

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

SÉNAT

COMPTE RENDU INTÉGRAL DES SÉANCES

Abonnements à l'Édition des **DEBATS DU SENAT** : FRANCE ET OUTRE-MER : 16 F ; ETRANGER : 24 F

(Compte chèque postal : 9063-13, Paris.)

PRIÈRE DE JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE
aux renouvellements et réclamations

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION
26, RUE DESAIX, PARIS 15^e

AJOUTER 0,20 F
POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1970-1971

COMPTE RENDU INTEGRAL — 12^e SEANCE

Séance du Mercredi 4 Novembre 1970.

SOMMAIRE

PRÉSIDENTIE DE M. ETIENNE DAILLY

1. — Procès-verbal (p. 1743).
2. — Dépôt d'une proposition de loi (p. 1743).
3. — Mission d'information (p. 1743).
4. — Réforme hospitalière. — Adoption d'un projet de loi (p. 1743).

Discussion générale : MM. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Georges Portmann, André Aubry, Marcel Souquet, Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale ; François Schleiter, Jacques Maury, Marcel Fortier.

Sur la suite des travaux : MM. François Schleiter, le président. M. Jacques Henriët.

Suspension et reprise de la séance : MM. François Schleiter, le président, le ministre.

MM. Jean-Baptiste Mathias, Fernand Poignant, Mme Marie-Thérèse Goutmann, M. le ministre.

Art. 1^{er} :

Amendement n° 117 de M. François Schleiter. — MM. François Schleiter, le rapporteur, le ministre, Lucien Grand, président de la commission des affaires sociales ; Georges Portmann. — Rejet au scrutin public.

Amendements n° 12 de la commission, 96 rectifié de M. André Colin et 69 de M. André Aubry. — MM. le rapporteur, Jean Colin, André Aubry, le ministre. — Réservés.

Amendements n° 13 de la commission et 97 rectifié de M. Jean Colin. — MM. le rapporteur, Jean Colin, le ministre. — Adoption.

Amendements (réservés) n° 12 de la commission, 96 rectifié de M. Jean Colin et 69 de M. André Aubry. — Adoption des amendements n° 12 et 96 rectifié.

Amendement n° 14 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 2 :

Amendement n° 15 de la commission. — Adoption.

Amendement n° 4 de M. Georges Portmann. — MM. Georges Portmann, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendements n° 116 et 70 de M. Hector Viron. — MM. Hector Viron, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 16 de la commission. — MM. le rapporteur, le ministre. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 3 :

Amendement n° 114 du Gouvernement. — MM. le ministre, le rapporteur. — Rejet.

Amendements n° 1 de M. Marcel Souquet, 17 et 18 de la commission, 124 du Gouvernement et 19 de la commission. — MM. Marcel Souquet, le rapporteur, le ministre. — Adoption partielle de l'amendement n° 1. — Adoption des amendements n° 17, 18, 124 et 19.

Amendements n° 20 rectifié, 121 et 21 de la commission. — Retrait de l'amendement n° 121. — Adoption des amendements n° 20 rectifié et 21.

Adoption de l'article modifié.

Art. 4 :

Amendement n° 22 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 5 :

Amendement n° 71 de M. Roger Gaudon. — Mme Marie-Thérèse Goutmann, MM. le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendements n° 98 de M. Jean Colin, 23 de la commission et 125 du Gouvernement. — MM. Jean Colin, le rapporteur, le ministre. — Rejet des amendements n° 98 et 125. — Adoption de l'amendement n° 23.

Amendements n° 2 de M. Marcel Souquet et 24 de la commission. — MM. Marcel Souquet, le rapporteur, le ministre. — Retrait de l'amendement n° 2. — Adoption de l'amendement n° 24 modifié.

Adoption de l'article modifié.

Art. 6 :

Amendement n° 72 rectifié bis de M. Roger Gaudon. — MM. Roger Gaudon, le rapporteur, le ministre, André Aubry. — Rejet.

Amendement n° 126 rectifié du Gouvernement. — MM. le ministre, le rapporteur. — Rejet.

Amendement n° 25 de la commission. — Adoption.

Amendements n° 99 de M. Jean Colin et 23 de la commission. — Adoption de l'amendement n° 23.

Amendement n° 27 de la commission. — Adoption.

MM. André Mignot, le ministre.

Amendements n° 28 et 29 rectifié de la commission et 103 du Gouvernement. — MM. le rapporteur, le ministre, Louis Courroy. — Rejet de l'amendement n° 103. — Adoption des amendements n° 28 et 29 rectifié.

Amendement n° 30 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 7 :

Amendement n° 74 de M. Hector Viron. — MM. Hector Viron, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 104 du Gouvernement. — Retrait.

Amendements n° 31 et 32 de la commission et 127 du Gouvernement. — Adoption.

MM. André Mignot, le ministre.

Adoption de l'article modifié.

Art. 8 :

Amendements n° 33 de la commission et 3 de M. Marcel Souquet. — MM. le rapporteur, Marcel Souquet, le ministre. — Adoption de l'amendement n° 33.

Adoption de l'article modifié.

Suspension et reprise de la séance.

Art. 9 :

Amendements n° 34 de la commission, 128 rectifié et 129 du Gouvernement. — MM. le rapporteur, le ministre. — Adoption des amendements n° 34 et 128 rectifié. — Rejet de l'amendement n° 129.

Adoption de l'article modifié.

Art. additionnel 9 bis (amendements n° 112 de M. Pierre-Christian Taittinger et 122 du Gouvernement) : adoption.

Art. 10 :

Amendement n° 102 de M. Jean Colin. — MM. Jean Colin, le rapporteur, le ministre, Jacques Henriët. — Rejet.

Amendement n° 105 du Gouvernement. — MM. le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 35 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 11 :

Amendement n° 36 de la commission. — Adoption.

Suppression de l'article.

Art. 12 : adoption.

Art. 13 :

Amendement n° 106 rectifié du Gouvernement. — Adoption.

Amendement n° 76 de M. Hector Viron. — Réservé.

L'article est réservé.

Art. 14 :

Amendements n° 37 de la commission, 107 du Gouvernement et 123 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 15 : adoption.

Art. 16 :

Amendements n° 38 de la commission, 131 du Gouvernement et 39 de la commission. — Retrait de l'amendement n° 131. — Adoption des amendements n° 38 et 39.

Adoption de l'article modifié.

Art. 17 :

Amendements n° 115 du Gouvernement, 40 de la commission et 7 de M. Georges Portman. — MM. le rapporteur, le ministre, François Schleiter. — Adoption de l'amendement n° 115. — Retrait des amendements n° 40 et 7.

Adoption de l'article modifié.

Art. 18 :

Amendement n° 41 de la commission. — Retrait.

Adoption de l'article.

Art. 19 à 22 : adoption.

Art. 23 :

Amendement n° 43 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 24 :

Amendements n° 44 et 45 de la commission. — Retrait.

Adoption de l'article.

Art. 25 : adoption.

Art. 26 :

Amendement n° 119 de M. François Schleiter. — Retrait.

Amendements n° 108 du Gouvernement, 46, 47 et 48 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 27 :

Amendement n° 78 de M. Hector Viron. — Réservé.

Amendement n° 49 de la commission. — Adoption.

L'article est réservé.

Art. 28 :

Amendement n° 79 de M. Roger Gaudon. — Réservé.

Amendement n° 50 de la commission. — Adoption.

L'article est réservé.

Art. 29 :

Amendements n° 51 et 52 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 30 :

Amendement n° 53 de la commission. — Adoption.

Amendement n° 82 de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — Réservé.

Amendement n° 83 rectifié de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — Réservé.

Amendement n° 84 de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — Réservé.

Amendement n° 85 de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — Rejet.

Amendement n° 54 de la commission. — Adoption.

L'article est réservé.

Art. 31 :

Amendements n° 109 du Gouvernement et 137 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 32 :

Amendements n° 56 et 57 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 33 :

Amendement n° 8 de M. Georges Portmann. — MM. François Schleiter, le rapporteur, le ministre. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 34 : adoption.

Art. 35 :

Amendement n° 58 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 36 :

Amendement n° 59 de la commission. — Adoption.

Amendement n° 87 de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — Réservé.

L'article est réservé.

Art. 37 : adoption.

Art. 38 :

Amendement n° 88 de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — Rejet.
Adoption de l'article.

Art. 39 : adoption.

Art. 40 :

Amendement n° 89 de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — MM. André Aubry, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendements n° 60 de la commission et 11 de M. Georges Portmann. — MM. le rapporteur, François Schleiter, le ministre. — Retrait de l'amendement n° 11. — Adoption de l'amendement n° 60.

Amendement n° 61 de la commission. — Retrait.
Adoption de l'article modifié.

Art. 13 (réservé) : adoption, modifié.

Art. 27 (réservé) : adoption, modifié.

Art. 28 (réservé) : adoption, modifié.

Art. 30 (réservé) : adoption, modifié.

Art. 36 (réservé) : adoption, modifié.

Art. 41 :

Amendement n° 62 de la commission. — Adoption.
Adoption de l'article modifié.

Art. additionnel 41 bis (amendement n° 63 de la commission) : adoption.

Art. 42 : adoption.

Art. 43 :

Amendements n° 64 de la commission et 132 du Gouvernement. — Adoption.
Adoption de l'article modifié.

Art. 44 :

MM le rapporteur, le ministre.
Adoption de l'article.

Art. 45 : adoption.

Art. 46 :

Amendement n° 110 du Gouvernement. — Adoption.

Amendement n° 113 de M. Pierre-Christian Taittinger. — MM. Pierre-Christian Taittinger, le rapporteur, le ministre. — Adoption.

Amendements n° 95 de M. Hector Viron et 136 du Gouvernement. — MM. André Aubry, le ministre, le rapporteur. — Retrait de l'amendement n° 95. — Adoption de l'amendement n° 136.

Adoption de l'article modifié.

Art. 47 :

Amendement n° 65 de la commission. — MM. le rapporteur, le ministre. — Retrait.

Amendements n° 111 du Gouvernement et 134 de la commission. — Adoption de l'amendement 111 modifié.

Adoption de l'article modifié.

Art. 48 :

Amendements n° 66 de la commission et 93 de Mme Marie-Thérèse Goutmann. — MM. le rapporteur, André Aubry, le ministre. — Retrait de l'amendement n° 66. — Rejet de l'amendement n° 93.

Amendement n° 67 de la commission. — Retrait.

Adoption de l'article.

Art. 49 :

Amendement n° 94 rectifié de M. Hector Viron. — Retrait.
Adoption de l'article.

Art. 50 et 51 : adoption.

Art. 52 :

Amendement n° 68 de la commission. — Adoption.
Adoption de l'article modifié.

Art. 53 : adoption.

Sur l'ensemble : MM. Marcel Souquet, André Aubry.

Adoption du projet de loi au scrutin public.

5. — Dépôt de rapports (p. 1800).

6. — Représentation à un organisme extraparlamentaire (p. 1800).

7. — Ordre du jour (p. 1800).

PRESIDENCE DE M. ETIENNE DAILLY, vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures quarante minutes.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

PROCES-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la séance d'hier a été distribué.

Il n'y a pas d'observation ?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

— 2 —

DEPOT D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. J'ai reçu de M. Henri Caillavet une proposition de loi tendant à modifier le délai de désignation des délégués sénatoriaux.

La proposition de loi sera imprimée sous le numéro 42, distribuée et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (Assentiment.)

— 3 —

MISSION D'INFORMATION

M. le président. L'ordre du jour appelle l'examen de la demande présentée par la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale tendant à obtenir l'autorisation de désigner une mission d'information chargée d'étudier en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française les problèmes que pose l'administration de ces territoires, après la mise en application des mesures législatives les concernant, adoptées par le Parlement au cours des dernières années.

Il a été donné connaissance de cette demande au Sénat au cours de la séance du mardi 3 novembre 1970.

Je vais consulter le Sénat sur cette demande.

Il n'y a pas d'opposition ?...

En conséquence, la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale est autorisée, en application de l'article 21 du règlement, à désigner la mission d'information qui faisait l'objet de sa demande.

— 4 —

REFORME HOSPITALIERE

Adoption d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi portant réforme hospitalière. [N° 365 (1969-1970) et 40 (1970-1971).]

Je rappelle au Sénat que, conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, aucun amendement à ce projet de loi n'est plus recevable.

Dans la discussion générale la parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur de la commission des affaires sociales. Mesdames, messieurs, rarement le dépôt d'un projet de loi comme celui de la réforme hospitalière aura provoqué une telle fièvre dans les milieux médicaux. L'émotion a été grande chez tous ceux — praticiens à temps plein, praticiens à temps partiel, responsables de commissions administratives — qui se sentaient concernés par une telle réforme.

Avant même que ne soit déposé ce projet, de nombreux contacts ont été pris pour l'analyser, le commenter ou l'amender. Au seul mot de service public, certains criaient au monopole ; aux seuls mots de coordination, d'association, de concession, les défenseurs de l'hospitalisation privée se voyaient

ligotés, voire étranglés, tandis que les hospitaliers publics avaient le sentiment d'être frustrés d'une partie de leurs prérogatives.

Un projet aussi complexe a rarement été étudié, discuté en si peu de temps, le Gouvernement voulant que le Parlement prenne position au cours de cette session d'automne. Votre commission des affaires sociales m'a chargé d'adresser au ministre de la santé ses remerciements pour avoir accepté de déposer sur le bureau du Sénat ce projet en première lecture. Plusieurs raisons ont été données à ce geste : il est certain que, répondant au désir de M. le président du Sénat qui souhaitait faire travailler cette Assemblée utilement dès l'ouverture de la session — l'Assemblée nationale ayant à voter en première lecture le projet de loi de finances — le dépôt de cette réforme hospitalière permettait à votre commission des affaires sociales de se mettre aussitôt au travail. Malgré le peu de temps dont elle disposait, elle est parvenue, après un véritable marathon, à vous présenter en temps utile ce rapport. Que tous ceux qui nous ont permis d'obtenir ce résultat soient ici remerciés.

En second lieu, il n'est pas douteux que la composition de notre Assemblée qui compte un très grand nombre de présidents de commissions administratives, tous représentants des collectivités locales, ne le désignât pour s'intéresser au premier chef à ce délicat problème.

Il faut se rappeler que c'est la première fois que les questions hospitalières viennent en discussion devant le Parlement. Jusqu'à ce jour, seuls des ordonnances, des décrets ont successivement modifié la physionomie de l'hospitalisation en France.

Enfin, et pourquoi ne pas le dire, l'attitude d'un ministre que l'on a défini comme étant un ministre « solide et courageux » n'est pas étrangère à son désir de faire jouer à notre assemblée pleine de sagesse et d'expérience son véritable rôle, sur une réforme si importante, voulant marquer ainsi par ce dépôt en première lecture sur notre bureau son désir de respecter la volonté du pays, qui a voulu rendre au Sénat son véritable rôle dans le Parlement.

Pourquoi une réforme hospitalière ? Parce que l'hospitalisation est liée étroitement à l'état sanitaire de la nation dont dépend la bonne marche de l'économie.

Quand un individu est en bonne santé, tout va bien, tout est facile, tout est possible. Quand il est malade, rien ne va plus, rien n'est facile, tout paraît impossible. Que de sacrifices ne fait-on pas pour tenter de guérir ? Quel est celui d'entre nous qui, au seuil d'une maladie ou victime d'un accident, ne tourne les yeux avec une confiance indicible vers celui qui lui rendra la santé ? Et c'est bien là le drame, car les problèmes financiers ne peuvent être éludés.

