble que la vocation nationale ou internationale est le fait d'équipes, plutôt que d'établissements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord !

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il est bien exact, dans la réalité, que certains C.H.U. ont une vocation nationale et internationale. Cette mention a été proposée par le Sénat. Pourquoi voulez-vous la supprimer ?

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 10 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 11, ainsi rédigé :

« A la fin de l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-7 du code de la santé publique, substituer aux mots : " concluent, à cet effet, ", les mots : " ont conclu ". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Nous proposons au sujet des conditions de fonctionnement des hôpitaux locaux une rédaction plus conforme à l'esprit du texte que l'Assemblée avait accepté en première lecture.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 11 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 12, ainsi rédigé :

« A la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-8 du code de la santé publique, après les mots : " les missions ", insérer les mots : " et l'organisation ". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement tend à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, pour le contenu du décret concernant les S.A.M.U.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord !

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Que les missions soient définies, certes, mais pourquoi vouloir réglementer l'organisation, monsieur le ministre ? Il faut laisser de la souplesse.

Malgré la rapidité du débat conduit par le président et la réserve des votes, pourriez-vous répondre à cette question ?

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 12 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 13, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du troisième alinéa du texte proposé pour l'article L. 711-8 du code de la santé publique, substituer au mot : "est", les mots : "peut être". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement tend à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture au sujet de l'association des praticiens non hospitaliers au fonctionnement des S.A.M.U.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 13 est réservé.

Le vote sur l'article 1^{er} est également réservé.

Article 2

M. le président. Art. 2 - 1. - *Non modifié.*

« II. - La section 3 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V du code de la santé publique est intitulée : « De la participation du service public hospitalier à l'enseignement médical, odontologique et pharmaceutique. »

« Cette section comprend les articles L. 711-11 à L. 711-14, tels qu'ils résultent de l'article 14 de la présente loi, et l'article L. 711-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 711-15. - Il est créé un haut comité hospitalo-universitaire. Ce haut comité est consulté ou émet des recommandations sur toute question intéressant les missions hospitalo-universitaires et les conditions de leur accomplissement. Sa composition, ses règles de fonctionnement et les questions sur lesquelles il est consulté sont fixées par décret. »

M. Alain Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 14, ainsi rédigé :

« Supprimer la deuxième phrase du texte proposé pour l'article L. 711-15 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer une disposition introduite par le Sénat, relative à l'autosaisine du haut comité hospitalo-universitaire sur toute question intéressant les missions hospitalo-universitaires et les conditions de leur accomplissement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord !

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Je regrette - je l'ai déjà dit en commission et je le répète ici - , mais il n'est pas certain que ce haut comité soit consulté et émette des recommandations sur toute question intéressant les missions hospitalo-universitaires.

En commission, on m'a répondu qu'on ne pouvait pas enfermer le haut comité, l'obligeant à examiner un déluge de dossiers.

Monsieur le ministre, j'aimerais que vous puissiez reconsidérer la bonne mesure proposée par le Sénat. Si, par hasard, le haut comité devait crouler sous le nombre d'examenés, on pourrait toujours revoir la disposition dans un D.M.O.S. ; ce type de texte est aussi fait pour cela ! Je préférerais qu'on fasse l'essai, quitte à revenir en arrière par la suite !

C'est pourquoi, monsieur le ministre, je souhaite que vous acceptiez dans le 49-3 que vous nous proposerez demain matin, de conserver la rédaction du Sénat.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Chamard, si le texte initial du Gouvernement comprenait la création d'un haut comité hospitalo-universitaire, ce n'était pas pour le laisser aussitôt dans un placard.

Le projet de loi lui donne des compétences. Il est saisi. On le consulte. Je propose que l'on fasse l'expérience. Nous craignons que l'autosaisine du haut comité hospitalo-universitaire ne l'engorge au point qu'il ne parvienne plus à donner les

avis que l'on attend de lui. Faisons l'expérience dans, le sens prévu par le texte de loi et s'il paraît vraiment indispensable de lui donner un pouvoir d'autosaisine, nous apprécierons le moment venu.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 14 est réservé.

Le vote sur l'article 2 est également réservé.

Article 3

M. le président. « Art. 3. - Le chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« L'organisation et l'équipement sanitaires

« Section I

« Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire

« Art. L. 712-1. - La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

« A cette fin, ils sont arrêtés, dans les conditions fixées à l'article L. 712-5, sur la base d'une appréciation des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une prise en compte, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

« Cette prise en compte tient compte des rapports d'activité et des projets d'établissement approuvés.

« La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire peuvent être révisés à tout moment. Ils le sont obligatoirement au moins tous les cinq ans.

« Tous les trois ans, le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport sur l'état de l'organisation et de l'équipement sanitaires.

« Art. L. 712-2. - La carte sanitaire détermine :

« 1° Les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques mentionnés par l'article L. 326 ;

« 2° La nature et l'importance :

« a) Des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;

« b) Des activités de soins d'un coût élevés se situant dans un domaine de pointe, ou de haute technicité, ou soulevant des problèmes éthiques.

« La nature et l'importance des installations et activités de soins mentionnées au 2° sont déterminées pour chaque zone sanitaire. Les zones sanitaires constituées, selon le cas, par un ou plusieurs secteurs sanitaires ou psychiatriques, par une région, par un groupe de régions ou par l'ensemble du territoire sont définies par voie réglementaire.

« La liste des activités de soins mentionnées au b) du 2° ainsi que les conditions d'implantation et les modalités de fonctionnement des installations où elles s'exercent sont précisées par voie réglementaire.

« La liste des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées au a) du 2° est fixée par voie réglementaire.

« Art. L. 712-3. - *Non modifié.*

« Art. L. 712-3-1. - Pour chaque schéma d'organisation sanitaire, une annexe au schéma élaborée selon la même procédure indique, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existant au moment où il entre en vigueur et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation.

» L'annexe est un document à caractère indicatif.

« Art. L. 712-4. - Des contrats pluriannuels conclus entre les établissements de santé, publics ou privés, les organismes d'assurance maladie, le représentant de l'Etat et, le cas échéant des collectivités locales permettent la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.

« Ces contrats fixent les obligations des établissements et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis.

« Des contrats passés dans les mêmes conditions peuvent avoir pour objet la réalisation d'objectifs particuliers aux établissements, compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

« Les installations et activités de soins visées à l'article L. 712-8 qui font l'objet d'un contrat en application du présent article ne sont pas soumises au régime d'autorisation défini par la section 2 du présent chapitre. Elles font toutefois l'objet d'une déclaration préalable à leur réalisation, adressée au représentant de l'Etat.

« Art. L. 712-5. - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale institué par l'article L. 712-6, la carte sanitaire ainsi que le schéma d'organisation sanitaire lorsque cette carte ou ce schéma est national ou interrégional. Dans ce dernier cas, ils recueillent également l'avis des comités régionaux concernés.

« Après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, du conseil régional et du comité économique et social de la région concernée, le représentant de l'Etat arrête la carte sanitaire lorsque la zone sanitaire retenue pour son élaboration est un secteur, un groupe de secteurs ou une région, ainsi que le schéma régional d'organisation sanitaire.

« Le schéma régional de psychiatrie est arrêté compte tenu des schémas élaborés au niveau départemental après avis des conseils départementaux de santé mentale mentionnés à l'article L. 326.

« La carte ou le schéma arrêté dans les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de cet article est susceptible d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, qui se prononce après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

« Art. L. 712-6. - Le comité national et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale comprennent :

« 1^o Un député, désigné par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ;

« 2^o Un sénateur, désigné par la commission des affaires sociales du Sénat ;

« 3^o Des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale ;

« 4^o Des représentants des institutions et des établissements de santé, des établissements sociaux, publics ou privés, notamment des établissements spécialisés ;

« 5^o Des représentants des personnels de ces institutions et établissements ;

« 6^o Des représentants des usagers de ces institutions et établissements ;

« 7^o Des représentants des professions de santé ;

« 8^o Des personnalités qualifiées ;

« Ils comportent des sections.

« Le comité national est présidé par un conseiller d'Etat ou par un conseiller maître à la Cour des comptes. Un collège national d'experts, dont la composition est fixée par décret, est constitué auprès du comité national.

« Les comités régionaux sont présidés par un magistrat du corps des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs ou du corps des conseillers des chambres régionales des comptes.

« La composition et les modalités de fonctionnement des comités et celles des formations qu'ils comportent sont fixées par voie réglementaire.

« Un rapport élaboré chaque année par les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie sur le montant total des dépenses des régimes d'assurance maladie dans la région pour l'année écoulée, sur les évolutions constatées et sur les évolutions prévisibles pour l'année suivante est présenté au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.

« Art. L. 712-6-1. - *Supprimé.*

« Art. L. 712-7. - Les établissements de santé, publics ou privés, transmettent à l'autorité administrative et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leurs activités qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire.

« L'autorité administrative et les organismes d'assurance maladie mettent en œuvre un système commun d'informations, respectant l'anonymat, dont les conditions d'élaboration et d'accès par les tiers et notamment par les établisse-

ments de santé, publics ou privés, sont définies par voie réglementaire dans le respect des dispositions du présent titre.

« Section 2

« Autorisations

« Art. L. 712-8. - Sont soumis à l'autorisation du ministre chargé de la santé ou du représentant de l'Etat les projets relatifs à :

« 1^o la création, l'extension, la conversion totale ou partielle de tout établissement de santé, public ou privé, ainsi que le regroupement de tels établissements ;

« 2^o la création, l'extension, la transformation des installations mentionnées à l'article L. 712-2, y compris les équipements matériels lourds définis à l'article L. 712-19 et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;

« 3^o la mise en œuvre ou l'extension des activités de soins mentionnées au 2^o de l'article L. 712-2.