Comment ne consentirait-on pas des efforts énormes pour améliorer les techniques modèles ? Comment n'accepterait-on pas de tout sacrifier pour vivre ? C'est le problème de la recherche scientifique et médicale, c'est le problème de la formation médicale et paramédicale. Nous sommes toujours prêts à payer cher la santé publique, parce que nous la voulons toujours meilleure. Oui sans doute la meilleure, mais à quel prix ! La courbe ascendante des dépenses de santé connaît une progression telle qu'elle atteindra dans quelques années le double du taux de croissance du produit national brut.

Il y a là un phénomène grave auquel il faut porter remède et le pays dans son ensemble doit, après les pouvoirs publics, en prendre à son tour conscience. C'est parce que les besoins de la santé sont de plus en plus nombreux et exigent de plus en plus de connaissances qu'il importe de faire de l'hospitalisation un véritable service public qui permettra de réglementer harmonieusement la mise en place des besoins des populations dans le cadre de la carte sanitaire du pays. La réforme, certes, a un souci ambitieux, celui de permettre une collaboration fructueuse entre l'hospitalisation publique et privée, en supprimant les barrières qui entretiennent les ignorances, en trouvant dans une émulation saine et productrice le moyen de faire cesser des rivalités stériles. Parce que leur répartition sera plus équilibrée si les moyens sont créés à l'échelon national, les charges que nous nous imposons permettront un rendement meilleur de l'ensemble des équipements sanitaires actuels et futurs. Un climat de confiance entre la médecine libérale et la médecine hospitalière est possible et peut être le gage d'une réussite appréciable.

Un rappel historique n'est pas inutile pour replacer dans son cadre ce véritable problème. Nous verrons ensuite ce qu'est l'hospitalisation en France et, dans un deuxième temps, nous analyserons ce que contient ce projet de réforme face aux exigences actuelles.

Sans remonter aux origines qui, de Périclès aux Césars, ont ignoré l'assistance désintéressée, mises à part les *valetu-*

dinaria créées pour recueillir les invalides des légions romaines, il faut attendre les premiers siècles du christianisme pour voir apparaître les balbutiements de l'hospice, où l'on doit veiller avant tout aux besoins spirituels de ceux que l'on accueille. « Aucun malade n'est reçu, s'il ne se confesse à l'entrée », lit-on dans les statuts.

L'hôpital reste un lieu inviolable où ne pénètrent ni force armée, ni force de police. Témoignage indiscutable de cette optique religieuse, le personnel hospitalier est essentiellement religieux, le recteur étant toujours un clerc.

A cette époque, les médecins sont rares dans les hôpitaux. Quand on en a besoin, on fait venir un barbier payé à la visite. Il faut attendre l'année 1328 pour voir attachés à l'Hôtel-Dieu deux chirurgiens jurés recevant une indemnité de douze deniers par jour, l'équivalent d'un de nos anciens francs.

Au ^{xv} siècle, apparaissent les premiers établissements uniquement consacrés aux enfants : à Lille la Maison des Bonnes filles, à Paris l'Hôpital des Enfants rouges. A cette époque, aussi, apparaissent, pour soigner les lépreux, les maladreries dont l'existence a été heureusement abrégée par la disparition de ce fléau.

La gestion financière de ces établissements est assurée par les legs de généreux donateurs, au nom de la charité chrétienne. Ce type de financement explique la diversité de la vie hospitalière, certains hôpitaux fort riches assurant une nourriture excellente et abondante, les malades couchant dans des draps de soie comme à Beaune ou à Angers. D'autres, aux ressources plus que modestes, végètent lamentablement.

Mais bientôt, à la fin du Moyen Age, une profonde transformation se fait jour. Le manque de ressources financières, dû surtout aux conséquences de la guerre de Cent Ans, provoque la désolation des hôpitaux, auquel se joint une crise de discipline ecclésiastique. C'est, en effet, à cette époque que se développe le protestantisme. Le clergé ne pouvant faire face à sa mission, l'on voit se dessiner l'intervention des municipalités et des parlements. A Lyon, par exemple, la crise budgétaire oblige le recteur à signer un acte de cession au profit des consuls de la ville. A Paris, l'Hôtel-Dieu connaît une indiscipline grave, les sœurs « se boxent entre elles à sang coulant, les relations coupables des frères et des religieuses se multiplient », ce qui provoque un arrêt du parlement qui nomme à la tête de l'Hôtel-Dieu huit bourgeois choisis par les échevins et désignés pour six ans.

A la fin de ^{xv} siècle, à côté des petits hôpitaux toujours sous la coupe de l'autorité ecclésiastique, les hôtels Dieu des grandes villes sont aux mains d'administrateurs désignés par les prévôts. Ils assurent le financement de ces établissements par des taxes, dont la plus connue est la taxe des pauvres et, plus tard, la taxe sur les spectacles. Il faut enfin prendre des mesures pour pallier les conséquences de la crise économique grave qui sévit en France au ^{xv} siècle et qui jette à la rue des milliers de sans-ressources — que l'on appelle alors les sans-aveux — troublant l'ordre public et la tranquillité des bourgeois. On en compte plus de 40.000 à Paris, d'où la création de l'hôpital général comprenant cinq hôpitaux : la Pitié, le Refuge, Scipion, Bicêtre, la Savonnerie, tandis qu'en province, à la fin de ^{xvii} siècle, ils sont au nombre de trente-trois.

Malgré tous ces efforts, l'anarchie règne à la veille de la Révolution, anarchie géographique : la répartition est faite au hasard des dons ; anarchie administrative : à côté des établissements sous la coupe des ecclésiastiques, certains grands établissements permettent à des gestionnaires « de mener une vie délicieuse au sein de la misère » ; anarchie financière : aucun équilibre dans les budgets, toujours cette inégalité entre les petits et les grands, certains étant dans un état catastrophique, tandis que d'autres, comme l'hospice Saint-Jacques-du-Haut-Pas créé par l'abbé Cochin, connaissent une situation des plus florissantes.

Que devient, dans tout cela, le rôle des médecins ?

Ceux-ci, peu nombreux, exercent dans des conditions déplorable ; les opérations ont lieu dans des salles communes où « le patient tourmente, par le spectacle qu'il offre et par ses cris, les malades qui seront bientôt soumis aux mêmes douleurs » ; logés comme ils le sont à trois ou quatre par lit, la contagion devient effrayante.

De toutes parts, des projets de réforme abondent, jusqu'au moment où le comité de mendicité de l'Assemblée constituante fait siennes les idées des réformateurs : la charité, « ce mot infâme » selon Voltaire, doit être remplacée par la bienfaisance confiée à la nation et non plus au bon vouloir du particulier. Les biens hospitaliers doivent être nationalisés. La première assemblée révolutionnaire n'arrivera pas à se mettre d'accord sauf sur la laïcisation des hôpitaux. La Convention décide de vendre leurs biens sans se préoccuper de la mise en place d'une organisation de secours publics. C'est ainsi que les hôpitaux assistent

à la vente de plus des trois quarts de leurs immeubles et propriétés foncières, à telle enseigne que Taine écrivait à propos de la situation des hôpitaux sous la Convention : « Il ne restait plus de quoi donner une tasse de bouillon à un malade ».

Après la Convention, le Directoire veut associer la bienveillance générale à la bienveillance individuelle. Le député Delecroy s'écrit à la tribune :

« Celui qui, le premier, a dit que le Gouvernement devait seul à l'indigent des secours de toute espèce et dans tous les âges a dit une absurdité ; gardons bien ce ressort qu'est la bienveillance particulière. »

La loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) donne aux municipalités la surveillance de tous les établissements, en créant à leur tête une commission de cinq citoyens. C'est là l'origine de nos actuelles commissions administratives.

Nous assistons à la fusion de multiples fondations particulières, à une gestion meilleure par une centralisation raisonnable, à la restitution aux hôpitaux de leurs biens ou d'immeubles équivalents, à la création de subventions communales qui, en 1938, allaient jusqu'à 29 p. 100 — les droits d'octroi et de spectacle sont rétablis. Mais il y a tout de même des inconvénients, la municipalisation accentuant le caractère anarchique de la répartition géographique. En 1847, 118.000 lits d'hôpital avaient été recensés. On lit dans les rapports qu'en 1857 trois hôpitaux n'ont pas traité un seul malade dans l'année. En 1900, 100 villes ont un lit par 100 habitants, d'autres villes en ont un pour 1.000. En 1958, un lit pour 123 habitants à Bordeaux, un lit pour 480 habitants à Marseille.

Sous le Consulat et l'Empire, un retour aux pratiques de l'ancien régime s'est fait jour. Les congrégations assurent un service qu'elles ont créé, on inaugure des fondations de lits hospitaliers ; enfin, en dehors des hôpitaux publics, se multiplie la création d'établissements privés, mais la dispersion anarchique de ces établissements devient alors encore plus grande, faute de coordination et de plan d'ensemble. Les institutions privées viennent de plus au secours de l'administration publique et le doyen Hauriou, en 1911, écrit : « Il serait souhaitable qu'il s'établît une entente étroite entre les deux catégories d'organisations pour éviter des déperditions de forces ». Nous voilà bien au cœur du problème.

Il n'y a donc pas si longtemps que le système hospitalier français répondait encore à une simple notion d'assistance.

Refuge des malades, des infirmes, des vieillards, des pauvres, son visage était celui de monsieur Vincent. Sa place aujourd'hui est tout autre devant les perspectives des services sanitaires étroitement liés à la médecine.

Quelle est la situation actuelle de nos hôpitaux publics ou privés ?

Nés des fondations charitables ou des réalisations dues à l'initiative de collectivités locales, les établissements hospitaliers se sont développés un peu au hasard des circonstances ; et le rapport lits-population, dont les coefficients varient suivant les régions du simple au double, prouve que leurs développements n'ont pas toujours suivi les besoins réels de la population.

Il existe, bien sûr, des pavillons rénovés, comme ceux de la Pitié, de la Salpêtrière ou de Saint-Antoine. Plus de peintures écaillées, de murs souillés, de portes délabrées : un décor accueillant, fleuri, sentant bon le bois verni ; plus de salles immenses, impersonnelles et froides, mais des boxes, des chambres où le patient n'a que sa douleur à supporter.

Bien sûr, il y a mieux encore : les *buildings* récemment mis en service. Citons pour mémoire l'hôpital Ambroise-Paré ou le magnifique centre de cardiologie de Lyon qui m'a laissé une impression étonnante. Tout y est clair, fonctionnel, propre, coquet : des halls d'accueil fleuris, des chambres confortables à un, deux ou quatre lits, des salles d'examen, des bureaux de service moderne, des salles de détente, avec fauteuils *relax*, bibliothèque, jeux, téléviseurs pour les malades et le personnel ; des salles d'attente avec des boutiques possédant des journaux, des livres et des *gadgets* ; des *cafeterias*, des *self-services* réservés aux équipes soignantes, des circuits pneumatiques, des *talkies-walkies*, des *dispatchings* de surveillance.

Dans ces hôpitaux, des aménagements pour les malades et les visiteurs ont été prévus. Les horaires sont organisés pour les visites, pour les repas, pour le coucher et le lever. Le malade peut avoir ainsi le réconfort permanent d'une présence et, comme on l'a écrit récemment, cesse de dîner et de s'endormir « avec les poules ». Il n'est plus réveillé par l'équipe de nuit distribuant les thermomètres avant de partir. On l'autorise à s'entourer d'effets personnels pour recréer l'illusion d'un cadre familial. Lors de l'accueil, beaucoup de modifications heureuses ont été apportées pour éviter aux visiteurs le spectacle pénible des malades graves ou des grands blessés

déchargés des ambulances. Dans certains établissements, on a même créé un livret d'accueil où le malade trouve toutes les informations et les conseils qui peuvent faciliter l'adaptation à sa nouvelle vie.

L'hôpital de Saint-Quentin, récemment inauguré, est fier de ses aides soignantes transformées en hôtesses au sourire réconfortant et de son décor, de ses vasques fleuries et de ses plantes vertes qui font oublier les relents d'éther ou cette odeur atroce de chair meurtrie.

Que dire enfin des installations techniques, des équipements lourds dont il serait trop long de faire le compte et de vanter la technicité ?

Mais, à côté de ces établissements, tout à l'honneur de leurs promoteurs, subsistent des secteurs vétustes comme ceux de Bicêtre et de Necker, les hôpitaux de deuxième catégorie oubliés dans les coins de province, qui représentent les trois cinquièmes du nombre de nos hôpitaux, dont la visite fait mal parce qu'elle serre le cœur ; l'entassement des malades, surtout l'hiver, dans les couloirs, les migrations des petits vieux en pyjamas d'un pavillon à l'autre, la longue patience des consultants dans les différents services, le piétinement de parents angoissés au coin d'une galerie ; l'ordinaire qui, souvent, l'est bien trop, les repas qui sont froids parce qu'il faut parcourir des centaines de mètres de galeries, le linge douteux, le personnel lui-même dont il n'est pas question de mettre en cause le dévouement. Mais, comme le disait Sacha Guitry : « Il arrive certaines fois que les supérieurs nous paraissent vraiment très inférieurs ! »

Quel est celui d'entre vous, mes chers collègues, présidents de commissions administratives, qui n'a pas éprouvé cette sorte de lâcheté qui consiste, parce que l'on se sent responsable sans avoir les moyens d'y remédier, à traverser rapidement une salle commune avec le souci de ne pas voir les souffrances physiques et morales des malades, leur déchirante solitude, leur dignité blessée, avec, au milieu de ces vivants, la mort qui rôde derrière le masque dérisoire d'un paravent ?

Quel est celui d'entre vous qui n'a pas éprouvé, à ce moment-là, ce sentiment tellement humain de ne pas souhaiter être un jour soumis à une telle infortune ?

À côté de cet aspect particulier, il y a le problème d'une insuffisance en personnel et en matériel qui empêche l'hôpital d'assurer sa mission. Trop d'infirmières manquent à leur poste, trop d'aides soignantes remplacent les premières, trop de femmes de service, avec bonne volonté, accomplissent des tâches pour lesquelles elles n'ont pas été formées.

Dans tout cela, on ne retrouve aucune véritable hiérarchie fonctionnelle, aucun classement pratique. Les responsabilités restent partagées entre un organe délibérant, conçu pour administrer un service d'assistance, et une direction aux pouvoirs insuffisants souvent mal définis.

À côté de cet aspect moral, il y a le problème financier, grave, qui risque de prendre des proportions inquiétantes.

Dans l'exposé des motifs du projet gouvernemental, il est dit que les soins dispensés dans les établissements hospitaliers publics et privés représentent près de 40 p. 100 des dépenses des régimes d'assurance maladie, soit 2 p. 100 du produit national brut.

L'hospitalisation publique consomme la moitié des produits, des fournitures utilisées par les collectivités locales et les organismes qui en dépendent avec une augmentation constante de 20 p. 100 chaque année.

Le prix de journée d'hôpital prend des proportions effarantes quand on sait que, pour un centre hospitalier régional, il s'élève à 159 francs en chirurgie, 124 francs en médecine et que, pour certains services de traumatologie de Paris, il atteint 442 francs avec une augmentation annuelle de 15 p. 100.