« Art. L. 712-9. - *Non modifié.*

« Art. L. 712-10. - Par dérogation aux dispositions des 1^o et 2^o de l'article L. 712-9, les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation situées dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause sont autorisés lorsqu'ils sont assortis d'une réduction des moyens d'hospitalisation relevant de cette ou de ces disciplines au sein de la zone considérée. Les modalités de cette réduction sont définies par décret en tenant compte des excédents existant dans la zone considérée et dans la limite d'un plafond.

« Art. L. 712-11. - Par dérogation aux dispositions des 1^o et 2^o de l'article L. 712-9, lorsque des établissements de santé, publics ou privés, situés dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause demandent l'autorisation de se regrouper ou de se reconvertir au sein de cette zone, l'autorisation est accordée à condition d'être assortie d'une réduction de capacité des établissements regroupés ; les modalités de cette réduction sont définies par décret en tenant compte des excédents existant dans la zone considérée et dans la limite d'un plafond. En cas d'établissements multidisciplinaires, le regroupement par discipline entre plusieurs établissements est autorisé dans les mêmes conditions.

« Ces dispositions ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements.

« Art. L. 712-12. - *Non modifié.*

« Art. L. 712-12-1. - *Supprimé.*

« Art. L. 712-13. - L'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique.

« Pour les établissements de santé privés, l'autorisation peut être subordonnée à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles L. 715-10 et L. 715-11.

« Art. L. 712-14. - Pour les activités de soins, les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, les installations et les équipements définis par voie réglementaire, l'autorisation instituée par l'article L. 712-8 est donnée pour une durée déterminée. La durée de validité de l'autorisation, qui ne peut être inférieure à cinq ans, est fixée par voie réglementaire pour chaque catégorie d'activités de soins, de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, d'installations ou d'équipements, en fonction, notamment, des techniques mises en œuvre.

« La durée de l'autorisation ne peut être inférieure à la durée d'amortissement des investissements nécessaires. Elle prend en compte l'importance des moyens en personnel mis en œuvre, notamment en ce qui concerne les activités de soins.

« Le renouvellement de cette autorisation peut être subordonné à des conditions d'évaluation des activités de soins, structures de soins alternatives à l'hospitalisation, installations et équipements concernés.

« Art. L. 712-15. - *Supprimé.*

« Art. L. 712-16. - L'autorisation est donnée ou renouvelée par le représentant de l'Etat après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale qui entend le demandeur, à la requête de ce dernier. Un recours hiérarchique contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

« Un décret fixe la liste des établissements, équipements, activités de soins ou structures de soins alternatives à l'hospitalisation pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée ou renouvelée que par le ministre chargé de la santé après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

« Dans chaque cas, la décision du ministre ou du représentant de l'Etat est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de réception de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise. La demande de renouvellement est déposée au moins un an avant son échéance.

« La décision attribuant ou refusant une autorisation ou son renouvellement doit être motivée.

« Art. L. 712-17. - Toute autorisation est réputée caduque si l'opération autorisée n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. Cette caducité est constatée par le représentant de l'Etat, le cas échéant à la demande de toute personne intéressée.

« Tout refus d'autorisation motivé par l'existence d'un programme remplissant les conditions prévues à l'article L. 712-9 est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. L'autorisation est alors accordée de plein droit à l'auteur de la demande s'il la confirme et si cette demande remplit, à la date de confirmation, les conditions prévues par l'article L. 712-9 précité.

« Art. L. 712-18. - En cas d'urgence tenant à la sécurité des malades, le représentant de l'Etat peut prononcer la suspension totale ou partielle de l'autorisation de fonctionner. Dans le délai de quinze jours suivant cette décision, il doit saisir le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale qui, dans les quarante-cinq jours de la saisine, émet un avis sur la mesure de suspension au vu des observations formulées par l'établissement ou le service concerné ; le représentant de l'Etat peut alors prendre les mesures prévues à l'article L. 712-20 ou à l'article L. 715-2.

« Art. L. 712-18-1. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation visées au présent chapitre sont celles qui sont créées par les établissements de santé, publics ou privés, disposant de structures d'hébergement. »

La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article.

M. Jean-Luc Prével. Je m'exprime, malheureusement le ministre répond rarement et avec parcimonie. C'est regrettable.

L'article 3 est l'un des articles majeurs de la loi hospitalière.

La santé n'est, bien sûr, pas un bien comme un autre. Les coûts d'investissement et les coûts de fonctionnement sont élevés et l'autorégulation ne joue guère. Une organisation est donc nécessaire. Une certaine rationalisation, notamment dans la répartition des équipements, est indispensable. Mais la répartition doit tenir compte des besoins de la population. Elle doit être effectuée sur des bases objectives, telles des données épidémiologiques dont nous ne disposons pas à l'heure actuelle. Que prévoyez-vous pour assurer de bonnes données épidémiologiques qui nous permettront de prévoir une meilleure répartition des équipements ?

La répartition doit également tenir compte des habitudes de la population, des flux bien difficiles à appréhender, étant donné que certains malades ont l'habitude d'aller dans un hôpital, plutôt que dans un autre, en règle générale situé en dehors de leur région. Je ne reprendrai pas les arguments que nous avons développés en première lecture.

Surtout la répartition doit maintenir l'équilibre, le libre choix permettant l'émulation. Sur ce point, nous ne sommes pas rassurés. J'aimerais avoir une réponse claire, monsieur le ministre, à la question de savoir si vous favoriserez des établissements plutôt que d'autres. Nous ne sommes pas rassurés lorsque nous constatons le maintien des autorisations à durée déterminée. Des progrès ont cependant été accomplis dans votre texte. Mais dois-je rappeler que la commission mixte paritaire a échoué sur les contrats ?

En effet, lorsque des contrats ont été conclus entre les établissements, les organismes d'assurance maladie, le représentant de l'Etat, pourquoi maintenir le système complexe de l'autorisation ?

Considérer, monsieur le ministre, que la signature de contrats valait autorisation, revenait à inciter les établissements à signer les contrats et introduisait ainsi plus de souplesse. Vous n'avez pas voulu qu'il en soit ainsi et nous le regrettons. C'est sur ce point précis que la C.M.P. a échoué. Il est souhaitable de simplifier les procédures complexes prévues. La carte et le schéma annexe constituent une redoutable construction technocratique. La planification à notre époque doit se concevoir avec souplesse. Notre système de soins, pour rester performants, a besoin d'autonomie, de responsabilité et de liberté.

C'est pourquoi nous souhaitons une véritable régionalisation impliquant les élus pour responsabiliser les conseils et les directeurs.

N'est-ce pas vous, monsieur le ministre, qui écriviez en 1987 que nous devions rejeter tous les systèmes de normes imposées et que nous n'avions pas à organiser ou à planifier *a priori* le rôle de chacun des acteurs ? C'est donc en écoutant ce que vous disiez en 1987 que nous rejetons l'article 3 !

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. L'article 3 est devenu un monument de technocratie.

Il s'inscrit dans une logique très différente de celle que nous avons défendue tout à l'heure. Quelle est-elle ? A terme, l'adaptation de l'offre de soins aux besoins - car c'est bien de cela qu'il s'agit - se fera en fonction de critères, d'une part, médicaux : sécurité, évaluation et, d'autre part, économiques : un établissement, public ou privé, qui serait surdimensionné par rapport aux besoins connaîtra forcément des problèmes économiques. En effet, la facturation par pathologie ou par groupe de pathologies plus une enveloppe globale pour les établissements répondant à des missions de service public imposeront au conseil d'administration, s'il y a déséquilibre entre les besoins et non seulement les bâtiments - cela n'est pas trop grave - mais aussi les équipements et les personnels, une adaptation. C'est vrai pour le privé comme ce le sera un jour pour le public.

Cette logique est, en l'occurrence, technocratique parce que la procédure est extraordinairement compliquée. Qu'il y ait besoin d'une planification souple au niveau de la région, nous en convenons tous, mais que nous tombions dans un système qui peut - je dis « qui peut » parce que tout dépendra de la façon dont on l'utilisera - paraître terriblement contraignant ne se justifie pas si vous acceptez la première logique qui est médicale et économique.

La coexistence de ces deux logiques me gêne. Soit, vous continuez à appliquer le système de l'enveloppe globale telle qu'elle existe dans les établissements hospitaliers sans tenir compte de la réalité des besoins et, dès lors, vous avez besoin d'un outil : c'est celui-là ; soit vous rentrez dans l'autre logique et vous n'avez pas besoin d'une telle contrainte.

C'est pourquoi nous nous opposons à l'article 3 dans la rédaction proposée par les amendements que nous allons examiner.

M. le président. M. Millet, Mme Jacquaint et les membres du groupe communiste et apparenté ont présenté un amendement, n° 96, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 3. »

La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Cartes et schémas d'organisation sanitaires constituent les principaux piliers du remodelage que vous opérez de toute notre politique nationale de santé.

Dans le cadre d'une démarche autoritaire au sommet, sera, quelle que puisse être la nature des comités, quelle que puisse être la qualité des projets d'établissements élaborés par les conseils d'administration, réduction des dépenses remboursées de santé, contraintes des enveloppes globales et asphyxie financière des établissements découleront de cette carte et de ces schémas.

A partir d'eux, toute l'offre de soins se redispasera sur le territoire national en fonction des intérêts et des opportunités que trouvera le capital financier à s'emparer de tel ou tel secteur de santé, dans telle ou telle région.

La mainmise de celui-ci sur l'équipement sanitaire du pays dépendra également des disponibilités qu'auront les collectivités territoriales, mais aussi les professions de santé, toutes catégories incluses, à accompagner ce mouvement de transformation de la santé en marché lucratif, d'une part, ou en œuvres de charité pour les moins fortunés, d'autre part.

Dans cette logique de financiarisation, où la rentabilité constituera le mètre étalon, l'hôpital public est particulièrement exposé.

Si sa disparition ou sa complète transformation avec la suppression de lits et de services entiers est d'ores et déjà à l'œuvre - et les exemples en ce sens ne manquent hélas ! pas - ce sont également les cliniques privées petites et moyennes, les maternités libérales qui survivent couplées avec des services de chirurgie, ce sont les structures publiques d'hébergement longue durée et d'alternatives à l'hospitalisation qui en feront les frais.

C'est en cela que leur inquiétude est légitime et c'est de ce point de vue que la mobilisation du 11 juin dernier doit être appréciée.

Quant à cette course pour entrer en tête dans la compétition européenne, elle est déjà mal engagée, l'Allemagne, comme sur bien d'autres terrains, ayant pris de multiples longueurs d'avance.

Dans cette compétition - puisque c'est de cela qu'il est toujours question dans vos projets - la force de la France est celle de son système de protection sociale mis en place à la Libération par le ministre communiste Ambroise Croizat.

Sa force, c'est son patrimoine où service public et établissements privés en complémentarité se sont développés sur la base des besoins.

Sa force, c'est celle de la qualification et des savoirs de ses professionnels de santé imprégnés qu'ils sont des hautes valeurs morales qu'a pu insuffler un grand service public.

Les besoins de santé en 1946 étaient immenses. Les satisfaire constitua un moteur pour le redressement économique de notre pays.

La santé économique de notre pays ne serait-elle donc pas à l'ordre du jour qu'on organise ainsi la régression des moyens de santé de son peuple et qu'à une planification moderne on substitue une carte et des schémas « guillottes » ?

Tout décidément nous renvoie à une autre logique politique que celle qui préside à cette réforme hospitalière.

C'est autour des luttes que mènent les personnels des hôpitaux publics contre les fermetures de services et pour des effectifs suffisants, autour des actions dans lesquelles s'engagent les professions libérales de santé, et autour des besoins ressentis par les médecins et exprimés par les usagers que d'autres choix seront exigés.

C'est à rassembler inquiétudes, colères et revendications contre cette politique de santé que la droite partage - tout ce débat le prouve d'ailleurs amplement - puisqu'elle est celle du capital, que, pour notre part, nous œuvrons.

Sur notre amendement de suppression de l'article 3, nous auons, si nous en avons eu la possibilité, demandé un scrutin public, tant il nous semble important.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. L'amendement n'a pas été examiné par la commission.

Comme il tend à supprimer toutes les dispositions relatives à la planification sanitaire qui est destinée, cependant, à optimiser l'offre de soins et à favoriser les évolutions nécessaires, à titre personnel, j'y suis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. M. Millet a de la suite dans les idées !

M. Gilbert Millet. Je me situe dans une autre logique, celle des besoins, celle des gens !

M. le ministre délégué à la santé. C'est en tout cas une logique de continuité.

Si j'ai bonne mémoire, il avait déjà présenté cet amendement en première lecture. Comme en première lecture - car j'ai aussi de la suite dans les idées -, le Gouvernement n'y est pas favorable.

Je répondrai en outre rapidement à M. Prétel et à M. Chamard qui sont intervenus sur l'article 3.

M. Prétel me demande sur quelles études épidémiologiques nous allons faire reposer l'évaluation des besoins de la population. Je peux déjà lui en indiquer une : les O.R.S., qui sont d'ailleurs très présents dans le processus de planification, ont pour mission, entre autres, de mener des études sur les besoins sanitaires à partir de données épidémiologiques. Le Gouvernement s'efforce également de promouvoir un second projet : celui des registres nationaux qui devraient permettre d'apprécier les besoins par région. Quelques dispositions sont encore à prendre pour les mettre en œuvre et les mettre en conformité avec les recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Monsieur Prétel, vous vous demandez si nous n'allons pas favoriser certains établissements plutôt que d'autres. Seront favorisés les établissements compétitifs, efficaces, ainsi que j'ai eu l'occasion de le souligner dans la discussion générale en première lecture à l'Assemblée. S'il existe, en effet, une frontière entre le secteur privé et le secteur public, il en est une qui doit nous intéresser davantage, celle qui sépare les établissements bien gérés des établissements mal gérés. Des établissements bien gérés, on en trouve dans le public comme dans le privé...

M. Jean-Yves Chamard. Bien sûr !

M. le ministre délégué à la santé. ... et des établissements mal gérés dans les deux secteurs aussi. Je le répète, le Gouvernement est attaché au pluralisme hospitalier. Il n'est pas question de favoriser tel secteur au détriment de tel autre, mais au contraire d'établir des règles de fonctionnement harmonieuses et équilibrées.

Monsieur Chamard, vous vous êtes interrogé sur le caractère technocratique des processus de planification et vous proposez une logique économique, fondée sur la régulation qu'assurerait une tarification à la pathologie. Comme vous introduisez là un concept de très haut niveau, nécessitant une réflexion approfondie, je ne peux pas vous répondre sur le champ de façon complète.

Pris au débotté, je peux seulement vous répondre que je ne vois pas comment la tarification à la pathologie pourrait permettre une adaptation quasiment parfaite de l'offre hospitalière - publique ou privée, peu importe, tel n'est pas l'objet de votre question - aux besoins. Une tarification à la pathologie revient en fait à une tarification au coût. Donc les mécanismes régulateurs de marché ne pourraient pas intervenir.

M. Jean-Yves Chamard. Si on surdimensionne, il y a problème ! Il faut redimensionner !

M. le ministre délégué à la santé. Reste par ailleurs une caractéristique fondamentale du système de soins qui veut que son financement soit, par nature, collectif. Elle rend nécessaire une planification en volume de l'offre de soins.

M. Jean-Yves Chamard. Je ne suis pas d'accord sur votre réponse !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 96 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 15, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-1 du code de la santé publique, substituer au mot : "appréciation", le mot : "mesure". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 15 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 16, ainsi rédigé :

« I. - Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-1 du code de la santé publique, substituer aux mots : "prise en compte", le mot : "analyse". »

« II. - En conséquence, procéder à la même substitution au début du troisième alinéa de cet article. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Amendement rédactionnel !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 16 est réservé.

M. Dubernard et M. Noir ont présenté un amendement, n° 124, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-1 du code de la santé publique :

« Les orientations souhaitables du système de protection sanitaire, l'évolution du fonctionnement du service public de santé, dans tous ses aspects et notamment économiques, font l'objet d'une loi annuelle. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

A. Jean-Michel Dubernard. Cet amendement tend à compléter l'amendement introduit par le Sénat.

Le Parlement ne peut, en effet, se contenter d'un rapport triennal sur l'organisation et l'équipement sanitaire, étant donné l'importance considérable à tous points de vue, économiques et financiers, mais surtout humains et éthiques, du système de santé.

Il convient que les questions de santé publique fassent l'objet d'un large débat et que le Parlement y consacre le temps et la réflexion nécessaires. Elles mettent en cause des sommes équivalant à une fois et demie le budget de l'Etat, ne l'oublions pas.

Il est regrettable que la politique conduite en matière de psychiatrie ait fait l'objet d'une simple circulaire, sans que la représentation nationale ait été appelée à en débattre, alors qu'il s'agissait d'un problème fondamental.

M. Gilbert Millet. C'est juste !

M. Jean-Michel Dubernard. Autant j'estime qu'il appartient aux organes politiques de la région de décider de la gestion quotidienne des établissements de santé implantés sur leur territoire, autant j'estime que sur les questions d'orientation nationale, il revient au Parlement, et à lui seul, d'en connaître et d'en décider.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. L'amendement n° 194 n'a pas été examiné par la commission. Il soulève quelques interrogations. Quel est le contenu du service public de santé dont vous parlez, monsieur Dubernard ? Quelle sera l'articulation entre le plan quinquennal et la loi annuelle que vous suggérez ? Enfin, quel rôle sera réservé aux partenaires sociaux gestionnaires des différents régimes d'assurance maladie ?

Toutes ces questions me conduisent, à titre personnel, à demander le rejet de l'amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Même avis que le rapporteur.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 124 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 17, ainsi rédigé :

« Compléter le quatrième alinéa (a) du texte proposé pour l'article L. 712-2 du code de la santé publique par les mots : "et notamment celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Tel qu'il est rédigé, l'amendement n° 17 peut donner le sentiment - je voudrais que le ministre m'assure du contraire - que toutes les installations

nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire seront déterminées par la carte sanitaire. Or, si la chirurgie ambulatoire nécessite parfois des équipements relativement importants, dans d'autres cas, ces équipements sont extrêmement légers. Je voudrais que vous confirmiez que ces derniers n'entrent pas dans le champ de la loi.

Par ailleurs, monsieur le ministre, l'argumentation que vous avez employée tout à l'heure sur l'incompatibilité d'une logique économique et d'une logique technocratique n'est pas bonne. Il n'est pas question d'ouvrir un débat sur ce sujet maintenant, mais j'affirme que vous avez tort.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Chamard, je ne suis sûr ni d'avoir tort ni que vous ayez raison. Mais la discussion pourrait se poursuivre encore longtemps.

S'agissant de la chirurgie ambulatoire, je vous remercie d'avoir reconnu qu'elle pouvait nécessiter des équipements importants, soumis par conséquent au régime de l'autorisation. S'agissant des équipements légers, l'intention du Gouvernement n'est évidemment pas de les faire entrer dans le système de planification et d'autorisation.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 17 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 18, ainsi libellé :

« Après les mots : "coût élevé", rédiger ainsi la fin du cinquième alinéa (b) du texte proposé pour l'article L. 712-2 du code de la santé publique : "ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement tend au rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture sur les activités de soins régies par la carte sanitaire.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 18 est réservé.