Pourquoi, me direz-vous, un prix de journée si élevé ? Par suite des charges imposées à l'hôpital qui ne connaît pas en compensation de subventions. Rappelons pour mémoire ces charges : personnel, salaires et charges sociales 60 p. 100, nourriture 9 p. 100, entretien des bâtiments 4 p. 100, amortissements et investissements 5 p. 100, divers — chauffage, électricité, etc. — 9 p. 100.

Dans ces chiffres, pour arriver à l'addition, il faut aussi inclure les centaines de millions que représentent les médicaments et que nécessite la recherche. Il ne faut pas oublier qu'un certain nombre d'obligations sont imposées à ces services : recevoir tous les cas graves et sociaux, assurer en permanence un service d'urgences et de réanimation, faire fonctionner des consultations externes souvent déficitaires, recevoir trente mille étudiants en médecine, quarante mille élèves des professions paramédicales, servir la recherche scientifique, enfin, se plier aux contraintes de tutelle qui risquent d'enlever tout dynamisme à la gestion.

Face à ces établissements, sous la pression de la demande que la généralisation des régimes d'assurance maladie obligatoires a encore développée, un système parallèle de soins privés à buts lucratifs ou non s'est fait jour et à grandi ; l'hospitalisation privée existe. Elle assure des soins de qualité pour un prix de gestion raisonnable, en s'entourant des garanties indispensables. Avec 31 p. 100 de lits, elle distribue au moins la moitié des journées d'hospitalisation offertes en France aux malades ; elle le fait dans toutes les disciplines : chirurgie, obstétrique, médecine générale ou spécialisée, réadaptation fonctionnelle, lutte anti-tuberculeuse, convalescence, etc., certains secteurs d'activité étant plus particulièrement développés.

Au cours d'une conférence de presse, le président de la fédération intersyndicale des établissements hospitaliers privés a déclaré en substance : « On a pris l'habitude de parler de trois sortes d'hospitalisation : la bonne, qui est l'hospitalisation publique, la passable, qui est l'hospitalisation privée à but non lucratif, enfin l'ignoble, qui est l'hospitalisation privée à but lucratif ». Il est certain que l'hospitalisation privée a souvent été la victime de préjugés. Parler à son propos de « commerce de la souffrance », de « boutiquiers de la santé » relève de l'ignorance ou de la mauvaise foi. Le service hospitalier privé contribue utilement à préserver la santé des Français.

Si les établissements de soins privés ne disposent pas toujours d'équipements aussi perfectionnés que les hôpitaux publics, ils offrent en revanche des conditions d'accueil et de séjour difficiles à trouver ailleurs. Je tiens à rendre hommage à ceux qui jouent ainsi un rôle utile de complément et qui ont conquis une place qu'il n'est pas question de leur disputer aujourd'hui.

Il existe plusieurs modes de qualification des hôpitaux : juridique selon la collectivité à laquelle l'établissement est rattaché ; administratif, suivant le nombre de lits existant, en vue de déterminer le grade des agents appelés à exercer les fonctions de direction technique, selon que le personnel est recruté par concours sur épreuves ou sur titres ; médical suivant l'importance de la commune d'implantation, le nombre de malades accueillis, les équipements et le corps médical dont dispose l'établissement. Compte tenu de ces facteurs, la structure hospitalière peut être symbolisée par l'image d'une pyramide composée de divers éléments : le centre hospitalier régional avec un personnel hautement qualifié et des locaux adaptés qui, lorsqu'il est dans une ville de faculté ou d'école de médecine s'associe avec cetted ernière poura créer un centre hospitalier universitaire ; les centres hospitaliers — 93 au 1^{er} juillet 1967 — au chef-lieu des départements, établissements qui possèdent, sauf les spécialités rares, tous les services — services de médecine, chirurgie, maternité, contagieux, spécialités courantes, laboratoires, organisation de consultations et soins externes ; les hôpitaux, au nombre de 410, couvrant l'ensemble du territoire avec services de médecine, de maternité ; parfois de chirurgie et spécialités courantes ; les hôpitaux ruraux, au nombre de 370, pourvus de services de médecine, de maternité, mais sans service de chirurgie.

Le projet de loi veut faire de l'hospitalisation en France un véritable service public hospitalier. Voyons d'abord son organisation, ensuite son fonctionnement.

A l'heure actuelle, il y a une juxtaposition des établissements publics relevant dans leur grande majorité des communes et les établissements privés, les uns à but lucratif, les autres à but non lucratif.

Malgré les efforts de la commission nationale de coordination des établissements de soins, malgré le paiement par les malades des frais d'hospitalisation le plus souvent remboursés par la sécurité sociale, il n'existe pas de vrai lien fonctionnel, l'implantation ne relève d'aucun plan d'ensemble, la gestion n'obéit pas à des normes communes, les établissements répondant à des fins commerciales concurrencent ceux qui assurent un service public. Il n'y a pas en quelque sorte de plan directeur d'urbanisme.

Le corps médical, ordonnateur de fait d'une grande partie des dépenses n'est pas suffisamment associé aux responsabilités de gestion, d'où la nécessité de mettre en place un service public structuré. Le texte prévoit que le service public hospitalier sera assuré par les établissements d'hospitalisation publics et sous certaines conditions que les établissements privés à but non lucratif, voire à but lucratif, qui le demanderaient, les uns et les autres pouvant conserver leur individualité et leur statut propre.

Quelles seront les missions de ce nouveau service public hospitalier : diagnostic des maladies et traitement des malades, blessés et femmes enceintes ainsi que leur hébergement éventuel avec la tenue des dossiers individuels de santé ; contribution à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ; contribution à toutes les actions de la

médecine préventive. Certains établissements du service public hospitalier pourront être chargés d'organiser et de coordonner des actions préventives définies à l'échelon départemental.

Dans le même esprit, des médecins hospitaliers engagés à plein temps pourront, en dehors de leur fonction hospitalière, se voir confier des activités extra-hospitalières de prévention rémunérées par les collectivités intéressées.

Ce nouveau service aura enfin pour mission la participation à la recherche et à l'éducation sanitaire.

Quelle est la structure de ce service hospitalier ?

Il sera organisé à deux niveaux. Pour tenir compte des besoins de la population et pour assurer une meilleure répartition, le projet prévoit la délimitation des régions sanitaires et des secteurs sanitaires.

Des secteurs allant de 50.000 à 200.000 habitants seront ainsi créés, mettant à la disposition des populations tous moyens de prévention, de diagnostic et de soins par des établissements dont la nature, le nombre, l'importance et l'implantation seront définis.

Les services dits « de pointe » et de « haute spécialité » se trouveront groupés au niveau de la région dans le cadre du C.H.U.

Cette sectorisation, dont l'exemple a été mis au point pour la psychiatrie avec succès, sera préparée au niveau des régions après consultation des conseils et des instances régionales.

Il s'agit là du problème si important de la carte sanitaire.

C'est au niveau régional, après consultation des conseils et instances locales, qu'elle pourra être établie, mais, pour être valable, la loi doit lui donner une valeur impérative.

Cette carte sera d'abord périodiquement révisée.

Ce sont les besoins mentionnés sur la carte qui permettront d'autoriser des projets de création et d'extension : il est à noter que cette prise en considération ne s'appliquera pas seulement aux projets immobiliers mais aussi aux équipements dits lourds, soit à cause de leur prix, soit à cause du personnel spécialisé nécessaire pour le servir.

Il ne faut pas oublier que de tels équipements engagent la sécurité sociale ; ils ne doivent être autorisés que dans la mesure des besoins. Un cahier des charges déterminera les conditions imposées aux établissements privés pour jouir des autorisations de la carte sanitaire dans la mesure où ils accepteront tous les malades.

Le préfet de région donnera l'autorisation de construire et de fonctionner, ce qui entraînera l'agrément de la sécurité sociale.

Cette décision viendra après l'avis d'une commission présidée par un magistrat et comprenant les représentants de toutes les parties intéressées.

Les recours seront possibles devant le ministre après avis d'une commission nationale.

Il n'est rien dit pour les établissements à caractère social comme les hospices ou maisons de retraite, car il est prévu un nouveau projet de loi actuellement à l'étude pour en définir l'intérêt.

La coordination existera dans un même secteur entre les différents établissements assurant le service public hospitalier, mais aussi entre secteurs voisins, ces groupements interhospitaliers formant des syndicats ressemblant un peu aux syndicats intercommunaux qui rendent de si grands services aux collectivités.

Il nous faut parler maintenant de la complémentarité qui devra exister au sein du service public hospitalier, secteur public et privé : c'est là un autre élément important de la réforme. Une fois la carte sanitaire établie avec ses besoins à satisfaire, certaines tâches seront confiées au secteur privé par concession ou association et sous certaines conditions, comme par exemple l'obligation d'accueillir tous les malades d'un secteur déterminé.

Comment vont fonctionner ces établissements publics d'hospitalisation ? Ils seront classés :

— d'abord en hôpitaux, pour les établissements de court et moyen séjour appelés à assurer les examens de diagnostic et les soins aux malades aigus avec ou sans hébergement, ainsi que les accouchements ;

— et en centres de cure et de réadaptation, pour les établissements assurant des traitements nécessitant un hébergement prolongé.

Dans le domaine de la gestion, un conseil d'administration tripartite associant les élus, les représentants de la sécurité sociale, le personnel médical et non médical remplacera l'actuelle commission administrative.

Désormais, la commission médicale consultative, obligatoirement interrogée sur les problèmes budgétaires ainsi que sur

l'organisation, le fonctionnement et le résultat d'exploitation des services médicaux, sera l'interprète du corps hospitalier auprès du conseil d'administration.

Ces mesures d'ordre législatif seront évidemment complétées par des dispositions réglementaires.

En complément de la généralisation du temps plein médical à l'hôpital, se poursuivra la collaboration d'une médecine à temps partiel sous la forme de contrats de cinq ans renouvelables.

Pour éviter l'isolement de la médecine hospitalière, des médecins à temps partiel seront associés au fonctionnement des services à plein temps.

Il sera possible désormais pour chaque praticien de ville d'avoir sa « blouse à l'hôpital » afin de suivre, en accord avec le médecin hospitalier et sous sa responsabilité, le traitement de son malade.

Est aussi prévue la création des dossiers individuels de santé. Leur but est de servir l'information des médecins chargés de la santé d'un patient par l'accès aux observations et documents relatifs à ce malade, ce qui évitera la répétition inutile d'examen coûteux, tout ceci dans le respect absolu du secret médical et de la liberté des personnes.

Enfin, les charges de la formation des personnels sanitaires qui grèvent actuellement les prix de journée devront être assumées, en partie au moins, par l'Etat.

Votre commission des affaires sociales, consciente de l'importance d'un texte dont elle avait à connaître en première lecture a, malgré la brièveté du temps qui lui était imparti, consacré de nombreuses séances de travail à son étude.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, est venu devant la commission à deux reprises : la première fois, le 22 septembre, pour lui exposer les grandes lignes du projet ; la seconde fois, le 21 octobre, pour répondre aux questions que votre président, votre rapporteur et de très nombreux commissaires ont posées sur la quasi-totalité des articles.

Le 14 octobre la commission avait longuement entendu les représentants des organisations professionnelles ou syndicales suivantes : fédération hospitalière de France, fédération inter-syndicale des établissements d'hospitalisation privée de France et d'outre-mer, union hospitalière privée, caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, confédération des syndicats médicaux français, union nationale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales, fédération nationale de la mutualité française, union des caisses centrales de la mutualité agricole.

En outre, votre rapporteur et votre président avaient reçu en dehors de la commission des délégations de l'union nationale des syndicats de médecins des hôpitaux publics et de la fédération des médecins de France, et dépouillé la volumineuse correspondance reçue soit à l'initiative des organisations, soit à la demande de la commission.

En conclusion, le projet de loi a pour objectif essentiel : de créer un service public hospitalier, d'harmoniser les rapports des établissements publics et privés, de créer la carte sanitaire, d'instaurer le livret de santé individuel.

Votre commission des affaires sociales, à une très grande majorité, s'est attachée à préciser ces points essentiels.

Par ses amendements et par les explications qu'elle a obtenues, elle a voulu garantir l'indispensable notion du libre choix, l'assouplissement des règles de fonctionnement des services hospitaliers, afin de les rendre plus attractifs et de faciliter, par cette incitation, la coordination. Elle a voulu réaliser un heureux équilibre entre les rôles des conseils d'administration et des directeurs.

Tout en reconnaissant l'intérêt que représente un livret de santé, elle est restée intransigeante sur les principes d'inviolabilité du secret médical en interdisant toute possibilité de divulgation qu'entraîneraient la connaissance, et à plus forte raison, la modification de son contenu.

A ceux qui se réclament d'un service national de santé, elle dit non, devant les conséquences désastreuses pour les malades qui ne sont plus que des matricules aiguillés, comme avec un dispatching, sur tel ou tel praticien du secteur.

A ceux qui souhaitent l'instauration d'une médecine fonctionnarisée où l'on doit être malade à certaines heures et certains jours, elle dit non, le respect de la personnalité et de la liberté de chacun étant la condition de l'épanouissement de l'homme.

A une heure qui est celle de l'Europe, où se discutent les problèmes de santé du Marché commun, elle confie aux représentants de la C. E. E. l'avenir de la médecine de ce pays : il n'y a pas si longtemps que, devant le Parlement européen, les directives de Bruxelles avaient pour conclusions celles qui avaient été élaborées dans les commissions médicales françaises.

Bien sûr, votre commission sait que tout n'est pas parfait dans ce projet gouvernemental. On ne manquera pas d'objecter le délicat problème de l'harmonisation des tarifs, en particulier. Il est évident que tout cela est étroitement lié au problème des crédits si l'on ne veut pas que ce texte ait mis en place des mécanismes vides de sens.

Il y a des lacunes profondes si on considère ce projet comme devant tout régler mais votre commission considère qu'un effort important a été tenté pour remettre de l'ordre dans la maison.

En étudiant les articles, elle s'est consacrée avec méthode, sagesse et objectivité à la tâche. Compte tenu des assurances données par le ministre dont la volonté — qui rejoint la nôtre — est d'offrir à la population de notre pays un cadre législatif assurant un système hospitalier efficace et adapté aux exigences d'une mutation qui transforme à chaque instant notre vie, elle souhaite que ce travail soit pris en considération par la Haute assemblée : c'est un jugement qu'elle attend avec confiance, consciente d'avoir rempli la mission pour le plus grand bien de la santé publique.

En conclusion, votre commission des affaires sociales vous demande d'adopter le projet de loi. (*Applaudissements.*)

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

M. Georges Portmann. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, vous auriez trouvé curieux que le seul doyen de faculté de médecine siégeant dans cette Assemblée, qui de plus a participé pendant plus de vingt ans aux travaux de la commission administrative des hôpitaux de Bordeaux, ne prenne pas la parole dans la discussion de la loi hospitalière.

A cette occasion, je considère de mon devoir de donner en toute indépendance mon opinion sur le projet qui est soumis à votre approbation.

Monsieur le ministre, vous êtes un libéral, vous l'avez prouvé par vos gestes, par vos paroles. Nous sommes voisins, nous nous connaissons ; nous sommes girondins tous les deux et amis. Vous connaissant, je suis persuadé que vous n'entendez pas porter la moindre atteinte à l'indépendance de la médecine privée.