M. Dubernard et M. Noir ont présenté un amendement, n° 125, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-4 du code de la santé publique :

« La réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire peut faire l'objet de contrats pluriannuels entre l'Etat, les établissements publics ou privés de santé, les organismes d'assurance maladie et, le cas échéant, des collectivités locales. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. La rédaction proposée pour le premier alinéa de l'article L. 712-4 du code de la santé publique me paraît équivoque. On ne sait si la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire pourra recourir à d'autres moyens que les contrats pluriannuels. Aussi est-il primordial de rappeler qu'il n'y a pas de contrat sans volonté de contracter de part et d'autre et donc sans liberté réciproque de contracter ou pas.

Le recours à des contrats, pluriannuels de surcroît, et qui, dans l'état actuel du droit, ne lieront ni l'Etat, ni les collectivités locales, ni les établissements publics, ne peut donc qu'être une porte ouverte et, demain peut-être, une voie d'avenir, en ce qu'ils préfigurent des rapports plus souples et plus égalitaires entre les parties en présence.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission. Pour des raisons abondamment exposées lors de la première lecture, je n'y suis pas favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Je ne suis pas favorable à l'amendement de M. Dubernard...

M. Jean-Michel Dubernard. Comme d'habitude !

M. le ministre délégué à la santé. ... non pas parce que je le trouve mauvais mais parce que je ne vois pas de différence, rédaction mise à part, entre son contenu et celui du texte dont nous discutons.

C'est la raison pour laquelle je demande à M. Dubernard de bien vouloir retirer son amendement.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 125 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 19, ainsi rédigé :

« Supprimer le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-4 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. L'amendement n° 19 tend à supprimer une disposition introduite par le Sénat relative à l'automatisme des autorisations portant sur les installations et activités de soins faisant l'objet d'un contrat pluriannuel.

Sur ce point, la C.M.P. a constaté un désaccord irréductible. On ne peut, en effet, comme l'a fait le Sénat, refuser la généralisation des contrats pluriannuels et prévoir que la conclusion d'un contrat vaut autorisation automatique. Un tel système dénaturerait d'ailleurs les contrats qui ne porteront pas forcément sur une création d'équipement. La suppression d'un équipement excédentaire ne doit pas obligatoirement être négociée par la création d'un nouvel équipement. La négociation doit porter sur d'autres éléments comme l'utilisation de la marge de manœuvre pour la fixation de la dotation globale.

J'avais proposé une solution transactionnelle en C.M.P. selon laquelle les stipulations du contrat seraient prises en considération dans l'appréciation de la compatibilité du projet avec le schéma. Le Sénat n'en a pas voulu. Ce refus traduit en fait une opposition forcée au régime des autorisations, qui constitue pourtant un instrument de maîtrise des dépenses et d'adaptation du système de soins aux besoins de la population.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord du Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement est important car, le rapporteur vient de l'indiquer, c'est sur ce point que la C.M.P. a échoué. Je ne comprends pas votre obstination à ne pas reconnaître que les contrats justifient une certaine incitation. Dès lors qu'un contrat est passé entre les caisses, l'établissement et l'Etat, pourquoi maintenir le processus complexe d'autorisation ? Si vous voulez favoriser la conclusion de contrats, offrez, comme le proposaient les sénateurs, cette « carotte » qu'est la suppression du système d'autorisation.

Monsieur le ministre, en complément de la réponse que vous avez faite à M. Chamard, pouvez-vous me dire où se situe la limite entre la chirurgie ambulatoire complexe et celle qui ne l'est pas ? Qui fixera cette limite ?

Une ablation de polypes coliques par voie endoscopique : sous neuro-analgésie, qui nécessite un passage dans un établissement hospitalier pendant quelques heures, relève-t-elle ou non de la chirurgie ambulatoire ?

M. Jean-Yves Chamard. Bonne question !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 19 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 20, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-5 du code de la santé publique, supprimer les mots : "du conseil régional et du comité économique et social de la région concernée". »

La parole est M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement supprime une disposition introduite par le Sénat relative à l'avis obligatoire du conseil régional et du C.E.S.

Les collectivités territoriales sont représentées au sein des commissions régionales de l'organisation sanitaire et sociale. Il n'y a donc aucune raison de réserver un sort privilégié à la région.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. J'aimerais que M. le ministre réponde à M. Prél qui a posé une question importante sur la chirurgie ambulatoire.

Pour en revenir à l'amendement, ce n'est pas tous les jours, n'est-ce pas, que le représentant de l'Etat arrêtera la carte sanitaire ; dans l'esprit du texte, il s'agit bien d'une procédure importante. Demander l'avis du conseil régional et du Comité économique et social de la région n'alourdirait donc pas considérablement la procédure. Ne pas le demander est une erreur. Si une décision était prise tous les quinze jours, je serais d'accord avec vous.

Or, vous savez bien que tout regroupement d'établissements se heurtera à l'avis défavorable du maire, président du conseil d'administration, même s'il s'agit plus d'une reconversion que d'une fermeture. Il faut donc impérativement qu'une instance d'élus prépare certaines décisions. Il ne s'agit pas qu'ils décident - ce n'est pas ce que propose le Sénat.

Je ne comprends pas les motivations de votre refus. Est-ce pour aller plus vite ? La procédure est si complexe que cela ne changera pas grand-chose. Y a-t-il une autre raison ? Dites-nous laquelle.

Vous commettez une erreur en ne donnant pas voix au chapitre à ces instances d'élus les plus représentatives d'une région que sont le conseil régional et le conseil économique et social.

Ce qui vous est demandé n'est pas très compliqué ; revenez sur votre décision.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Prél, s'agissant de la chirurgie ambulatoire, je répète que seuls les gros équipements relèveront du régime des autorisations, pas les petits. Une commission se mettra en place pour déterminer les équipements qui feront partie de l'une ou l'autre de ces catégories. On ne peut inscrire dans la loi des dispositions qui sont, à l'évidence, d'ordre pratique. Au surplus, laissons respirer ceux qui sont chargés de mettre en place ces instances et ces schémas de planification.

Monsieur Chamard, si comme la commission, je ne retiens pas l'avis obligatoire du conseil régional et du comité économique et social, ce n'est pas que je l'estime *a priori* sans intérêt. C'est que les procédures instaurées sont ambitieuses - vous avez même redouté qu'elles le soient trop. Ajouter des étapes supplémentaires de consultation risquerait de faire périr d'asphyxie le système avant même qu'il n'ait vu le jour.

En revanche, rien n'interdit aux conseils régionaux d'avoir un débat sur la politique sanitaire dans leur région. La mise en route des organes chargés d'élaborer les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale ne se ferait pas dans le plus grand secret. Cela se saura. Un conseil régional désireux de donner son avis pourra donc se réunir et débattre sur ce sujet. Il en est de même pour les comités économiques et sociaux.

Je le répète, il ne s'agit pas d'écarter ces instances de la planification régionale sanitaire, mais de ne pas introduire des obligations de consultation et d'avis qui rendraient la procédure d'une lourdeur insupportable.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 20 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 21, ainsi rédigé :

« Rétablir le texte proposé pour l'article L. 712-6-1 du code de la santé publique dans le texte suivant :

« Une commission régionale de l'évaluation médicale des établissements est créée auprès du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, dans chaque région.

« Ses missions, sa composition et ses modalités de coopération avec l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale sont fixées par décret. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement rétablit les commissions régionales de l'évaluation médicale des établissements, en prévoyant leur collaboration avec l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 21 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 22, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du texte proposé pour l'article L. 712-10 du code de la santé publique, substituer aux mots : "sont autorisés lorsqu'ils sont assortis", les mots : "peuvent être autorisés à condition d'être assortis". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Il s'agit d'un retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, relatif aux conditions d'autorisation des projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation assortis d'une réduction des moyens d'hospitalisation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prétel.

M. Jean-Luc Prétel. Je déplore ce retour en arrière. Lorsqu'un effort de réduction est prévu, il faut l'encourager, et donc donner l'autorisation. La rédaction du Sénat me paraissait plus apte à favoriser la réduction des moyens d'hospitalisation.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 22 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 23, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-11 du code de la santé publique, substituer aux mots : "l'autorisation est", les mots : "l'autorisation peut être". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Amendement similaire.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Accord, monsieur le président !

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Vous avez dit tout à l'heure que vous souhaitiez une réduction de la capacité des établissements. Si on met en place des mécanismes les incitant à s'engager dans ce genre de politique, nous aurons des résultats. Sinon, vous n'aurez aucun progrès.

Lors de l'examen du D.M.O.S. de l'hiver dernier, nous avions eu satisfaction sur ce point. Le mot « est » avait finalement été accepté. Pourquoi ne l'acceptez-vous pas ici ? C'est la même logique adoptée l'hiver dernier, refusée aujourd'hui, avec le même objectif : faciliter un certain nombre d'évolutions. Je ne comprends pas !

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 23 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 24, ainsi rédigé :

« Rétablir le texte proposé pour l'article L. 712-12-1 du code de la santé publique dans le texte suivant :

« L'autorisation est subordonnée à des conditions d'évaluation périodique des activités de soins, structures de soins alternatives à l'hospitalisation, installations et équipements concernés ainsi qu'au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge des organismes d'assurance-maladie ou au volume d'activité ». »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. D'accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 24 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 25, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le texte proposé pour l'article L. 712-14 du code de la santé publique :

« Art. L. 712-14. - L'autorisation instituée par l'article L. 712-8 est donnée pour une durée déterminée.

« La durée de validité de l'autorisation est fixée par voie réglementaire pour chaque catégorie de disciplines, d'activités de soins, de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, d'installations ou d'équipements, en fonction, notamment, des techniques mises en œuvre, de la durée d'amortissement des investissements nécessaires, de l'importance des moyens en personnel et de l'évolution prévisible des besoins. Cette durée de validité ne peut être inférieure à cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

« Le renouvellement de cette autorisation est subordonné aux mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 712-12-1. La demande de renouvellement est déposée par l'établissement au moins un an avant son échéance. En cas d'absence de réponse de l'autorité compétente huit mois avant l'échéance, l'autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction. »

Sur cet amendement, le Gouvernement a présenté quatre sous-amendements, n°s 103 à 106.