Dans son magnifique livre *Guerre et Paix*, Tolstoï écrit cette phrase : « Priver un homme de la liberté, c'est le priver de la vie. » Pas plus que lui, nous ne pensons à une liberté s'exprimant par la licence, le désordre, l'anarchie, mais à une liberté constructive et profonde. C'est cette liberté que nous voulons pour l'hospitalisation privée. Or je ne pense pas que dans votre projet vous donniez à l'hospitalisation privée la place qui lui convient.

La finalité du problème est simple. Dans un établissement de soins, deux groupes de gens se rencontrent : ceux qui doivent être soignés et ceux qui soignent. Ceux qui soignent doivent trouver dans cet établissement tous les éléments techniques ou autres que leur offre l'évolution de la science et de la médecine moderne. C'est une garantie d'efficacité, donc de qualité, et le prix ne doit pas intervenir.

Ceux qui sont soignés ont évidemment droit — mais ce n'est pas suffisant — à la qualification des gens qui soignent ; ils ont droit aussi à un matériel thérapeutique moderne, mais ce n'est pas suffisant ; ils ont droit aussi au confort et à un entourage psychologique en rapport avec la dignité humaine, mais ce n'est pas encore suffisant. Il leur faut cette chaleur humaine que ni la technique la plus poussée ni les robots de la science moderne ne pourront remplacer.

Je vous disais il y a un instant, monsieur le ministre, que votre projet ne me satisfaisait pas, parce qu'il ne donne pas à l'hospitalisation privée la place à laquelle elle a droit, à côté de l'hospitalisation publique. Dans votre projet, nous trouvons, en effet, un certain nombre d'articles qui paraissent anodins, mais qui poussent peu à peu l'hospitalisation privée dans un ghetto dont elle ne pourra pas sortir. A l'inverse, votre projet, à terme, favorisera le développement d'une espèce de monopole de principe en faveur de l'hospitalisation publique. Certaines dispositions de ce texte nous font même craindre que la libre et loyale concurrence, qui doit exister entre les deux formes d'hospitalisation, ne diminue chaque jour davantage.

L'hospitalisation privée n'aura même plus la libre disposition de l'enseignement des infirmières ou des éléments paramédicaux, puisque vous créez des instituts de fonctionnement, d'enseignement et de formation alors que les établissements privés paient pourtant des taxes d'apprentissage élevées.

Monsieur le ministre, depuis que la sécurité sociale a été instituée dans ce pays, l'hospitalisation privée a fait acte de foi et a répondu à toutes les nécessités pour soigner les Français.

Selon les chiffres qui ont été appelés tout à l'heure par notre rapporteur, que je félicite de son magnifique rapport, si documenté et si complet, l'hospitalisation privée dispose de 180.000 lits

contre 330.000 à l'hospitalisation publique. Ce sont les dernières statistiques que je connaisse ; elles datent de 1965. Or, l'hospitalisation privée assure 40 millions de journées contre 44 millions à l'hospitalisation publique. Par conséquent, la moitié de la population française est actuellement soignée dans des établissements privés et l'autre moitié dans des établissements publics.

M. Lortat-Jacob, président de l'ordre des médecins a publié hier une interview dans *France-Soir* d'où il ressort que 52 p. 100 des Français vont dans des cliniques privées et 49 p. 100 dans les hôpitaux publics. Il constate que ce ne sont d'ailleurs pas les plus fortunés qui vont dans les cliniques privées ; ce sont souvent des travailleurs, des ouvriers. Et cette constatation, il a pu la faire entre autres dans sa propre clinique.

Ces chiffres montrent avec éloquence, me semble-t-il, l'importance de l'hospitalisation privée par rapport à l'hospitalisation publique.

Monsieur le ministre, je voudrais que cette collaboration entre ces deux secteurs de la santé, dont tout à l'heure notre rapporteur M. Blanchet a parlé avec tant de conviction et d'éloquence, se manifeste dans les faits. Il me souvient qu'en 1962, alors que je présidais le troisième congrès national et international de l'hospitalisation privée à Biarritz, votre prédécesseur à la santé publique, aujourd'hui ministre de l'intérieur, M. Marcellin, déclarait, pour me rassurer, en réponse à mon discours :

« Entre mes mains, la loi de coordination n'est pas et ne sera pas une arme de guerre contre l'un ou l'autre des deux secteurs car, tout au long de ma carrière parlementaire, j'ai été un adversaire résolu de toute collectivisation, de toute étatisation franche ou hypocrite. »

Vous-même, monsieur le ministre, me disiez il y a quinze jours à la commission des finances : « Je suis en faveur de la collaboration la plus entière et je suis contre une concurrence sauvage ». C'est le terme que vous avez employé, je vous le rappelle aujourd'hui.

Voilà donc des déclarations faites, à huit ans d'intervalle, par deux ministres qui sont toujours au Gouvernement et cette collaboration n'a jamais été aussi éloignée qu'à l'heure actuelle. Et pourtant, monsieur le ministre, l'hospitalisation privée n'a pas démerité, bien loin de là. Dans bien des cas, elle se substitue en quelque sorte à l'hospitalisation publique pour des traitements que cette dernière ne peut effectuer. Des millions de personnes, en France, ont été sauvées par l'hospitalisation privée.

J'ai ici une thèse qui a été passée il y a trois semaines à la faculté de Bordeaux par le docteur Delahodde. Elle est intitulée : « Bilan d'un centre privé d'hémodialyse après dix-huit mois de fonctionnement ». Pour mes collègues qui ne sauraient pas ce qu'est l'hémodialyse, je précise qu'il s'agit du rein artificiel.

Le préambule de cette thèse contient quelques phrases tout à fait caractéristiques que je vous demande la permission de lire. Voici : « Mais pour autant la thérapeutique des insuffisants rénaux chroniques n'est pas résolue. La complexité de la technique employée et surtout le coût de revient considérable des dialyses itératives offrent peu de possibilités réelles en face du nombre des malades qui meurent chaque année d'insuffisance rénale chronique.

« Au cours de ces dernières années, le traitement des insuffisants rénaux chroniques n'était assuré que par quelques grands centres hospitaliers ne disposant souvent que de possibilités matérielles très réduites. Ces centres pratiquaient une sélection très sévère des dialysés, la priorité étant réservée aux insuffisances rénales aiguës.

« Le budget des affaires de santé — poursuit le docteur Delahodde — étant actuellement insuffisant pour subvenir chaque année aux deux à trois mille urémiques chroniques justifiées de la dialyse itérative, seuls les capitaux privés pouvaient permettre, dans la quasi-totalité des pays développés, l'augmentation du nombre des reins artificiels déjà existants.

« Ainsi, depuis quatre ans, en France, apparaissent des centres privés d'hémodialyse qui contribuent avec les centres hospitaliers au traitement des insuffisants rénaux chroniques. En 1970, les centres privés sont au nombre de quinze, répartis dans toute la France.

« Le premier centre privé à apparaître dans le Sud-Ouest est le centre d'hémodialyse privé de la clinique Saint-Augustin de Bordeaux ». Je connais cette clinique encore mieux que vous, monsieur le ministre, puisque c'est là que j'opère.

« Il fonctionne depuis le 30 septembre 1968, complétant le service de néphrologie du centre hospitalier régional de Bordeaux, imité par la suite par de nombreux autres centres privés dans tout le Sud-Ouest. »

J'ai reçu avant-hier du directeur de ce centre de rein artificiel confirmation de ce qui précède. Excusez-moi de parler

de Bordeaux, ville que je connais bien, mais le problème est le même dans toutes les villes de France. La direction de ce centre s'exprime en ces termes :

« Le centre de dialyse de la clinique Saint-Augustin a ouvert le 1^{er} octobre 1968 avec quatre reins et a été porté rapidement à huit reins. Il a effectué, à la date du 1^{er} novembre 1970, 4.500 séances de dialyse.

« Au départ, ce centre privé a récupéré quatre malades venant de l'hôpital Sainte-Anne de Toulon que le service de néphrologie de l'hôpital Pellegrin de Bordeaux lui avait envoyés. » Le comble, c'est que les habitants du Sud-Ouest étaient obligés d'aller se faire traiter à l'hôpital maritime de Toulon car il n'y avait pas, dans le Sud-Ouest de la France, de rein artificiel.

« Quant au centre privé de la clinique Saint-Augustin — indique le directeur de ce centre — son nombre de postes de rein artificiel vient d'être porté de huit à dix-huit, permettant de traiter cinquante-quatre malades.

« C'est dans ces conditions que le service de néphrologie de l'hôpital Necker et l'A. U. R. A. — Association pour l'utilisation du « rein artificiel » dans la région parisienne — organisme privé, nous ont demandé de prendre en charge plusieurs de leurs malades en attendant de leur trouver des places dans les centres parisiens actuellement complets ou de leur permettre de s'organiser en vue d'effectuer la dialyse au domicile de ces malades. »

Voilà ce que réalise l'hospitalisation privée. C'est un fait que vous pouvez vérifier.

Que vous dirai-je, monsieur le ministre, de la greffe du rein ? Je vous ai posé une question écrite, le 3 mars 1969. Je n'ai toujours pas obtenu de réponse alors que, réglementairement, vous deviez me répondre dans les deux mois. Je vous ai rappelé cette question l'autre jour en commission. Vous m'avez dit que vous me répondriez tout de suite. J'attends encore. Vous levez les bras, mais ceux qui veulent pratiquer des greffes rénales n'ont pas la possibilité de la faire faute de greffes. La plupart du temps, ce sont des blessés de la route qui peuvent fournir une greffe. On les transporte dans un centre de traumatologie. Mais lorsque le chirurgien néphrologue d'une clinique privée veut pratiquer la greffe d'un rein, on lui répond que ce n'est pas possible. Est-ce cela la collaboration entre l'hôpital public et l'hôpital privé ?

Mais il y a plus. En matière de traitement du cancer — tous ceux qui sont ici sont particulièrement sensibilisés par cette question — il existe à Paris quatre centres spécialisés appartenant à l'assistance publique. Trois seulement possèdent une bombe au cobalt, la troisième bombe n'étant d'ailleurs installée que depuis peu de temps.

Je vous citerai le cas d'une femme de Charenton qui, atteinte d'un cancer du petit bassin et souffrant le martyr, a été envoyée à l'hôpital Tenon pour y subir un traitement au cobalt. Arrivée à l'hôpital, on lui a répondu qu'il n'y avait pas de place et qu'elle ne pourrait pas être traitée avant quatre ou cinq mois. Fort heureusement, cette malade avait de la famille dans le Midi de la France, à Montpellier, où elle s'est rendue et où elle a pu être hospitalisée et traitée. Cela n'est tout de même pas acceptable !

Il n'y a pas d'accélérateur linéaire, sauf à l'institut Gustave-Roussy et à la fondation Curie, l'un et l'autre établissements privés à but non lucratif.

Mais revenons à Bordeaux, dont vous connaissez bien les problèmes, monsieur le ministre. Il n'existe pas de bombe au cobalt dans les hôpitaux publics de cette ville, mais on en compte quatre dans des établissements privés : deux au centre de cancérologie, une à la clinique Saint-Augustin, une à la clinique Tivoli, et ces établissements reçoivent les malades de l'hôpital public pour les traiter.

Soyons sérieux ! Voyons les choses telles qu'elles sont et concevons que l'hospitalisation privée, qui traite la moitié des Français, a le droit de cité au même titre que les hôpitaux publics.

Je pourrais vous citer bien d'autres exemples. Je ne le ferai pas. Je vous dirai seulement que l'hôpital Claude-Bernard, premier centre de réanimation de Paris, ne dispose que d'un simple *monitoring* offert par le laboratoire électronique de Dassault pour essayer de maintenir en vie les semi-comateux.

Alors, monsieur le ministre, je voudrais que vous établissiez une réelle collaboration, que vous ne vous contentiez plus de vaines affirmations, comme le faisait votre prédécesseur M. Marcellin. Les affirmations doivent être suivies d'effet. C'est la raison pour laquelle je vous demanderai d'accepter les amendements que j'ai déposés, notamment ceux auxquels je tiens particulièrement et portant sur les articles 2 et 36. En les acceptant, vous ferez œuvre de justice et vous ne vous mettrez en opposition ni avec vos paroles ni avec vous-même.

N'oubliez pas, mes chers collègues, que l'acte médical demande au médecin une personnalité particulière et un sens de l'humain qui font que cet acte ne ressemble à aucun autre. Dans la période que nous traversons, où la médecine française est dangereusement en butte à des moyens plus ou moins insidieux d'étatisation, je voudrais qu'on se rappelle toujours — c'est votre intérêt à tous, quelles que soient vos opinions politiques — qu'il y a trois libertés fondamentales : la liberté pour le malade de choisir son médecin et l'endroit où il veut être traité, la liberté de prescription médicale, la liberté pour le malade de s'inscrire à l'organisation de prévoyance qui lui convient. Ces trois libertés constituent la charte de la médecine française et sa beauté. C'est ce qui fait sa primauté.

Depuis un siècle et demi, la médecine a fait des progrès extraordinaires. Je suis vraiment surpris de voir que tout le monde est en admiration devant les progrès des transports, la pénétration des hommes dans l'espace, l'arrivée des hommes sur la lune et, j'ajouterais, les possibilités, croissant chaque jour, de détruire des hommes par millions avec des fusées ou des bombes, alors que personne ne trouve étonnants les progrès extraordinaires de la médecine et de la thérapeutique. (*Applaudissements au centre et à droite.*)

Depuis un siècle et demi nous avons assisté, sur le plan médical, au développement prodigieux des traitements.

Nous avons vu apparaître les glucosides, les alcaloïdes, les hormones, les vitamines, les médicaments de synthèse. Nous avons passé la période pasteurienne, puis la période des antibiotiques. Nous en sommes à la période atomique. Le résultat ? C'est que l'application de ces thérapeutiques a fait disparaître certaines maladies à 95 p. 100 et d'autres complètement. Si l'on doit admirer la thérapeutique médicale, que dire de la thérapeutique chirurgicale ! Nous autres, les hommes de l'art, nous sommes à la fois étonnés et inquiets des facilités avec lesquelles nous nous sommes entraînés à faire des opérations de plus en plus compliquées et des résultats que nous obtenons. Cela est dû, d'une part, aux antibiotiques, qui nous assurent une couverture de sécurité exceptionnelle depuis la magnifique découverte de mon ami sir Alexander Fleming, inventeur de la pénicilline, d'autre part, aux méthodes de réanimation et d'anesthésie. En matière de chirurgie nous pensions, avant le dernier conflit, avoir atteint les limites des possibilités humaines en s'attaquant au cerveau et à la moelle épinière. Aujourd'hui, on s'attaque au cœur même de la vie et la chirurgie cardiaque est passée dans les mœurs chirurgicales, la chirurgie à cœur ouvert est devenue courante dans les services spécialisés. Mais la chirurgie a également changé de caractère. Ce n'est plus une chirurgie anatomique, destructrice — on n'enlève pas un organe parce qu'il est malade — mais on le modifie suivant une chirurgie fonctionnelle. On pense que les maladies sont dues non pas à des lésions, mais à des troubles de fonction. Nous sommes donc en présence d'une chirurgie fonctionnelle et réparatrice et non plus d'une chirurgie destructrice.

L'évolution de la médecine et de la chirurgie a transformé en quelque sorte la vie des hommes. Ce sont des notions que nous ne pouvons et ne devons pas oublier.