Le sous-amendement n° 103 est ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'amendement n° 25, après le mot : "investissements", insérer le mot : "mobiliers". »

Le sous-amendement n° 104 est ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'amendement n° 25, supprimer les mots : "de l'importance des moyens en personnel". »

Le sous-amendement n° 105 est ainsi rédigé :

« Compléter la deuxième phrase du troisième alinéa de l'amendement n° 25 par les mots : "dans les conditions fixées à l'article L. 712-15 ci-après." »

Le sous-amendement n° 106 est ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'amendement n° 25, substituer aux mots : "huit mois", les mots : "six mois". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 25.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement définit le régime des autorisations à durée déterminée. Il prévoit la généralisation des autorisations à durée déterminée et la fixation à cinq ans minimum de la durée des autorisations sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique. Cette durée pourra être supérieure pour tenir compte notamment de la durée d'amortissement nécessaire. Il définit enfin les critères et les modalités du renouvellement des autorisations en mettant en place un mécanisme de tacite reconduction.

Cet amendement vise ainsi à concilier deux soucis, celui d'adapter l'offre de soins aux besoins sans créer de rentes de situation et celui de donner aux différents acteurs du système de soins toutes les garanties utiles.

M. le président. La parole est à M. le ministre pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 25 et pour défendre les sous-amendements n°s 103 à 106.

M. le ministre délégué à la santé. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 25 de la commission sous réserve de l'adoption de quatre sous-amendements.

Le sous-amendement n° 103 vise à insérer le mot : « mobiliers » après le mot : « investissements ». La durée d'amortissement des investissements immobiliers pouvant être de plusieurs dizaines d'années, une durée d'autorisation liée à cette durée n'aurait guère de sens.

Le sous-amendement n° 104 vise à supprimer les mots : « de l'importance des moyens en personnel ».

Les sous-amendements n°s 105 et 106 visent à respecter le calendrier prévu par l'article L. 712-15 pour l'examen simultané des demandes d'autorisation ou de renouvellement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Je suis contre le sous-amendement n° 103 du Gouvernement. Nous l'avons examiné en commission et une brillante démonstration du président Jean-Michel Belorgey nous a convaincus qu'il fallait le refuser. Il nous a expliqué, en effet, que l'immobilier par destination comprenait notamment tous les équipements lourds, et je le crois assez compétent en la matière.

En ce qui concerne l'amendement n° 25, nous avons adopté en première lecture la phrase suivante qui a disparu : « L'autorisation ne peut être inférieure à la durée d'amortissement des investissements nécessaires. » J'aimerais, monsieur le ministre, que vous nous confirmiez que c'est sous-entendu dans la rédaction proposée par la commission : « en fonction notamment de la durée d'amortissement des investissements nécessaires ». On précise que la durée de validité ne peut être inférieure à cinq ans. Mais, si un investissement a une durée d'amortissement de sept ans, par exemple, selon la rédaction adoptée en première lecture, l'autorisation ne pouvait être inférieure à sept ans. Si c'est toujours le cas grâce à l'adverbe « notamment », très bien. Sinon, je serai évidemment contre l'amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les quatre sous-amendements du Gouvernement ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Sur le sous-amendement n° 103, nous avons effectivement évoqué le sujet en commission, mais nous ne l'avons pas examiné. En dépit des explications fournies à l'époque, c'est une précision qui me paraît tout de même utile, et je crois que nous pourrions l'accepter.

Le sous-amendement n° 104 n'a pas été examiné par la commission, mais il est vrai que la disposition qu'il tend à supprimer peut entraîner certains débordements. A ce titre, j'y suis favorable.

Le sous-amendement n° 105 n'a pas été examiné par la commission, mais il précise le texte adopté par la commission. J'y suis donc favorable à titre personnel.

Enfin, le sous-amendement n° 106, qui n'a pas non plus été examiné par la commission, permet d'harmoniser les délais d'autorisation tacite et, à ce titre, j'y suis favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je m'étonne de la position du rapporteur. La commission, à l'unanimité, ayant décidé de prendre en compte l'importance des moyens en personnels, elle doit être contre le sous-amendement n° 104 de suppression du Gouvernement. Cela me paraît évident.

M. Jean-Yves Chamard. Absolument !

M. Jean-Luc Prével. En effet, qu'il s'agisse de médecins, de chirurgiens ou autres, les établissements ont des contrats avec les personnels, dont il faut tenir compte avant de donner une autorisation.

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

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission avait adopté une position sur ce point mais elle n'avait pas examiné le sous-amendement. Après avoir entendu les explications du Gouvernement, je pense que certains débordements sont effectivement possibles et, à titre personnel, je suis favorable à ce sous-amendement.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Chamard, il n'y a pas d'ambiguïté, me semble-t-il, à la lecture de l'amendement de la commission que M. Calmat vient de nous présenter. Si la durée d'amortissement est, par exemple, de sept ans, l'autorisation vaudra pour au moins sept ans.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

M. le président. Les votes sur les sous-amendements n°s 103 à 106 ainsi que sur l'amendement n° 25 sont réservés.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 26, ainsi rédigé :

« Rétablir le texte proposé pour l'article L. 712-15 du code de la santé publique dans le texte suivant :

« Art. L. 712-15. - Les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation portant sur des établissements, installations, activités de soins, structures de soins alternatives à l'hospitalisation de même nature sont reçues au cours de périodes déterminées par voie réglementaire afin d'être examinées sans qu'il soit tenu compte de l'ordre de dépôt des demandes. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement tend à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture quant aux périodes au cours desquelles les projets sont examinés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. D'accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 26 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 27, ainsi rédigé :

« Après les mots : " sanitaire et sociale ", supprimer la fin de la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-16 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Si l'audition du demandeur doit être systématique, la procédure d'autorisation risque de devenir trop lourde.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. D'accord.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Il est toujours utile que le demandeur soit entendu. La démocratie fonctionne mieux quand il y a ce dialogue.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 27 est réservé.

M. Ehrmann a présenté un amendement, n° 78, ainsi rédigé :

« Au début de la deuxième phrase du premier alinéa, du texte proposé pour l'article L. 712-16 du code de la santé publique, substituer aux mots : " Un recours hiérarchique contre la décision peut être formé par tout intéressé ", les mots : " Tout recours juridictionnel contre la décision doit être précédé d'un recours hiérarchique " ».

Cet amendement est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission ne l'a pas examiné.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Rejet.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 78 est réservé.

M. Ehrmann a présenté un amendement, n° 79, ainsi rédigé :

« Dans la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-16 du code de la santé publique, après le mot : " qui ", insérer les mots : " en tenant compte de la légalité en vigueur au moment où la décision qui lui est déférée est intervenue " ».

Cet amendement est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Non examiné !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. Rejet.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 79 est réservé.

Je suis saisi de deux amendements, nos 28 et 80, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 28, présenté par M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste, est ainsi libellé :

« Après les mots : " la date ", rédiger ainsi la fin de l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-16 du code de la santé publique : " d'expiration de la période de réception mentionnée à l'article L. 712-15. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise. »

L'amendement n° 80, présenté par M. Ehrmann, est ainsi rédigé :

« Après la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-16 du code de la santé publique, insérer la phrase suivante :

« Un décret d'application fixera les règles de publicité nécessaires pour que les tiers en aient connaissance. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 28.

M. Alain Calmat, rapporteur. Il s'agit du rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture relatif aux conditions de notification des décisions. Le Sénat a en effet supprimé les périodes d'examen des demandes. Or l'ouverture de fenêtres permet de mettre en cohérence les différents projets et de créer une saine émulation.

M. le président. L'amendement n° 80 est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Elle ne l'a pas examiné.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements nos 28 et 80 ?

M. le ministre délégué à la santé. Favorable à l'amendement n° 28 et défavorable à l'amendement n° 80.

M. le président. Le vote sur les amendements nos 28 et 80 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 29, ainsi rédigé :

« Supprimer le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 712-17 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer une disposition introduite par le Sénat relative au régime de caducité.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. D'accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 29 est réservé.

M. Calmat, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 30, ainsi rédigé :

« Supprimer le texte proposé pour l'article L. 712-18-1 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer une disposition introduite par le Sénat limitant le champ du dispositif applicable aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la santé. D'accord.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 30 est réservé.

Le vote sur l'article 3 est également réservé.

Article 5

M. le président. « Art. 5. - Le chapitre III du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« LES ACTIONS DE COOPÉRATION

« CHAPITRE III

« Section 1

« Les conférences sanitaires de secteur

« Art. L. 713-1. - Il est créé, dans chaque secteur sanitaire, une conférence sanitaire formée des représentants des établissements de santé, publics ou privés, de ce secteur.

« Art. L. 713-2. - Les conférences sanitaires de secteur sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire ; elles sont également chargées de promouvoir la coopération entre les établissements du secteur.

« Art. L. 713-3. - Le nombre des représentants de chacun des établissements est fonction de l'importance de ces derniers.

« Aucun des établissements membres d'une conférence sanitaire de secteur ne peut détenir la majorité absolue des sièges de la conférence.

« Les représentants des établissements publics de santé sont désignés par le conseil d'administration ; le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement sont membres de droit de la conférence.

« Les représentants des établissements de santé privés sont désignés par l'organisme gestionnaire ; cette représentation comprend, au moins, un praticien exerçant dans l'établissement.

« Art. L. 713-4. - D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'une conférence sanitaire de secteur à condition d'y être autorisés par le représentant de l'Etat, sur avis conforme de la conférence. »

Le vote sur l'article 5 est réservé.

Je propose que nous en restions là pour ce soir.

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

5

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR PRIORITAIRE

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le ministre des relations avec le Parlement une lettre l'informant que le Gouvernement inscrit le mercredi 19 juin, après-midi, après les questions au Gouvernement, la suite de la discussion, en nouvelle lecture, du projet portant réforme hospitalière.

L'ordre du jour prioritaire est ainsi modifié.

Je rappelle à l'Assemblée que ce texte reste également inscrit à l'ordre du jour de la séance de ce matin.

6

DÉPÔT DE RAPPORTS D'INFORMATION

M. le président. J'ai reçu de M. Jean-Paul Bachy un rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale pour les communautés européennes, instituée par l'article 6 bis de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 modifiée, sur la première phase des travaux de la conférence intergouvernementale sur l'union politique.

Le rapport sera imprimé sous le numéro 2126 et distribué.

J'ai reçu de M. Charles Josselin un rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale pour les communautés européennes instituée par l'article 6 bis de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 modifiée, sur la politique extérieure et de sécurité commune.

Le rapport sera imprimé sous le numéro 2127 et distribué.

7

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, à dix heures, première séance publique :

Suite de la discussion, en nouvelle lecture, du projet de loi n° 2093 portant réforme hospitalière (rapport n° 2123 de M. Alain Calmat, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

A quinze heures (*), deuxième séance publique :

Questions au Gouvernement ;

Suite de la discussion, en nouvelle lecture, du projet de loi portant réforme hospitalière ;

Déclaration du Gouvernement sur les conférences intergouvernementales sur l'union économique et monétaire, et débat sur cette déclaration.

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée, le mercredi 19 juin 1991, à une heure.)

Le Directeur du service du compte rendu sténographique de l'Assemblée nationale,
CLAUDE MERCIER

ORDRE DU JOUR
ÉTABLI EN CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

(Réunion du mardi 18 juin 1991)

L'ordre du jour des séances que l'Assemblée tiendra jusqu'au dimanche 30 juin 1991 inclus, terme de la session ordinaire, a été ainsi fixé :

Mardi 18 juin 1991, le soir, à vingt et une heures trente :

Discussion, en nouvelle lecture, du projet de loi portant réforme hospitalière (nos 2093, 2123).

Mercredi 19 juin 1991 :

Le matin, à dix heures :

Suite de la discussion, en nouvelle lecture, du projet de loi portant réforme hospitalière (nos 2093, 2123).

L'après-midi, à quinze heures, après les questions au Gouvernement, et le soir, à vingt et une heures trente :

Déclaration du Gouvernement sur les conférences intergouvernementales sur l'union politique et sur l'union économique et monétaire, et débat sur cette déclaration.

Jeudi 20 juin 1991, l'après-midi, à quinze heures, après les questions posées à M. Pierre Joxe, ministre de la défense, et le soir, à vingt et une heures trente ; vendredi 21 juin 1991, le matin, à neuf heures trente, après les questions orales sans débat, l'après-midi, à quinze heures, et le soir, à vingt et une heures trente, et éventuellement, lundi 24 juin 1991, l'après-midi, à quinze heures, et le soir, à vingt et une heures trente :

Discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes (nos 2061, 2121).

Mardi 25 juin 1991 :

Le matin, à neuf heures trente :

Discussion, en deuxième lecture, du projet de loi portant diverses mesures de soutien au bénévolat dans les associations (nos 2025, 2031) ;

Discussion de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, tendant à supprimer les sanctions contre les avocats prévues aux articles 75 et 77 de l'ordonnance n° 45-1708 du 31 juillet 1945 sur le Conseil d'Etat (n° 2094), ce texte ayant fait l'objet d'une demande d'examen selon la procédure d'adoption simplifiée (art. 103 à 107 du règlement) ;

Discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public (nos 2063, 2122).

(*) Lettre de M. le ministre chargé des relations avec le Parlement communiquée à l'Assemblée au cours de la 3^e séance du mardi 18 juin 1991.

L'après-midi, à seize heures, et le soir, à vingt et une heures trente :

Éventuellement, suite de l'ordre du jour du matin ;

Discussion du projet de loi relatif aux recherches sur l'élimination des déchets radioactifs (nos 2049, 2115) ;

Discussion du projet de loi, déposé sur le bureau du Sénat, relatif à la lutte contre la fièvre aphteuse et portant modification du code rural et du code pénal, ce texte ayant fait l'objet d'une demande d'examen selon la procédure d'adoption simplifiée (art. 103 à 107 du règlement).

Mercredi 26 juin 1991 :

L'après-midi, à quinze heures, après les questions au Gouvernement :

Dépôt du rapport annuel de la Cour des comptes ;

Éventuellement, suite de l'ordre du jour de la veille ;

Discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, autorisant l'approbation d'une convention sur l'affacturage international (n° 1999) ;

Discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, autorisant l'approbation d'une convention sur le crédit-bail international (n° 2000) ;

Discussion, en deuxième lecture, du projet de loi modifiant le code des postes et des télécommunications et la loi n° 90-1170 du 29 décembre 1990 sur la réglementation des télécommunications.

Le soir, à vingt et une heures trente :

Discussion, soit sur rapport de la commission mixte paritaire, soit en nouvelle lecture, du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social.

Jeudi 27 juin 1991 :

L'après-midi, à quinze heures, après les questions posées à M. Jean-Michel Baylet, ministre délégué au tourisme :

Discussion du projet de loi relatif au recrutement et à la promotion des enseignants-chercheurs et portant dispositions diverses relatives à l'enseignement supérieur (n° 2027).

Le soir, à vingt et une heures trente :

Discussion, soit sur rapport de la commission mixte paritaire, soit en nouvelle lecture, du projet de loi d'orientation pour la ville.

Vendredi 28 juin 1991, le matin, à neuf heures trente, après les questions orales sans débat, l'après-midi, à quinze heures, et le soir, à vingt et une heures trente :

Suite de l'ordre du jour de la veille.

Discussion, soit sur rapport de la commission mixte paritaire, soit en nouvelle lecture, du projet de loi relatif au secret des correspondances émises par la voie des télécommunications ;

Discussion, soit sur rapport de la commission mixte paritaire, soit en nouvelle lecture, du projet de loi relatif à la lutte contre la fièvre aphteuse et portant modification du code rural et du code pénal.

Samedi 29 juin 1991, le matin, l'après-midi et le soir :

Lecture définitive du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social ;

Lecture définitive du projet de loi portant réforme hospitalière ;

Discussion, soit sur rapport de la commission mixte paritaire, soit en nouvelle lecture, du projet de loi modifiant le code des postes et des télécommunications et la loi n° 90-1170 du 29 décembre 1990 sur la réglementation des télécommunications ;

Navettes diverses.

Éventuellement, dimanche 30 juin 1991, le matin, l'après-midi et le soir :

Navettes diverses.

ORGANISATION DE LA DISCUSSION BUDGÉTAIRE

La conférence des présidents a arrêté les modalités de la discussion du projet de loi de finances pour 1992, qui aura lieu du mardi 15 octobre au vendredi 15 novembre 1991, conformément au calendrier ci-après.

La conférence a organisé sur quatre-vingt-quatorze heures la discussion des fascicules budgétaires, soit vingt-deux heures pour les commissions, cinquante-deux heures pour les groupes et vingt heures pour les interventions d'ordre général du Gouvernement.

Les différentes discussions se dérouleront en deux phases, l'une consacrée aux interventions d'ordre général, l'autre aux questions des députés et aux réponses du Gouvernement.

La liste des différentes discussions sera établie par la com-

mission des finances au début du mois de septembre.

Le Gouvernement, les commissions et les groupes devront faire connaître pour le 25 septembre la répartition de leur temps de parole entre ces discussions.

ANNEXE

Calendrier de discussion du projet de loi de finances pour 1992

DATE	MATIN	APRÈS-MIDI	SOIR	TOTAL
Mardi 15 octobre.....	-	3 h	2 h 30	5 h 30
Mercredi 16 octobre.....	3 h	2 h 30	2 h 30	8 h
Jéudi 17 octobre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Vendredi 18 octobre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Total (première partie).....				33 h 30
Mardi 22 octobre.....	2 h 30	3 h	2 h 30	8 h
Mercredi 23 octobre.....	3 h	2 h 30	2 h 30	8 h
Jéudi 24 octobre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Vendredi 25 octobre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Lundi 28 octobre.....	2 h 30	4 h 30	2 h 30	9 h 30
Mardi 29 octobre.....	3 h	3 h	2 h 30	8 h 30
Mercredi 30 octobre.....	3 h	2 h 30	2 h 30	8 h
Jéudi 31 octobre.....	3 h	4 h 30	-	7 h 30
Lundi 4 novembre.....	2 h 30	4 h 30	2 h 30	9 h 30
Mardi 5 novembre.....	3 h	3 h	2 h 30	8 h 30
Mercredi 6 novembre.....	3 h	2 h 30	2 h 30	8 h
Jéudi 7 novembre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Vendredi 8 novembre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Mardi 12 novembre.....	2 h 30	3 h	2 h 30	8 h
Mercredi 13 novembre.....	3 h	2 h 30	2 h 30	8 h
Jéudi 14 novembre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Vendredi 15 novembre.....	3 h	4 h 30	2 h 30	10 h
Total (deuxième partie).....				151 h 30

CESSATION DE MANDAT ET REMPLACEMENT DE DÉPUTÉS NOMMÉS MEMBRES DU GOUVERNEMENT

Vu l'article 23 de la Constitution,

Vu l'ordonnance n° 58-1099 du 17 novembre 1958 portant loi organique pour l'application de l'article 23 de la Constitution, notamment son article 1^{er}, et l'article L.O. 153 du code électoral ;