On pourrait penser que les progrès de la technique tendraient à faire disparaître le médecin généraliste, le médecin de famille. Quelque paradoxal que ce soit, je tiens à dire à cette tribune que jamais le médecin de famille, le médecin généraliste, n'a été aussi nécessaire que maintenant. (*Applaudissements sur de nombreuses travées.*)

Nous ne pouvons pas nous séparer de notre passé, de nos parents, de notre environnement, pour employer un terme à la mode. Le médecin de famille a souvent vu naître son malade, il l'a suivi pendant son enfance, il sait quels ont été ses écarts de santé, quelles sont les tares des parents. Il sait comment vit la famille, il connaît la promiscuité avec les frères et sœurs, les petites haines familiales. En un mot, le médecin vit avec son malade. Quand il fait son diagnostic, il le fait donc en toute connaissance de cause. S'il sent qu'il ne peut l'établir, il envoie le malade chez un spécialiste ou dans un centre de diagnostic.

La médecine a en effet perdu son caractère artisanal ; elle est devenue une médecine communautaire et, dans certains cas, le médecin, pour établir un diagnostic, est obligé de faire faire des radiographies, des analyses diverses. Mais, comme je viens de le dire, cela ne diminue pas l'importance du médecin de famille.

Puis il a l'habitude, ce médecin de famille, de parler avec son malade. Il parle son langage, ce qui lui donne confiance.

Dans un rapport récent du docteur Bensaïd, j'ai relevé une expression qui m'a particulièrement frappé : « La frange d'angoisse aux confins de la médecine ». Mais oui, « la frange d'angoisse » de tous ces gens qui sont fatigués, qui ont peur du cancer, qui sont affolés par crainte d'un infarctus du myo-

carde. On les considère souvent comme des malades imaginaires parce qu'ils désirent avec une volonté frénétique qu'on leur trouve une maladie. Mais il y a également les angoissés qui sont aux prises avec une maladie. Il n'est pas douteux que les cardiaques sont angoissés, que les cancéreux sont angoissés, que les opérés sont angoissés. J'ai été opéré deux fois cette année. Chaque fois que je me suis rendu dans la salle d'opération pour être endormi j'étais angoissé.

Lorsque je regarde cette salle où je siége depuis 1932, où j'ai vu passer tant de mes collègues, j'aperçois des fauteuils qui sont devenus vides à droite, à gauche et au centre. D'aucuns sont morts d'un cancer du poumon, d'un infarctus, d'un cancer du larynx ou de l'estomac. Les voyant angoissés, je me suis efforcé de les calmer.

Cela, voyez-vous, c'est la beauté de la médecine ! Il faut que le médecin généraliste qui connaît son malade et le calme puisse le suivre dans les hôpitaux.

C'est évidemment dans les hôpitaux privés — monsieur le ministre, vous le savez — que le malade éprouvera le plus souvent le sentiment d'être en famille, le sentiment de tranquillité qui fera le plus facilement disparaître son angoisse.

Vous me direz qu'il y a de bons et de mauvais médecins ; il y en aura toujours et je crois également que l'on critique plus facilement le médecin quand on n'est pas malade. (*Sourires.*) Mais le médecin ou le chirurgien digne de ce nom qui se trouve en face d'un malade ne le considère pas comme un numéro, par exemple le numéro 10 de la salle 4. Il estime, au contraire, qu'il a affaire à un homme qui pense et qui souffre.

Soyez bien persuadés que nous ne devons jamais oublier ce que nous devons à la dignité humaine et que le médecin ne doit jamais oublier le respect de la personnalité de son malade.

Nous sommes des cartésiens et, par conséquent, des gens attachés à la mesure. Nous n'acceptons aucun excès, pas même ceux de la science, et surtout pas ceux de l'injustice et de l'absence de liberté.

Pendant les nombreuses années durant lesquelles j'ai professé, j'ai souvent cité à mes élèves cette phrase que j'ai prononcée à cette tribune voilà quelques années : « Un médecin guérit rarement, soulage quelquefois, mais doit consoler toujours. » (*Applaudissements sur de nombreuses travées.*)

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

M. André Aubry. Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames, messieurs, depuis dix ans le Gouvernement réforme. Administration centrale, services extérieurs, collectivités territoriales font, au gré des ministres qui se succèdent à un rythme qu'environneraient les républiques parlementaires, l'objet de réformes qui, toutes, suivant leur promoteur du moment, sont fondamentales et assurées de la pérennité.

En fait, les décrets s'ajoutent aux décrets et les réformes aux réformes.

Cette maladie, la « réformite », correspond au caractère technocratique du pouvoir et la « législation des chefs de bureau » que favorise la Constitution sévit dans tous les domaines et atteint tous les services publics.

Comme les animaux de la fable, tous n'en meurent pas mais tous en sont frappés. Cependant, si l'on fait abstraction du désordre qu'apportent ces réformes dans l'administration, on doit constater une remarquable continuité dans les intentions du pouvoir.

Il s'agit, à travers ces réformes, d'assurer toujours plus de centralisme, de mettre toujours plus en coupe réglée les services de l'Etat en les plaçant à la disposition des monopoles. Tel est le sens de la politique de « privatisation » des services publics poursuivie par le pouvoir.

L'organisation hospitalière, qui n'avait pas connu de réforme profonde depuis un siècle, est à son tour atteinte par la maladie et, bien entendu, les réformes qui nous sont proposées vont dans le sens du centralisme et de la mise à la disposition des intérêts privés de cet important service public.

Le projet de loi qui nous est soumis a, comme titre et objet principal, la réforme hospitalière.

L'urgence d'une réforme hospitalière globale est admise, sans conteste, par tous les intéressés, car la situation actuelle ne contente personne : malades, médecins, personnel, administration, etc. Elle ne répond pas, et de loin, aux besoins ressentis.

Toutefois, des orientations débordant largement le secteur hospitalier pur et simple et touchant directement à l'organisation d'avenir de la santé de notre pays sont introduites à l'occasion de ce projet de loi.

Il est donc fondamental de dégager clairement les diverses options proposées et de voir de quelle façon elles répondent aux besoins ressentis, aux nécessités actuelles et aux possibilités existantes.

Les progrès des sciences et des techniques médicales ont fait, particulièrement ces dernières années, un bond considérable. Dans de multiples secteurs, un pas sans précédent peut être accompli dans les domaines de la prévention et de la guérison. La compréhension, chaque jour plus approfondie, des phénomènes physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, assure des perspectives qui ne sont limitées que par les moyens mis en œuvre pour les rendre effectives.

De plus, grâce à de multiples facteurs — dont les luttes démocratiques ne sont pas parmi les moindres — l'idée ancienne « d'assistance sociale octroyée » a été remplacée par la notion de « droit à la santé » pour toutes les couches sociales, sans discrimination, vis-à-vis de tous les besoins sanitaires.

La santé est un service public ; l'hospitalisation doit l'être pleinement aussi. Dans ce cadre, il est indispensable de créer les conditions d'une participation pleine et entière de tous les intéressés, qu'il s'agisse des malades, des caisses, des médecins, du personnel, des collectivités ou de l'Etat, à l'élaboration de l'orientation comme à la gestion du service public hospitalier...

M. Léon David. Très bien !

M. André Aubry. ... et cela sans tutelle administrative contraignante, tranchant ainsi avec ce qui existe actuellement.

Or, qu'en est-il dans ce projet par rapport aux exigences, à savoir adaptation aux progrès de l'évolution de la médecine, service public mis à la disposition de toute la nation, gestion démocratique par l'ensemble des intéressés ?

Dès son exposé des motifs, M. le ministre de la santé exprime la philosophie générale des auteurs du projet : « C'est pour assurer, écrit-il, la meilleure utilisation de ces moyens financiers et de ces facteurs de production que le Gouvernement a envisagé, depuis plusieurs années, une réforme hospitalière. »

Ainsi, le secteur hospitalier, comme le secteur sanitaire dans son ensemble, est envisagé comme une entreprise lucrative, dont il faut au mieux organiser la rentabilité.

Ce n'est pas fait pour nous étonner, d'ailleurs...

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. C'est vous qui le dites !

M. André Aubry. C'est moi qui le dis et je prends la responsabilité de mes déclarations à la tribune.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Mais ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit !

M. André Aubry. Monsieur le ministre, j'ai cité les propos que vous avez tenus quand vous avez présenté le projet de loi.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Vos paroles ne reprennent pas mes déclarations.

M. André Aubry. C'est l'interprétation que j'en donne et, jusqu'à preuve du contraire, les faits sont là pour témoigner de l'exactitude de ce que je dis.

M. Léon David. C'est très juste !

M. André Aubry. Ce n'est pas fait pour nous étonner, disais-je, car cela apparaît parfaitement conforme aux objectifs définis par le VI^e Plan qui vise à diminuer au maximum le taux de progression des dépenses de santé. Comme si ces dépenses correspondaient à des faux-frais inutiles qu'il importe de réduire coûte que coûte et non pas à l'évaluation des besoins réels à satisfaire !

Le Gouvernement, quant à lui, n'a pas contribué à la progression des dépenses.

Cette réforme entre donc dans un plan d'ensemble dont elle ne constitue qu'un des aspects.

De l'étude attentive de l'ensemble du projet, on peut dégager deux points particuliers qui, de plus, soulignent l'ambiguïté de la politique suivie, à savoir les dossiers individuels de santé et l'établissement d'une carte sanitaire. Voyons tout d'abord le premier aspect.

Les dossiers individuels de santé correspondent à un besoin de rationalisation réelle du processus complexe, base de la santé d'un individu durant sa vie. Ils sont rendus possibles par l'état actuel de la technique informatique, mais leur existence effective dépendra avant tout du montant des crédits alloués par le Gouvernement, tant pour la fabrication et l'installation des centraux et terminaux nécessaires — avec les problèmes qui se posent inévitablement quant aux lignes téléphoniques spéciales indispensables — que pour la formation et la rémunération des personnels destinés à faire fonctionner cet appareillage.

De plus, une question fondamentale, pour les médecins comme pour l'ensemble des individus concernés, est celle du secret médical et de la garantie du fait qu'un tel dossier ne pourra servir que dans l'intérêt sanitaire d'une personne. Cela nous ramène directement à la nécessité d'une gestion démocratique du système sanitaire par l'ensemble des intéressés.

Le deuxième aspect concerne l'établissement d'une carte sanitaire.

Son utilité est également évidente ; nous la proposons d'ailleurs depuis longtemps. Toutefois, à la différence du projet gouvernemental, nous prévoyons une participation active des populations, des élus, du corps sanitaire dans la détermination des besoins. C'est d'ailleurs la seule façon de procéder si l'on a la volonté d'augmenter le niveau de santé général. On comprend donc pourquoi il est proposé une détermination administrative et autoritaire d'une telle carte.

De cette étude de l'ensemble du projet, on dégagera également quatre points fondamentaux : une conception hospitalo-centriste, une gestion antidémocratique, des facilités données aux entreprises du secteur privé au détriment du secteur public, une démission de l'Etat vis-à-vis de ses propres responsabilités. Là encore, procédons par point.

D'abord, la conception hospitalo-centriste. Au lieu d'intégrer le secteur public hospitalier à l'ensemble des services concourant à la santé publique, dans le cadre d'une véritable sectorisation sanitaire, on centre tout sur l'organisation hospitalière ce qui, compte tenu de l'état de choses actuel, tend à déséquilibrer l'avenir de la santé, en laissant de côté la médecine pratique « disséminée » et en la mettant sous la tutelle effective de l'hospitalisation, en ignorant le véritable problème de la prévention dans son ensemble qui ne commence pas à la porte de l'hôpital, mais là où est implantée la population.

Les secteurs d'action sanitaire, de par leur mode de détermination seront — on peut le craindre — plus axés sur les réalisations immobilières existantes ou en cours que sur les besoins réels de la population.

Deuxième question : la gestion peu démocratique, et cela à tous les niveaux : détermination de la carte sanitaire centralisée ; réduction du rôle et pouvoirs des commissions administratives face aux pouvoirs accrus des directeurs nommés ; attributions exorbitantes transférées aux « syndicats inter-hospitaliers ».

Il y a, certes, un problème de gestion à revoir et en ce sens, nos amendements avancent des propositions précises.

Des mesures d'ordre fondamentales sont à prendre, mais nous ne parlons pas, là encore, le même langage.

Service de santé structuré, dites-vous : votre service de santé prend la forme d'une étatisation. Nous lui voulons une forme plus souple, plus humaine et démocratique. Ce n'est pas une gestion autoritaire détenue par un représentant du Gouvernement omnipotent qui résoudra les problèmes d'hospitalisation. C'est une gestion, certes, structurée, comme nous le proposons, mais démocratique et où toutes les parties prenantes de la santé seront représentées.

C'est dans le cadre d'une coordination à l'échelon du secteur, de la région, de la nation, que le système sanitaire se coordonnera pour disposer d'une meilleure information pour aller vers des implantations rationnelles répondant aux besoins de la population citadine et rurale à tous les moments de sa vie et en fonction de ses besoins. Cela s'oppose catégoriquement aux structures technocratiques que vous voulez imposer, qui changeront la constellation hospitalière mécaniquement, sans prendre en considération les multiples visages de nos localités et de nos régions.

Voyons maintenant deux autres aspects : démission de l'Etat vis-à-vis de ses responsabilités et facilités données aux entreprises privées au détriment du secteur public. L'insuffisance historique des crédits de l'Etat, pour satisfaire le secteur sanitaire, n'a cessé de creuser l'écart entre besoins et réalisations. Quelques chiffres me permettront d'illustrer mon propos : actuellement 218.000 lits publics dont 60 p. 100 seulement considérés comme valables, soit 130.000 ; 95.000 lits sont à créer ou à moderniser. Au cours du V^e Plan, le nombre de lits privés a augmenté de 35 p. 100, tandis que celui des lits publics augmentait de 5 p. 100 seulement.

Pour le V^e Plan étaient demandés pour l'hospitalisation publique 220 millions de francs nécessaires au strict minimum ; 120 millions de francs ont été retenus toutes sources de financement comprises. 40 millions de francs ont été donnés par l'Etat, en sachant que les collectivités locales financent en moyenne 30 p. 100 des investissements et la sécurité sociale 30 p. 100 en moyenne, cela en plus de la couverture hospitalière assurée par celle-ci.

Pour le VI^e Plan, les évaluations de la commission sont, pour l'hospitalisation publique, de 30 milliards de francs; 15 milliards ont été demandés; 7,5 milliards seulement seront fournis par l'Etat. Et il ne faut pas oublier que le V^e Plan n'a été réalisé qu'à 65 p. 100 dans le domaine considéré.

Il est donc envisagé de permettre aux hôpitaux publics de faire appel au secteur bancaire privé, lucratif, pour ses investissements. Déjà le privé a couvert la majeure partie de certains secteurs. Le privé lucratif trouve des places de plus en plus confortables et rentables, dans les secteurs bien choisis, par exemple: petite chirurgie, maternité, thérapeutique de pointe, avec la bombe au cobalt en particulier. Là encore quelques chiffres me permettront d'illustrer mon propos: 150.000 lits privés, dont 90.000 en médecine, chirurgie et obstétrique; 25.000 en neuropsychiatrie; 42.000 de lutte antituberculeuse; 18.000 de repos, régime, convalescence; 5.000 de rééducation fonctionnelle. Lors d'un recensement récent, on avait pour le privé enregistré en chirurgie 51 p. 100 de lits existants; en obstétrique, 50,9 p. 100; 20 p. 100 des lits du privé datent de moins de dix ans; 52 p. 100 datent de moins de vingt ans.

Dans cette situation, incontestablement le volume financier représenté par l'application de la loi est très important. Or, quelles options financières sont dégagées? Aucune. Entendez-vous maintenir des options financières identiques à celles que nous venons d'évoquer? D'autant que votre projet va permettre une intégration et un développement massif du secteur privé lucratif qui ne fera qu'accentuer les charges que nous connaissons: l'article 38 donnant contrat de concession et l'article 39 le confirmant.

Et ce ne sont pas là les seules conséquences de l'intégration du secteur privé lucratif.

Nous allons assister au démantèlement du service public de la santé et à une atteinte progressive au statut de caractère public du personnel. Déjà, dans certains établissements, du personnel, contractuel, intérimaire, voire bénévole est recruté. D'autre part, vous entendez donner les mêmes charges au public qu'au privé: enseignement, recherche. En fait, sous quelle forme? Rien ne le précise. Est-ce que ce sera par le jeu du financement normal, tel que le prix de journée, s'ils en ont la charge matérielle, ou sous forme de contribution financière?

Ainsi, ces points que nous avons séparés pour la commodité de l'analyse sont intimement liés et ne concourront pas, si ce projet est adopté, à une amélioration, pour la masse des gens, de leur état de santé.

Au contraire, cette loi hospitalière entre dans le cadre de ce que le Gouvernement a commencé à faire, notamment avec la mainmise patronale sur la sécurité sociale en 1967: diminution du taux de progression des dépenses de santé; transfert, par divers biais, sur le budget des familles de sommes importantes consacrées à la santé; entrée en force des grands capitaux bancaires et industriels dans le domaine sanitaire et, à ses divers niveaux, amenés à faire de grands prototypes rentables.

Comme je le disais au début de mon intervention, votre politique, monsieur le ministre, est cohérente. Il s'agit de faire supporter de plus en plus à la population laborieuse les frais de la protection sanitaire, d'utiliser le secteur public de la santé au profit de la haute finance, tout en aggravant la situation des personnels qui y sont occupés. Avec votre politique, monsieur le ministre, l'insuffisance et l'incohérence des moyens sanitaires subsisteront. Les financiers tireront davantage de profits de la maladie. Ainsi la politique monopoliste dans le domaine de la santé met en relief avec une signification toute particulière ce qu'elle a de profondément inhumain.

Notre conception de l'organisation de la santé est fondamentalement opposée à la vôtre. Nous estimons que préserver la santé de la population signifie défendre les assurés sociaux, le personnel et l'équipement sanitaire de la nation, la qualité des soins et exiger le développement des études et de la recherche médicale. Il s'agit là de solutions d'avenir qui sont liées aux changements démocratiques pour lesquels nous luttons.

C'est seulement l'instauration d'un régime véritablement démocratique qui rendra possible la mise en œuvre d'une politique efficace de protection de la santé en soustrayant à l'emprise de la haute finance le domaine sanitaire. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

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

M. Marcel Souquet. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous avons très sérieusement étudié le projet de loi de réforme hospitalière et lorsque nous examinons le détail des mesures envisagées, qui sont au demeurant toutes excellentes dans leur principe, nous disons que la nouvelle orientation doctrinale ne sera pas en mesure de recevoir une applica-

tion correcte du fait que les mesures envisagées demeurent trop fragmentaires et qu'elles ne s'attaquent pas au problème de fond qui doit normalement conditionner la qualité du séjour hospitalier.

Pour nous, un effort financier doit être fait pour améliorer l'accueil, créer des postes d'information, simplifier les formalités d'admission, supprimer les salles communes et autoriser largement les visites aux malades. Cela ne s'improvise pas et suppose un effort d'investissement considérable auquel l'Etat semble de plus en plus se dérober.

Sans entrer dans le détail de votre budget, monsieur le ministre, je constate que s'il augmente par rapport à 1970 de plus de 12 p. 100, il ne représente toujours qu'une part trop faible du budget général de la nation, 4,33 p. 100. C'est donc une réforme hospitalière sans structure valable que nous propose le Gouvernement et c'est, une fois de plus, les équipements sanitaires et sociaux des centres hospitaliers en particulier qui pâtiront de cette insuffisance.

Le développement technologique et scientifique de l'hôpital est fait pour l'homme. Quels sont les besoins urgents des hôpitaux publics pour assurer la véritable humanisation? Les besoins, nous dit la presse spécialisée, ont été évalués à 30 milliards par le commissariat au Plan. Sur ces crédits la part de l'Etat ne devrait pas être inférieure à 50 p. 100, soit 7,5 milliards en cinq ans, c'est-à-dire 1,5 milliard par an au lieu de 600 millions.

Le V^e Plan d'équipement sanitaire 1966-1970 n'a été réalisé qu'à 60 p. 100 faute de moyens financiers suffisants. Il n'a donc coûté que 3 milliards en cinq ans à l'Etat, soit trente fois moins que le plan militaire. Cela nous paraît très grave pour l'avenir de ce pays. Défendre la santé de chaque citoyen avec de véritables moyens constitue pour l'Etat un devoir de défense nationale au même titre que lui incombe la défense de l'intégrité du territoire.

Mais alors que l'Etat n'hésite pas à consacrer une part importante de ses ressources aux moyens à mettre en œuvre pour sa défense militaire, il n'affecte dans votre budget — ce n'est pas votre faute, monsieur le ministre — qu'un pourcentage infime de ses disponibilités financières à la lutte contre la maladie! Le montant des crédits accordés au budget de la santé publique correspond annuellement à 2 p. 100 des sommes qui sont affectées à la force de frappe.

Alors concevrait-on que pour financer l'armement nucléaire de la France il soit fait appel à la générosité publique? C'est pourtant à ce genre d'expédient qu'est encore présentement condamnée la défense de la santé publique française en de trop nombreux domaines: lutte contre la tuberculose, lutte contre le cancer, aide à l'enfance inadaptée.

Par la présentation de votre budget à l'Assemblée nationale, nous comprenons fort bien que le Gouvernement s'oriente vers une sollicitation accrue de l'effort privé. Les ressources publiques que l'on met à votre disposition, monsieur le ministre, sont nettement insuffisantes et ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins constatés en matière d'équipement sanitaire.

Nous considérons que si tous les moyens financiers actuellement utilisés par les deux secteurs concurrents étaient conjugués au profit exclusif du malade, cette prétendue nécessaire complémentarité disparaîtrait d'elle-même. L'Etat nous paraît responsable et se doit de prendre en charge l'effort d'investissement sanitaire et hospitalier. A défaut, au groupe socialiste, nous préconisons la création d'un fonds national d'investissements sanitaires et hospitaliers habilité à recueillir l'ensemble des ressources destinées à l'équipement, fonds qui serait alimenté par la contribution substantielle de l'Etat pour l'essentiel et, à titre complémentaire, par les subventions et les prêts consentis par la sécurité sociale, les collectivités locales, les caisses d'épargne, le produit éventuel d'emprunts nationaux type E. D. F., S. N. C. F., Charbonnages de France, le produit des taxes éventuellement prélevé sur certains biens de consommation générateurs de dépenses sanitaires, alcool, tabac, etc., une quote-part raisonnable des établissements sanitaires et hospitaliers provenant de l'amortissement.

Nous affirmons qu'en tout état de cause l'ensemble des charges de formation professionnelle et d'enseignement médical et paramédical ainsi que celles provenant de la recherche médicale devraient être intégralement supportées par le budget de l'Etat au titre de l'éducation nationale, et non portées au compte des seuls hôpitaux publics, c'est-à-dire des financements de la sécurité sociale et des citoyens assujettis.

Penser que l'autofinancement ou l'aliénation des biens que possèdent des hôpitaux pourraient parer à tous les besoins relève-rail du domaine de l'utopie.

La vraie question, à nos yeux, est de savoir si le Gouvernement a ou non la volonté d'entreprendre l'effort financier indispensable pour transformer les locaux vétustes, doter les hôpitaux

de matériel moderne et en quantité suffisante, faire disparaître les salles communes dans lesquelles ne peuvent être respectées ni la tranquillité ni la pudeur ni la dignité du malade.

Par ailleurs, nous affirmons que l'hôpital ne peut devenir véritablement humain tant que subsistera la dramatique pénurie de personnel soignant qualifié dont souffre chroniquement la France, pénurie qui va d'ailleurs en s'aggravant. Tant que le personnel soignant s'épuisera faute d'être en nombre suffisant, avec un dévouement que nul ne conteste mais qui ne saurait pas pallier tous les besoins, le malade ne bénéficiera qu'exceptionnellement de cette chaleur humaine qui permet de supporter la douleur et l'anxiété, lot habituel de la maladie.

Ce problème suppose la mise en œuvre d'une politique cohérente de formation de personnels soignants qualifiés. Des études menées pour la préparation du VI^e Plan ont révélé la nécessité de poursuivre et d'accroître l'effort de création pour les diverses catégories de personnels paramédicaux et soignants. La seule solution, c'est de créer deux niveaux de formation d'infirmières, l'un dispensant une formation de technicienne, l'autre une formation de soignante.

Les résultats récents de la première session de l'examen d'entrée dans les écoles d'infirmières, du fait d'une réforme imprudente du programme, sont assez catastrophiques pour attirer l'attention des gens les moins avertis du problème de santé : 17.459 candidates, dont 4.549 reçues, en 1970, contre 23.758 candidates, dont 10.360 reçues, en 1968. Vous allez organiser un deuxième examen, probablement de manière assez libérale, mais comment effacer le fâcheux effet produit par le précédent ?

Une troisième année d'études va être instituée. Sera-t-elle, monsieur le ministre, destinée à alléger un peu la densité des études ? La charge financière de l'enseignement repose, en effet, sur l'hôpital auquel est annexée l'école.

La gratuité des études va être enfin instituée, reconnaissons-le, mais cela ne représente qu'une faible part du problème de l'enseignement.

La formation clinique des futurs médecins pèse indûment sur la sécurité sociale par le biais des prix de journée hospitalière. On décèle dans votre budget une évolution doctrinale intéressant la formation des infirmières, des assistantes sociales, des médecins et 114 millions de francs y sont affectés, mais seulement 25 millions de francs sont destinés dans le futur budget à cette formation clinique hospitalière. Les frais d'éducation se montent, en réalité, à 700 millions de francs, dont 490 millions de francs pour les seuls étudiants en médecine. L'effort de l'Etat est, une fois de plus, insuffisant.

Les crédits d'équipement de l'institut national de la santé et de la recherche médicale diminuent légèrement. Pourquoi, monsieur le ministre ?

La généralisation du temps plein hospitalier est également indispensable. A ce point de notre intervention, nous présentons, au nom du groupe socialiste, quelques observations intéressant le statut des médecins et biologistes. Leur nomination, stipule l'article 9, ne peut être prononcée que pour une période de cinq ans renouvelable. On peut donc diviser les médecins des hôpitaux en médecins à temps plein et haute sécurité d'emploi et en médecins à temps partiel, nommés pour cinq ans, dans une position instable permanente et ignorant tout de leur avenir.

Nous sommes hostiles, pour un certain nombre de raisons, à cette mesure qui rompt l'unité de carrière médico-hospitalière en faisant éclater l'équipe médecins à temps plein et médecins à temps partiel, seule garantie d'une gestion souple et harmonieuse de nos hôpitaux non universitaires ; nous y sommes opposés parce qu'elle prépare des équipes hospitalières composées de médecins à temps plein mutants et de médecins à temps partiel instables, enlevant toute confiance à la population de nos petites villes, parce qu'elle attirera surtout vers nos hôpitaux des médecins à temps partiel qui se serviront de cette situation comme d'un tremplin pour une carrière extra-hospitalière, parce qu'elle reprend une disposition déjà appliquée aux assistants et qui a conduit à l'éclatant échec que nous connaissons : concours sans candidat, deux tiers des postes à pourvoir.

Les textes en vigueur offrent, comme les offriraient des textes réglementaires négociés, des moyens de s'assurer de l'activité des médecins des hôpitaux, de médecins à temps plein comme à temps partiel d'ailleurs. Pour se garantir contre deux ou trois éléments peut-être discutables, on éliminera sept ou huit éléments de valeur.

Il serait souhaitable, en ce qui concerne les médecins et biologistes qui consacreront une partie de leur temps aux établissements d'hospitalisation publique, de ne refuser le renouvellement d'une période de cinq ans que pour des motifs

graves, après avis de la commission consultative et du conseil de l'ordre, et possibilité pour les intéressés de former un recours devant le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

Le but essentiel d'une réforme sanitaire et hospitalière doit être, à nos yeux, d'assurer aux Français le bénéfice réel des immenses progrès de la médecine, tant dans l'intérêt des individus que de la collectivité.

C'est pourquoi nous estimons qu'il convient, dans cette perspective, de rappeler le préambule de la Constitution qui déclare que « la nation garantit à tous la protection de la santé... », de mettre en œuvre les moyens nécessaires au respect de ce droit solennellement reconnu et d'utiliser dans les meilleures conditions possibles l'ensemble des moyens et des crédits affectés à la protection de la santé des citoyens.

Cette protection de la santé des Français doit être acquise effectivement à tous, sans distinction de classe sociale ou de niveau de ressources et quel que soit le lieu de résidence des intéressés.

En toutes circonstances, tout citoyens français doit être assuré de bénéficier, sans restriction, et ce pour quelque raison que ce soit, des techniques les plus éprouvées, les plus efficaces et les mieux adaptées à son cas particulier.

Contrairement à l'opinion généralement admise, les investissements sanitaires de toute nature sont éminemment rentables. Certes, leur rentabilité ne saurait s'apprécier selon les mêmes critères qu'en matière de production de biens de consommation. Sans doute la lutte contre la maladie coûte-t-elle cher et n'en résulte-t-il apparemment pas la production d'un objet de consommation.

Pourtant, monsieur le ministre, le produit manufacturé par l'établissement de soins, qui est le malade guéri, n'a pas de prix ! Maintenir la santé des citoyens, c'est assurer un rendement optimum à l'économie. Soigner vite et efficacement, c'est permettre une réinsertion rapide de l'individu frappé par la maladie ou l'accident dans le secteur des activités productrices de la nation.

Il importe que l'Etat prenne conscience de cette réalité et admette que, face aux charges que représentent ces dépenses de santé, il existe effectivement, bien qu'elles soient moins évidentes, des recettes en potentiel humain qui valent bien quelques sacrifices. Ce n'est donc pas la santé qui coûte cher, mais bien la maladie.

Toutefois, il ne suffit pas de dégager des moyens financiers et de réaliser des investissements dans le domaine sanitaire et hospitalier pour que le droit à la protection de la santé soit effectif. Encore convient-il que les crédits soient judicieusement employés. C'est pourquoi le groupe socialiste considère qu'une coopération entre les établissements sanitaires existants doit être mise en avant par la création de services d'intérêt commun, qu'une symbiose doit être réalisée entre les établissements sanitaires et la médecine de ville, que les services créés doivent fonctionner de manière optimum, ce qui suppose la généralisation du temps plein.

Pour ce faire, des administrations hospitalières publiques doivent être pourvues des moyens et techniques leur permettant d'obtenir des membres du corps hospitalier le plein respect de leur contrat.