Vu le décret du 17 mai 1991, publié au *Journal officiel* du 18 mai 1991 relatif à la composition du Gouvernement,

M. le président de l'Assemblée nationale a pris acte de la cessation, le 17 juin 1991, à minuit, du mandat de député de :

M. Louis Mexandeau, nommé secrétaire d'Etat aux anciens combattants ;

M. Jacques Guyard, nommé secrétaire d'Etat à l'enseignement technique ;

M. Alain Vivien, nommé secrétaire d'Etat aux affaires étrangères ;

M. Jean-Pierre Sueur, nommé secrétaire d'Etat aux collectivités locales ;

M. Laurent Cathala, nommé secrétaire d'Etat à la famille et aux personnes âgées ;

M. Jean-Yves Le Drian, nommé secrétaire d'Etat à la mer.

Par une communication de M. le ministre de l'intérieur, faite en application des articles L.O. 176-1 et L.O. 179 du code électoral, M. le président a été informé que sont remplacés jusqu'au renouvellement de l'Assemblée nationale :

M. Louis Mexandeau, député de la deuxième circonscription du Calvados, par Mme Dominique Robert ;

M. Jacques Guyard, député de la première circonscription de l'Essonne, par M. Jean Albouy ;

M. Alain Vivien, député de la neuvième circonscription de Seine-et-Marne, par M. Jacques Heuclin ;

M. Jean-Pierre Sueur, député de la première circonscription du Loiret, par M. Claude Bourdin ;

M. Laurent Cathala, député de la deuxième circonscription du Val-de-Marne, par M. David Bohbot ;

M. Jean-Yves Le Drian, député de la cinquième circonscription du Morbihan, par M. Pierre Victoria.

MODIFICATIONS A LA COMPOSITION DES GROUPES

(*Journal officiel*, Lois et décrets du 19 juin 1991)

GRUPE SOCIALISTE

(252 membres au lieu de 253)

Supprimer les noms de MM. Laurent Cathala, Jacques Guyard, Jean-Yves Le Drian, Louis Mexandeau, Jean-Pierre Sueur et Alain Vivien.

Ajouter les noms de MM. Jean Albouy, David Bohbot, Claude Bourdin, Jacques Heuclin et Mme Dominique Robert.

LISTE DES DÉPUTÉS N'APPARTENANT À AUCUN GROUPE

(22 au lieu de 21)

Ajouter le nom de M. Pierre Victoria.

QUESTIONS ORALES SANS DÉBAT

Parlement (élections législatives)

442. - 10 juin 1991. - **M. Jean-Louis Masson** attire l'attention de **M. le ministre de l'intérieur** sur le fait que, lors du rétablissement du mode de scrutin majoritaire pour les élections législatives en 1986, le Parlement avait prévu une révision du découpage après deux recensements de la population afin de tenir compte de l'évolution démographique. De son côté, le Conseil constitutionnel avait estimé que la constatation de cette évolution pouvait même résulter « de chaque recensement ». Or, il y a eu un recensement en 1990 et il souhaiterait qu'il lui indique s'il envisage ou non de procéder à une modification de certaines circonscriptions législatives avant le renouvellement prévu pour 1993. Dans cette hypothèse, il souhaiterait qu'il lui indique s'il est exact que sur la base de 577 députés, la taille moyenne des circonscriptions, qui était de 105 000 habitants en 1986, devrait être de 113 600 habitants à l'issue du recensement de 1990. En maintenant au moins deux circonscriptions par département, il souhaiterait savoir s'il est exact qu'il faudrait pour le reste supprimer deux circonscriptions à Paris et une dans dix départements dont le Nord, le Pas-de-Calais et la Moselle. Il souhaiterait qu'il lui communique la liste exacte de

ces dix départements et il souhaiterait connaître les douze départements où une circonscription supplémentaire devrait être créée.

Sports (football)

443. - 19 juin 1991. - **M. Christian Spiller** demande à **Mme le ministre de la jeunesse et des sports** de bien vouloir lui indiquer quelles sont les suites que le Gouvernement entend donner aux propositions d'ordre fiscal et social, d'une part, relatives à la présence des joueurs étrangers dans les clubs de football français et, d'autre part, contenues dans le rapport sur la situation de ce sport de haut niveau élaboré à la demande de son prédécesseur par M. Fernand Sastre.

Apprentissage (politique et réglementation)

444. - 19 juin 1991. - **M. Bernard Schreiner (Bas-Rhin)** appelle l'attention de **Mme le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle** sur la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans l'artisanat, résultant de la désaffection des jeunes vis-à-vis de l'apprentissage. Certes, de récentes déclarations de Mme le Premier ministre ont traduit la volonté de reconnaître l'apprentissage comme une filière à part entière, mais les modalités de mise en œuvre d'un nouveau programme pour l'apprentissage ne sont toujours pas connues. Il lui demande donc de bien vouloir lui exposer clairement les objectifs du Gouvernement en vue de favoriser l'apprentissage et de lui indiquer s'il n'y a pas une incompatibilité entre le désir de mener 80 p. 100 d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat et le souhait de voir les jeunes s'orienter vers les filières professionnelles.

Enseignement agricole (établissements)

445. - 19 juin 1991. - **M. Bruno Bourg-Broc** attire l'attention de **M. le ministre de l'agriculture et de la forêt** sur le projet de candidature de la région Champagne-Ardenne à l'accueil de l'Institut des sciences et techniques du vivant (I.S.T.V.). Ce projet qui a vu le jour officieusement en octobre 1989 et pour lequel son prédécesseur s'était montré très intéressé devait se concrétiser au début de l'année 1991. Depuis le 15 février 1991, date de dépôt du rapport de l'association Salmon-Legagneur, chargée de proposer le contenu pédagogique, c'est le silence total autour de ce projet. C'est pourquoi il lui demande de bien vouloir lui préciser où en est ce dossier qui a mobilisé toutes les personnalités du monde économique, scientifique, universitaire et politique de Champagne-Ardenne et qui représente une grande chance pour cette région, et de lui préciser, en cas d'abandon de ce projet, quelles propositions de remplacement il propose pour aider la région Champagne-Ardenne à élaborer un projet d'avenir.

Chimie (entreprises : Moselle)

446. - 19 juin 1991. - **M. André Berthol** expose à **M. le ministre délégué à l'industrie et au commerce extérieur** que la direction d'Atochem vient d'annoncer diverses mesures industrielles d'arrêt d'activités concernant les sites de Carling-Saint-Avold et Dieuze en Moselle. L'ensemble de ces dispositions entraînera : pour le site de Carling-Saint-Avold une réduction totale de 57 emplois venant s'ajouter aux 104 du « Plan Avenir » déjà prévus pour 1992 ; pour le site de Dieuze, une réduction des effectifs de 177 personnes pour aboutir à un effectif final restant de 65 personnes. La restructuration de la chimie publique française et maintenant les adaptations de la fabrication de polystyrène à l'évolution de la demande, avec les réductions d'effectifs en découlant, suscitent légitimement des interrogations de la part des personnels concernés. Les élus locaux et l'ensemble de la population de Moselle-Est sont également interpellés par l'avenir économique d'une région déjà confrontée à la récession charbonnière. Même si les investissements du Plan Avenir de la plate-forme Carling-Saint-Avold ont été réalisés, il n'en demeure pas moins que l'industrie chimique est entrée dans une phase de ralentissement, après des années euphoriques, et il y aura sans doute nécessité d'améliorer encore les performances de cette plate-forme par de nouveaux investissements (notamment sur les vapocraqueurs) ; et ces investissements nouveaux seront sans doute accompagnés par de nouvelles compressions d'effectifs. Dans ce contexte, la diversification industrielle de l'Est mosellan est devenue un objectif majeur que tous les partenaires de l'action d'industrialisation poursuivent avec solidarité et ténacité. Un

groupe industriel comme Elf doit assumer une mission d'industrialisation, aux côtés des collectivités, en vue d'assurer la création d'emplois nouveaux en amont et en aval de sa production chimique. Il lui demande quels sont les moyens actuellement mis en œuvre pour conduire une telle mission et quels sont les projets et perspectives de cette action d'industrialisation aussi bien à Dieuze que sur la plate-forme de Carling-Saint-Avold. Par ailleurs, dans une récente interview au *Figaro Economique*, M. Jacques Puechal, patron de la chimie d'Elf-Aquitaine, fondait les « ambitions tranquilles » de son groupe sur l'avènement de produits chimiques nouveaux. Qu'en est-il du projet de production de méthacrylate de méthyle (M.A.M.) dont le lancement serait à lui seul de nature à dissiper les inquiétudes des personnels de l'entreprise comme celles des populations et de leurs élus ?

Automobiles et cycles (entreprises)

447. - 19 juin 1991. - Sous prétexte de rendre l'accord sur la couverture sociale conforme à la loi n° 83-635 du 13 juillet 1983 sur l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, la direction de la régie nationale des usines Renault voudrait remettre en cause une grande partie des droits des femmes inscrits dans la convention collective et conquis par elles depuis de nombreuses années. Si ces mesures devaient être appliquées, elles auraient pour conséquence la négation du rôle social de la maternité comme du droit au travail des femmes, du fait de la remise en cause de toutes les mesures leur permettant de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. Ces objectifs sont plus en harmonie avec le plan de suppression des 4 622 emplois, chez Renault en 1991 qu'avec la volonté affirmée par le Gouvernement et la direction de la régie Renault de remuscler notre économie. C'est pourquoi **Mme Muguette Jacquaint** demande à **M. le ministre délégué à l'industrie et au commerce extérieur** quelles mesures elle entend prendre pour le maintien de toutes les dispositions acquises aux femmes de chez Renault, pour leur droit au travail et pour l'application de la loi sur l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Environnement

(pollution et nuisances : Bouches-du-Rhône)

448. - 19 juin 1991. - **M. Jean-François Mattei** attire l'attention de **M. le ministre de l'environnement** sur les graves atteintes portées à l'environnement et au cadre de vie à Marseille. Un plan national pour l'environnement ayant été présenté à l'Assemblée nationale en octobre 1990 et un plan écologique ayant été adopté par le conseil municipal de Marseille en janvier 1991, il souhaiterait connaître sa position sur quatre dossiers : 1° la rocade Fleming, implantée en 1970 et qui n'a, à ce jour, fait l'objet d'aucune mesure malgré l'importante nuisance sonore qui gêne près de 5 000 personnes ; 2° la rocade L2 dont la municipalité prévoit l'ouverture sans tunnel en plein cœur de noyaux villageois ; 3° la décharge d'Entressen, décharge non contrôlée en fonctionnement depuis 1912 ; 4° l'usine d'évacuation d'air usé du tunnel Prado-Carénage, prévue en plein cœur d'un quartier très peuplé, sans espaces verts et avec, dans l'entourage immédiat, des établissements hospitaliers et scolaires.