En ce qui concerne le secteur privé, le système de tarification des actes médicaux et des prix de journée hospitalière doit être convenablement aménagé, par l'accentuation de conventions, de manière à tendre vers la vérité des prix.

Pour nous, l'hôpital doit être à la fois le point de convergence et le point de diffusion en matière sanitaire : convergence en matière de soins délicats, lorsque la nature de l'affection ou son caractère de gravité interdit la poursuite des soins extra-hospitaliers ; diffusion en matière d'enseignement médical et paramédical, en matière de recherches, en matière d'éducation sanitaire.

L'uniformisation juridique des établissements hospitaliers est également nécessaire, établissements régis par une même réglementation et administrés par des commissions administratives de structures comparables.

Par contre, nous ne saurions admettre que soit mise en cause l'autonomie administrative et financière de ces établissements. Il ne saurait être question pour nous, monsieur le ministre, d'étendre aux hôpitaux de province le système monstrueux, ingouvernable, onéreux et inhumain de l'assistance publique de Paris.

Dans notre esprit, le centre hospitalier ou le centre hospitalier régional doit jouer, dans l'organisation hospitalière, un rôle de coordination et non d'accaparement des biens et des responsabilités de gestion des autres établissements. En tout état de cause, il convient de conserver aux structures hospitalières une dimension humaine.

C'est la raison pour laquelle, si nous acceptons l'idée d'une mise en commun de certains services techniques, nous réclamons la poursuite de la décentralisation de la gestion au niveau de la plus petite unité possible. Le maintien des hôpitaux ruraux est donc nécessaire, car la médecine hospitalière est un tout et les petits hôpitaux peuvent et doivent, dans une certaine mesure, participer à la mission des plus grands.

Cette loi devrait également être animée de préoccupations hospitalo-universitaires. A aucun moment ne doit être perdu de vue l'intérêt des malades d'aujourd'hui, la formation des médecins et la recherche médicale, c'est-à-dire l'intérêt des malades de demain.

En ce qui concerne les commissions administratives, il est évident que le ministère semble s'orienter vers une primauté des directeurs d'établissements, véritables préfets hospitaliers, sur la commission administrative.

Comment peut-on admettre que le pouvoir de décision n'appartienne pas pleinement à la commission administrative et pourquoi le directeur ne serait-il pas d'abord responsable devant elle, au lieu de l'être devant le pouvoir central ?

Beaucoup d'entre vous sont maires, présidents de conseils d'administration. Veillez donc à ce que les prérogatives des commissions soient renforcées dans le cadre d'une véritable gestion décentralisée. Et que devient dans tout cela la personnalité des C. H. U. ? La loi ne semble pas leur donner, dans sa forme actuelle, un état civil valable. Ils ont pourtant une triple vocation : les soins, l'enseignement et la recherche. Il conviendrait également de compléter la commission administrative des C. H. U. par l'adjonction d'une représentation raisonnable de la faculté de médecine.

Notre ambition présente, monsieur le ministre, est seulement de suggérer un certain nombre de solutions applicables, solutions qui intéressent également les conditions de vie et de travail du personnel hospitalier.

En conclusion de nos observations, nous dirons que le projet de loi relatif à la réforme hospitalière, sur lequel notre commission des affaires sociales a beaucoup travaillé, ne recueillera pas l'adhésion du groupe socialiste. Nous estimons en effet, compte tenu de la situation présente, que les mesures que nous propose le Gouvernement ne répondent pas aux nécessités d'une véritable réforme. L'équipement hospitalier a été et reste encore la principale victime d'une politique de prestige qui sacrifie les investissements indispensables à la santé de la nation à des impératifs beaucoup moins valables. Votre budget, monsieur le ministre, je vous l'ai déjà dit, est très nettement insuffisant.

Nous craignons aussi que ce texte n'aboutisse à une sorte de dénationalisation des services publics de la santé. Certes, le Gouvernement propose des solutions qui, examinées globalement, sont séduisantes ; mais les moyens financiers mis à votre disposition sont tellement dérisoires qu'ils ne répondront jamais aux mesures prévues. Il s'agira alors d'une simple loi d'intention sans effet.

M. Roger Gaudon. Très bien !

M. Marcel Souquet. Voilà pourquoi, sans perdre de vue nos options fondamentales et les principes intangibles que nous nous sommes fixés, nous avons fait nôtre l'immortelle parole de Jaurès : « Le courage c'est d'aller à l'idéal et de comprendre le réel ». Le réel c'est, comme nous l'avons fait, l'étude au fond de la loi hospitalière et de son environnement : désencombrement, humanisation ; c'est surtout juger du volume financier représenté pour son application. C'est donc demander au Gouvernement quelles options financières sérieuses ont été dégagées au VI^e Plan pour commencer une réelle application.

Les malades de l'hôpital de Monsieur Vincent, bénéficiaires de la « charité », mot impropre que nous transformons en « solidarité », n'avaient guère le droit de se plaindre. Cela avait déjà le mérite d'exister. Les malades d'aujourd'hui peuvent et doivent exiger le maximum, car le centre hospitalier est construit et développé avec les sommes qu'ils ont d'abord versées comme contribuables et il fonctionne avec les sommes qu'ils versent comme assurés. Dans ces conditions, le centre de soins doit donc disposer de tous les moyens nécessaires en hommes et en équipements, ce qui n'est pas le cas. (*Applaudissements sur les travées socialistes et communistes.*)

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Monsieur le rapporteur, monsieur le président de la commission, mesdames, messieurs, lorsque le ministre a le désir de représenter devant le Parlement et en particulier devant vous une réforme importante, il lui est un peu pénible de se voir rappeler, à l'occasion d'une citation de Jaurès, que sa première mission est de « comprendre le réel ». Il est aussi curieux, mais cela fait partie des discussions dans un régime démocratique où je crois, malgré ce

qu'en disait M. Aubry, nous somme encore, qu'on me reproche d'une part de vouloir nationaliser le secteur privé et, d'autre part — toujours selon M. Aubry — de « privatiser » le secteur public. Il faut croire que la vérité doit se trouver entre les deux extrêmes et, dans ce débat, je vais tenter très simplement et très rapidement, rassurez-vous, de donner le point de vue du Gouvernement.

Je dois d'abord dire à M. le président Grand, à M. le rapporteur Blanchet, ainsi qu'à tous les membres de la commission, combien j'ai apprécié une fois de plus le sérieux et le souci de l'objectivité avec lequel ils ont étudié ce projet de loi difficile, non seulement en ce qui a trait aux dispositions même du projet mais aussi quant aux nombreux textes d'application qui découleront de son adoption. Ces points nécessiteront, lors de l'examen des articles, quelques explications de ma part.

C'est pourquoi, lorsque le Gouvernement a décidé de déposer ce projet de loi devant le Sénat en première lecture, j'étais sûr à l'avance, connaissant bien votre assemblée depuis longtemps, vous le savez, que ce texte serait étudié avec un sérieux et une attention particuliers.

Pourquoi une réforme ? D'abord, il faut le rappeler, parce que l'hôpital et les soins donnés en milieu hospitalier constituent un élément primordial de la santé publique.

Ensuite, parce qu'il faut, avec M. le rapporteur et les différents orateurs, se demander si l'infrastructure, les techniques des établissements de soins, publics ou privés, sont les mieux adaptées à ce qu'il nous faut appeler « une politique de santé » au sens noble et large du terme. Enfin, préoccupation fondamentale, parce qu'il s'agit de savoir si les dépenses de santé qui, je vous le rappelle, dans les prévisions du VI^e Plan croîtront de plus de 13 p. 100 par an — ce que M. Aubry appelle « la diminution des dépenses » — et par conséquent augmenteront plus vite que les recettes globales de l'Etat, si ces dépenses sont les mieux utilisées dans l'intérêt de la santé publique et des malades.

Voilà les trois questions fondamentales qui sont posées. Après les projets de loi de M. Jeanneney, puis de M. Schumann, qui n'ont pas connu le jour parlementaire, voici donc un texte qui est soumis maintenant à votre approbation et dont je vous redis qu'il s'agit d'un texte cadre qui devra être suivi de nombreux textes d'application.

Je viens de vous rappeler que l'hôpital public constituait une part très importante dans les dépenses de santé. Je ne voudrais pas accabler le Sénat de chiffres, surtout dans cette période prébudgétaire, mais je dois en fournir quelques-uns pour démontrer l'importance considérable de ce secteur. En 1967, dernière année pour laquelle nous disposons de données statistiques, il y a eu plus de 5.500.000 personnes hospitalisées ; le nombre de journées passées dans les lits de médecine, de chirurgie ou de maternité a dépassé 90 millions ; 200.000 malades ont été traités dans les hôpitaux psychiatriques, 30.000 dans les sanatoriums ; 250.000 infirmes ou vieillards ont été hébergés dans des hospices ou dans des services de « chroniques ».

La même année, les soins dispensés dans les établissements d'hospitalisation se sont élevés à 11,5 milliards de francs, ce qui représentait déjà à l'époque 2 p. 100 du produit national brut. Ce qu'il faut retenir — et je me suis efforcé de faire le calcul en francs constants — c'est que le coût des soins a quintuplé de 1950 à 1970. Le taux d'accroissement, qui a été de l'ordre de 8 p. 100 entre 1962 et 1967, sera compris, selon le Plan et les choix arrêtés, entre 6,5 et 8,6 p. 100 pendant la période 1967-1975.

Il est vrai que la santé n'a pas de prix, mais les soins, eux, en ont un et, par conséquent, il nous fait connaître le coût de cette dépense.

La deuxième question préliminaire que je pose devant vous est de savoir si l'hôpital existant est adapté et répond aux besoins sanitaires d'une manière efficace. Je réponds : non, et ceci, pour trois raisons fondamentales.

Premièrement, il n'y a pas de cohérence dans l'implantation des hôpitaux par rapport aux besoins. Deuxièmement, il n'y a pas une coordination réelle entre le secteur public et le secteur privé — qu'il soit à but lucratif ou non lucratif. Troisièmement, les problèmes de la gestion moderne n'ont pas encore entièrement pénétré dans les hôpitaux.

La première raison a été excellemment exposée par M. le rapporteur Blanchet qui nous a fait un aperçu historique très remarquable d'où il apparaît qu'il n'y a pas coïncidence entre les implantations et les besoins sanitaires. Pourquoi ? M. Blanchet vous a démontré que l'hôpital était né au hasard d'institutions charitables puis d'initiatives de collectivités locales et que ces implantations sont extrêmement variées de telle sorte qu'il n'y a pas adaptation entre des besoins sanitaires objectivement appréciés et les implantations hospitalières. C'est vrai

quant à l'infrastructure elle-même et c'est vrai aussi quant à la nature des soins qu'elles peuvent apporter à tel ou tel secteur sanitaire.

Les chiffres indiqués par votre rapporteur sont particulièrement éloquentes. Quand on considère le coefficient lits-population pour 1.000 habitants selon les régions de France, on s'aperçoit que ce coefficient varie de 3,15 à 6,77 : 3,17 par exemple dans le Nord, 3,83 en Bretagne, 6,71 en Champagne, 6,78 en Alsace.

Deuxième raison de l'inadaptation constatée : il n'y a pas de réelle coordination entre le secteur public et le secteur privé. Je dirai même qu'il n'y a pas — et cela a beaucoup frappé le ministre de la santé publique — coordination à l'intérieur du secteur public lui-même ; j'ai constaté par exemple que des hôpitaux publics s'ignoraient, quant à l'utilisation des accélérateurs linéaires, dont on parlait tout à l'heure, et même dans le secteur de la traumatologie ou de la réanimation que l'augmentation des accidents de la route rend si important.

Si ce manque de coordination existe parfois à l'intérieur du secteur public, il existe bien plus dans les rapports entre celui-ci et le secteur privé. La vérité est que l'équipement public et l'équipement privé s'additionnent mais ne sont pas complémentaires.

L'équipement privé est très important. Ce n'est pas moi qui dirai à M. le professeur Portmann que, d'un coup de baguette magique, je vais supprimer le secteur privé dans notre pays, bien que ce soit, en effet, la thèse qu'on me prête.

M. Georges Portmann. Je vous en remercie.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Il faut bien comprendre — et cela ressort des statistiques — que le secteur privé a un équipement particulièrement important dans les domaines que je n'ose pas appeler rentables car, même pour le secteur privé, je veux condamner ce terme, disons plutôt dans les domaines qui présentent le plus d'intérêt, c'est-à-dire la chirurgie, la maternité et la convalescence. En revanche, l'équipement est très faible, dans le secteur privé, pour les services de médecine et encore plus en psychiatrie.

Voici les chiffres : pour la médecine, le secteur public représente 88 p. 100 des équipements et le secteur privé 12 p. 100 ; quand je parle de secteur privé, j'englobe le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif. En chirurgie, le secteur public représente 54 p. 100 des équipements et le secteur privé 46 p. 100 ; pour la maternité, 52 et 48 p. 100 ; pour la convalescence, 50 p. 100 dans chaque secteur ; pour la psychiatrie, 90 et 10 p. 100.

Le secteur privé a connu de 1960 à 1967 — M. Aubry le rappelait tout à l'heure — un taux d'accroissement double de celui du secteur public en chirurgie et triple en maternité. En revanche, la médecine, dans le secteur public, a crû de 122 p. 100 alors que, dans le secteur privé, elle ne croissait que de 53 p. 100.

Ce déséquilibre, ce manque de coordination, cette « concurrence sauvage » — pour reprendre l'expression que j'ai employée devant la commission des finances et que rappelait tout à l'heure M. le professeur Portmann — qui peut s'instaurer dans certains secteurs apparaît lorsque l'on considère l'implantation des établissements. L'équipement privé ne se développe pas là où l'équipement public fait défaut. Si la proportion des lits privés est élevée dans des régions où le rapport lits publics-population est fort, par exemple l'Aquitaine, la Bretagne, la Lorraine, il en va de même dans des régions moins dotées en lits publics, notamment Languedoc-Roussillon, région parisienne, Provence-Côte d'Azur. A l'inverse, beaucoup de régions où le rapport lits publics-population est faible sont mal dotées en lits privés : Limousin, Midi-Pyrénées, Nord, Picardie, Poitou-Charente.

Cette deuxième constatation objective montre qu'il n'existe pas de véritable coordination entre ces deux secteurs. Les établissements privés vont s'installer non pas dans des secteurs où la carte sanitaire laisse à désirer, mais dans des régions bien pourvues pour créer sinon une concurrence, du moins une émulation.

On note en même temps un manque de coordination organisée entre ces différents secteurs. Cela me paraît une constatation d'évidence.

J'en arrive à la troisième raison pour laquelle le fonctionnement de ces hôpitaux n'est pas généralement satisfaisant. En dehors même des problèmes de la gestion moderne qui se pose dans ce secteur comme ailleurs, l'organisation de la prévention, l'insuffisance des lits d'enseignement actif, le maintien dans des services actifs de malades qui pourraient et devraient être transférés dans des services de convalescents ou de longue durée sont autant de problèmes qui se posent tant dans le secteur public que dans le secteur privé, alors que, dans ces deux secteurs, les modalités de la tarification, le

montant des honoraires — j'y reviendrai rapidement tout à l'heure — sont très disparates. Peut-être enfin faut-il reconnaître que, pour les hôpitaux, nos méthodes de construction sont trop longues. Il convient, sur ce point, de nous orienter résolument vers d'autres systèmes.

Voilà, mesdames, messieurs, objectivement rapportées, je crois, les raisons pour lesquelles il fallait faire une réforme hospitalière.