Logement (accession à la propriété)

449. - 19 juin 1991. - **M. Denis Jacquet** à la demande d'une association d'accédants à la propriété, souhaite obtenir de **M. le secrétaire d'État au logement** diverses précisions à la suite de la réponse faite à sa question écrite n° 14474 du 19 juin 1989, parue au *Journal officiel* du 5 mars 1990. Le prix de revient prévisionnel ou définitif des H.L.M. qui est visé aux articles L. 411-1, R. 411-1 du code de la construction et de l'habitation est-il limité pour les locataires attributaires par le prix plafond (toutes dépenses confondues) de l'arrêté du 21 mars 1966 ? Les locataires attributaires ont-ils la garantie de payer à la coopérative H.L.M. ce prix de revient définitif visé à l'article R. 422-20, qui ne peut dépasser ce prix plafond (toutes dépenses confondues) respecté au dossier de la direction départementale de l'équipement ? Dans la négative, à quoi sert ce prix plafond légal ? La coopérative calculée en mai 1971 le prix plafond (toutes dépenses confondues) tenu secret de chaque logement, soit 85 500 F (900 x 95 mètres carrés de surface habitable) et sur ce prix là, sa rémunération maximale depuis vingt ans ! La coopérative pouvait-elle exiger légalement de ces bénéficiaires de la législation H.L.M. (art. R. 441-2) un prix

« prévisionnel » de 125 000 F et cinq ans après un prix de revient « définitif » de 145 000 F (prix de revient maximum autorisé + 70 p. 100) ? La coopérative ne devait-elle pas les informer aussi du prix du plafond légal de 85 500 F, seul élément absent aux contrats et relevés annuels.

Formation professionnelle (politique et réglementation)

450. - 19 juin 1991. - **M. Garmain Gengenwin** expose à **Mme le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle** le problème des contrats d'apprentissage et des contrats de qualification. La situation actuelle met en cause la qualité même de la formation. Un choix s'impose : 1^o soit harmoniser beaucoup plus ces deux préparations à la qualification ; 2^o soit les différencier davantage. Si la réponse aux besoins réels du marché de l'emploi est prioritaire, toute concurrence devient insupportable. Une grave incohérence s'est progressivement créée. Des mesures urgentes s'imposent en vue d'œuvrer pour la qualité de la formation. Quelles propositions compte prendre le Gouvernement dans ce sens.

D.O.M. - T.O.M. (Martinique, risques naturels)

451. - 19 juin 1991. - **M. Claude Lié** attire l'attention de **M. le ministre des départements et territoires d'outre-mer** sur les retards apportés à l'indemnisation des sinistrés de la tempête tropicale « Klaus ». Il lui demande quelles mesures il entend prendre pour faire accélérer les procédures d'indemnisation et conforter l'effort des collectivités locales en faveur, notamment, des producteurs du secteur agriculture - élevage - aquaculture, durement frappés par cette tempête survenue en octobre 1990.

Sécurité sociale (cotisations)

452. - 19 juin 1991. - **M. Jean-Paul Planchou** attire l'attention de **M. le secrétaire d'Etat à la famille et aux personnes âgées**, sur les graves difficultés financières auxquelles seront confrontées certaines collectivités locales et associations qui gèrent des crèches familiales, lors de l'entrée en vigueur, au mois de janvier prochain, du nouveau mode de calcul des cotisations sociales des assistantes maternelles. La loi n° 90-590 du 6 juillet 1990, relative au statut des assistantes maternelles employées par des particuliers, stipule que le calcul des cotisations sera désormais effectué sur le salaire réel et non plus sur une base forfaitaire, ce qui améliorera substantiellement les droits sociaux de ces personnels. Afin d'éviter que ne s'instaure, au sein d'une même profession, une protection sociale « à deux vitesses », entre d'une part les assistantes maternelles employées par des particuliers et, d'autre part, celles qui travaillent pour des collectivités locales ou des associations, ce passage à l'assiette réelle sera généralisé dès 1992. Il est déjà prévu que le coût de cette mesure soit couvert, pour moitié, par le Fonds national d'action sociale de la Caisse nationale d'allocations familiales, qui a été abondé, dès 1991, de 103 millions de francs. Mais cette aide se révèle insuffisante pour permettre aux associations et aux collectivités locales de faire face à l'augmentation importante de la part patronale des cotisations sociales, dès lors que, prenant en compte le rôle essentiel des assistantes maternelles, leur professionnalisme et leur dévouement à la petite enfance, elles leur octroient des salaires supérieurs à deux heures de S.M.I.C. par journée et

par enfant. Pour ce qui est des communes, le budget social sera alourdi de manière conséquente. Et elles seront conduites à revoir, pour certaines d'entre elles, leur politique en matière de petite enfance. C'est pourquoi il souhaite connaître les mesures que vous comptez prendre afin d'éviter l'effet pervers de ces nouvelles dispositions, et compenser le surcoût qu'elles entraîneront pour les communes et les associations.

D.O.M.-T.O.M. (D.O.M. : audiovisuel)

453. - 19 juin 1991. - **M. Guy Lordinot** attire l'attention de **M. le ministre de la culture et de la communication** sur la situation du cinéma et de l'audiovisuel dans les départements d'outre-mer. La loi du 25 octobre 1946 instituant le Centre national de la cinématographie (C.N.C.) n'est pas applicable dans les départements d'outre-mer. Aussi, les professionnels du cinéma et de l'audiovisuel de ces départements se voient privés du bénéfice des dispositions de cette loi, ce qui entrave fortement la production et la gestion de l'image dans les D.O.M. Il lui demande s'il n'estime pas que l'application de la loi instituant le C.N.C. devrait être mise en œuvre dans les départements d'outre-mer.

D.O.M.-T.O.M. (Martinique : communes)

454. - 19 juin 1991. - **M. Guy Lordinot** attire l'attention de **M. le ministre des départements et territoires d'outre-mer** sur l'urgence de modifier la répartition du produit de l'octroi de mer entre les communes de la Martinique. Depuis 1975, les communes dites pauvres se partagent 5 p. 100 de la totalité du produit. Les sommes ainsi versées leur ont permis de combler très largement leur handicap originel et d'augmenter leur potentiel fiscal. Le mode de répartition n'ayant subi aucune modification, on en arrive aujourd'hui à la situation absurde où ces communes reçoivent une dotation bien supérieure à celle d'autres communes dont le potentiel fiscal est plus réduit. Il lui demande s'il ne lui semble pas urgent de corriger cette injustice.

Enseignement secondaire : personnel (professeurs certifiés)

455. - 19 juin 1991. - **M. Claude Lié** attire l'attention de **M. le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale**, sur la situation des candidats admissibles au C.A.P.E.S. En effet, une fois les résultats des épreuves d'admissibilité de 1991 connus en Martinique, le rectorat de l'académie Antilles-Guyane a fait savoir aux candidats admissibles que, faute de crédits, ceux-ci devraient assurer eux-mêmes leurs frais de transport jusqu'à Montpellier, lieu où se dérouleront les épreuves d'admission. Il faut rappeler que ces frais de transport, qui s'élèvent à plus de 7 000 francs par personne, ont toujours été pris en charge par le rectorat pour les candidats relevant de l'éducation nationale depuis au moins dix mois. L'annonce tardive de la décision de non-prise en charge des frais de transport constitue un sérieux handicap pour beaucoup d'admissibles de situation modeste. Il lui demande quelles dispositions il compte prendre afin que dans les D.O.M. les conditions dans lesquelles se déroulent les épreuves d'admission du C.A.P.E.S. respectent le principe d'égal accès de tous les citoyens aux emplois publics.

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 : - 06 : 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 an	108	852	
33	Questions 1 an	108	554	
83	Table compte rendu 1 an	52	38	
93	Table questions 1 an	52	95	
DEBATS DU SENAT :				
06	Compte rendu 1 an	99	536	
35	Questions 1 an	99	349	
85	Table compte rendu 1 an	52	81	
95	Table questions 1 an	32	52	
DOCUMENTS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :				
07	Série ordinaire 1 an	670	1 572	
27	Série budgétaire 1 an	203	304	
DOCUMENTS DU SENAT :				
09	Un an	670	1 536	

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION
 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15
 Téléphone STANDARD : (1) 40-58-75-00
 ABONNEMENTS : (1) 40-58-77-77
 TELEX : 201178 F DIRJO-PARIS

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande.

Tout paiement à la commande facilitera son exécution
 Pour expédition par voie aérienne, outre-mer et à l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination.

www.luratech.com
 Prix du numéro : 3 F
 (Fascicule de un ou plusieurs cahiers pour chaque journée de débats; celle-ci pouvant comporter une ou plusieurs séances.)



LuraTech

www.luratech.com