Je dois maintenant vous exposer les remèdes que je vous propose et les directions que je vous demande de prendre. Nous pourrions ensuite examiner les modifications suggérées par votre commission au projet de loi.

La première proposition qui vous est faite a pour but de répondre à cette absence de coordination entre les besoins sanitaires et l'implantation des hôpitaux : c'est l'établissement d'une carte sanitaire.

Pour préparer la mise en place d'un système d'hospitalisation et pour assurer la complémentarité des deux secteurs, il faut, d'une part, déterminer les équipements nécessaires au vu des besoins sanitaires — en dehors, j'y insiste beaucoup, de tout projet de réalisation — d'autre part, choisir les équipements à réaliser au cours d'une période donnée au vu des programmes détaillés et compte tenu des moyens dont disposent les promoteurs publics ou privés.

La détermination des équipements nécessaires se confond avec l'élaboration de la carte des besoins sanitaires. Celle-ci a été réclamée depuis de très nombreuses années et elle a été décidée par la circulaire n° 179 du 26 décembre 1969. Cette carte exprimera les besoins sanitaires actuels et ceux qui se manifesteront pendant la durée du VI^e Plan. Elle doit mentionner les installations existantes et celles qu'il faut améliorer.

Contrairement à ce qui se fait à l'heure actuelle, l'équipement à prévoir ne doit pas être limité aux besoins d'hébergement. Le nombre de lits d'hospitalisation ne doit même intervenir qu'à titre secondaire. La carte des besoins sanitaires doit être, au premier chef, une carte des installations techniques : centres de diagnostic, centres de lutte contre les maladies mentales, centres d'intervention chirurgicale et de réanimation, centres de gériatrie, de psychiatrie, etc. L'implantation de ces centres, leur importance ainsi que le matériel dont ils doivent être dotés seront en définitive fonction des soins de toute nature que requiert une population donnée. Ces centres seront hiérarchisés de manière à éviter la multiplication des installations complexes qui, utilisées uniquement dans des cas exceptionnels, nécessitent un personnel hautement qualifié.

La logique de cette démarche conduit à déduire le nombre de lits d'hospitalisation de la nature et du volume des installations techniques prévues : par exemple, l'exploitation rationnelle d'une installation chirurgicale suppose l'existence d'une cinquantaine de lits d'hospitalisation ; la desserte d'un secteur de lutte contre les maladies mentales nécessite deux lits d'hospitalisation pour mille habitants et une place de formation extra-hospitalière.

De telles normes, destinées à remplacer les normes lits-population, devront être mises progressivement au point, les lits étant à classer en deux rubriques : ceux qui sont nécessaires pour le traitement des malades et ceux que certains consultants pourront occuper pendant la durée des analyses ou des investigations dont ils seront l'objet.

Enfin, la carte devra comprendre les installations qui concourent au dépistage et au traitement des maladies.

Les équipements à réaliser ne seraient pas, comme c'est le cas aujourd'hui, déterminés établissement par établissement. La carte doit rester muette en ce qui concerne l'exécution éventuelle des travaux qu'elle prévoit. Son intérêt majeur est de dresser la liste des installations nécessaires préalablement à toute initiative des promoteurs publics ou privés.

D'autre part, la carte doit préfigurer la future organisation du service de l'hospitalisation. Chaque région doit y être découpée selon des secteurs sanitaires et elle classera les équipements à réaliser selon que ces derniers représentent un intérêt national, régional, sectoriel, voire local, et je pense aux hôpitaux ruraux, pour répondre à la question que m'a posée tout à l'heure M. Souquet.

Les équipements sectoriels ne feront pas l'objet d'une localisation à l'intérieur du secteur considéré, car toute précision excessive transformerait les travaux d'élaboration de la carte en une lutte d'intérêts et d'influences entre les collectivités ou établissements groupés dans un même secteur et préjugerait les études qui pourraient être effectuées.

La carte sera élaborée par le préfet, examinée au niveau national, puis soumise aux conseils généraux et aux Coder. Elle ne présentera d'intérêt opérationnel que si elle a une portée

impérative. Son contenu devra donc s'imposer à tous les promoteurs, qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé.

Telle est donc la première proposition pratique, réaliste que je tente d'inclure dans cette loi hospitalière : établir une carte sanitaire des besoins, examiner ce qu'il est souhaitable de réaliser, non pas établissement par établissement — c'est là un autre programme qui comporterait un ajustement financier — mais pour recenser l'ensemble des besoins et couvrir tous les secteurs sanitaires.

C'est pourquoi je ne peux pas être d'accord avec M. Souquet quand il confond la loi, qui est ce qu'elle est, et les problèmes financiers sans doute importants mais qui ne se situent pas au même plan. Je ne vous présente pas ce projet de loi pour 1971. J'espère, mesdames, messieurs, s'il est voté, que ses effets se feront sentir pendant plusieurs années et que, si M. Souquet me succède comme ministre de la santé publique et de la sécurité sociale (*sourires*), il bénéficiera de ses dispositions. Je veux dire par là qu'il faut distinguer l'aspect financier du problème et le fait que cette loi hospitalière détermine une politique à long terme. Cette première orientation de la carte sanitaire est évidemment très importante.

Le deuxième élément concerne l'hôpital public. Je n'hésite pas, mesdames, messieurs, à dire — et je pèse mes mots — sans que je veuille pour autant négliger le secteur privé, que l'hôpital public doit être le centre privilégié des soins, de l'enseignement, de la recherche et de la prévention : c'est son rôle essentiel de service public.

Le problème qui nous est posé — j'y reviendrai tout à l'heure — est de savoir comment on peut y associer le secteur privé. On m'a reproché, dans différents articles de presse, de faire une place privilégiée au secteur public. C'est vrai, car je considère que ce doit être la sienne. (*Approbations sur les travées de l'union centriste des démocrates de progrès.*)

Jusqu'à une époque récente — je crois qu'il convient de le rappeler brièvement — l'hôpital public avait pour mission d'accueillir les déshérités malades, incapables de faire face aux dépenses de soins privés, vieillards, invalides sans ressources et, disons le mot, indigents.

D'où l'imbrication, longtemps entretenue dans l'hôpital public, entre les fonctions médicales et les fonctions sociales. L'hôpital était l'instrument d'un régime d'assistance dont la responsabilité incombait aux collectivités locales ou aux œuvres charitables, comme l'a très bien indiqué M. Blanchet. Ses installations ne comportaient qu'un confort restreint. Son personnel médical n'était pas rémunéré : le prestige qui s'attachait aux fonctions hospitalières, en raison des qualifications requises pour y accéder, accroissait les revenus tirés de la clientèle privée. Enfin, dans les villes sièges de facultés ou d'écoles de médecine, il apparaissait normal qu'en contrepartie de la gratuité des soins, les services de l'hôpital soient utilisés comme terrain de stage par les étudiants.

Mais, vous le comprenez bien, le progrès technique a entraîné l'emploi d'équipements et de moyens en personnel qui ont de plus en plus dépassé les possibilités des praticiens privés. Si la demande de soins n'a cessé de croître avec la multiplication des chances de guérison ou de soulagement, le coût des soins a suivi, bien entendu, un mouvement parallèle. Ainsi, les dépenses afférentes aux affections longues et coûteuses excèdent les ressources de presque tous les ménages. Dès lors, il eût été inadmissible que l'hôpital public restât fermé aux trois quarts de la population et la loi du 30 décembre 1941 en a autorisé l'accès à tous les malades.

Quelques années plus tard le développement de l'assurance maladie obligatoire mettait une large fraction des travailleurs et de leurs familles à même de faire face aux dépenses de santé.

Il reste, il faut bien le reconnaître — et je suis sur ce point de l'avis de votre rapporteur — il reste encore hélas ! en France trop d'établissements qui semblent tenir beaucoup plus de l'assistance que de techniques de soins modernes.

L'effort que nous vous proposons consiste à moderniser les hôpitaux. C'est une grande entreprise. Cette tâche est lourde, considérable. En même temps, il faut mettre les techniques de pointe à la disposition de tous et nous savons que ces techniques évoluent très vite, puisqu'elles suivent les progrès de la science.

C'est pourquoi l'hôpital — et je pense en particulier aux C. H. R. — doit vraiment être le pivot de l'action sanitaire parce qu'il a le caractère de service public, parce qu'il est désintéressé, parce qu'il assure la formation des étudiants, et que c'est un centre de recherches. Mais il doit aussi disposer de l'équipement nécessaire pour répondre aux techniques de pointe, qui prennent une place de plus en plus importante. Tout cela entraîne un volume d'investissements de la part de l'Etat tel

que le caractère de rentabilité n'a guère de signification dans ce secteur. Pour cette raison aussi, seul un service public peut disposer des techniques de pointe.

Vous avez fait allusion tout à l'heure, monsieur le rapporteur, au service de cardiologie de l'hôpital de Lyon que nous connaissons tous les deux. Ce service est tout à l'honneur de la France ; il comporte des installations techniques d'un très haut niveau et dispose d'un personnel de très grande qualité, que seul peut assurer un service public.

Nous vivons, mesdames, messieurs, dans une époque où demain peut être, si l'on maîtrise les phénomènes de rejet, la greffe d'organes sera généralisée. Actuellement, des équipes de médecins étudient les problèmes d'un cœur artificiel. Ces techniques de pointe, particulièrement coûteuses, sont du domaine de l'hôpital public, centre privilégié de soins, compte tenu du caractère important des investissements, non rentables, qu'elles nécessitent, compte tenu aussi des équipes particulièrement spécialisées qui doivent y être employées et de l'adaptation scientifique constante nécessaire pour suivre l'évolution du progrès dans les secteurs concernés.

D'autre part, la question se pose de savoir si l'hôpital ne peut pas développer plus abondamment ses consultations externes. Il ne s'agit pas de concurrencer le secteur privé, mais de faire de l'hôpital public un centre d'appel pour des personnalités éminentes du monde médical, utilisées à temps plein ou à temps partiel, et pouvant donner des consultations, lorsque le médecin de famille jugera nécessaire de faire « consulter », comme l'on dit, de faire examiner son malade par un maître ou un professeur éminent. Mais une telle conception nécessitera, il est vrai, un personnel paramédical de haute technicité.

On me citait tout à l'heure le nombre important d'échecs aux examens d'infirmières. C'est une préoccupation du ministre de la santé publique comme du secrétaire d'Etat chargé de ce problème, car nous sommes pris dans une contradiction : prendre beaucoup de monde pour satisfaire les immenses besoins qui sont les nôtres tout en assurant parallèlement un niveau certain. Aujourd'hui, l'infirmière assiste largement le médecin, non seulement dans les salles d'opération, mais dans les techniques de pointe. Elle suit les malades, applique les prescriptions médicales.

Il nous faut donc un personnel de qualité, ce qui explique la sévérité relative de l'examen. Cette sévérité nous a paru un peu excessive et nous avons permis aux candidates de passer un nouvel examen. Néanmoins, il faut donner à ces infirmières les moyens d'accomplir au mieux leur mission. Dans le budget, nous avons prévu l'amorce de la prise en charge du coût de la formation des infirmières, qui est actuellement payante et pour laquelle nous parviendrons, je l'espère, à la gratuité.

M. Georges Portmann. Très bien !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Deux éléments retiennent encore notre attention. C'est d'abord le désir du Gouvernement d'humaniser nos hôpitaux.

J'ai sous les yeux un rapport présenté par M. Ducamin, qui vous a été distribué, sur l'humanisation des hôpitaux. Il est très remarquable. Un groupe de travail est allé dans les hôpitaux consulter les médecins, les malades, les familles. Il nous a fait un certain nombre de propositions que nous avons le devoir impérieux de rendre effectives le plus vite possible. J'ai donné des instructions aux directeurs d'hôpitaux pour qu'une part importante des budgets à venir soit consacrée à des dépenses d'humanisation.

Je sais que l'hôpital est toujours un lieu de douleur et de souffrance ; il est d'autant plus nécessaire de bien accueillir le malade, de rendre son cadre de vie plus agréable. J'ai constaté avec plaisir, dans les deux hôpitaux modernes que j'ai visités ces temps derniers, les aménagements floraux, les espaces verts. J'ai apprécié la présence d'agents chargés d'accueillir les malades et de les renseigner et la possibilité offerte à un proche parent de passer la nuit dans la chambre du malade, de rester près de lui, de pouvoir prendre des repas dans de bonnes conditions.

Tous ces éléments importants font l'objet d'un rapport qui est actuellement à l'étude dans mes services pour tenter de les traduire en réalités concrètes. Autre problème qui retient notre attention : le désir exprimé par le corps médical et par les familles de permettre au médecin traitant l'accès à l'hôpital. Je sais que cela a donné lieu — nous y reviendrons tout à l'heure — à une controverse au sein même de votre commission sur ce qu'on a appelé « la blouse blanche à l'hôpital ». Il y a là une orientation qui ne s'improvise pas par un texte législatif et que seule une méthode pratique permettra de préciser.

Beaucoup de médecins se sont plaints auprès de moi de ne pas pouvoir suivre leur malade lorsqu'il était entré à l'hôpital, sauf lorsqu'il s'agit d'un hôpital rural. Le corps médical souhaite donc que le médecin traitant puisse pénétrer dans l'hôpital, prendre

contact avec son malade, lequel reste placé bien entendu sous la responsabilité du chef de service. Il n'est pas question que le médecin traitant lui administre des soins et des traitements.

Cette idée de présence du médecin dans les services hospitaliers rejoint celle de recyclage et de formation permanente du généraliste qui doit suivre et s'adapter aux techniques de pointe.

Pour satisfaire ces deux souhaits, nous vous proposons, dans le cadre de l'organisation hospitalière telle que je viens de la définir, de prévoir la création de groupements interhospitaliers et de syndicats interhospitaliers.

Qu'est-ce qu'un groupement interhospitalier, qui peut être de secteur ou de région ? C'est la réunion de l'ensemble des établissements d'un secteur déterminé. Ce groupement n'est pas doté de la personnalité morale. Le groupement permet aux personnalités intéressées de discuter des problèmes qui peuvent leur être communs.

Je disais tout à l'heure qu'une coordination pouvait s'imposer entre autres dans le secteur de la traumatologie ou dans le secteur des équipements. Eh bien ! Il est bon que les responsables, les présidents des commissions administratives des différents hôpitaux d'un secteur déterminé, se réunissent — sans que cette réunion revête un aspect formel — pour parler ensemble de leurs problèmes. Il y a là une incitation souple, informelle, non assortie de sanction.

Nous voulons aller plus loin en offrant la possibilité de créer des syndicats interhospitaliers. Ce n'est pas à des maires, à des présidents de conseils généraux que j'expliquerai ce que sont les syndicats de communes.

Il nous a paru nécessaire de permettre à un certain nombre d'établissements qui le souhaiteraient, donc sans qu'il leur en soit fait obligation, de former entre eux un syndicat en vue d'entreprendre des tâches qui leur sont communes : création ou gestion de services communs, formation ou perfectionnement du personnel, mise à l'étude ou réalisation de travaux d'équipement, centralisation de tout ou partie, s'ils le désirent, des ressources d'équipement, gestion commune de la trésorerie, etc.

En bref, cela se passera un peu comme dans les auberges espagnoles, et c'est le propre de nos syndicats de communes : chacun y trouvera ce qu'il apportera, mais il l'apportera volontairement.

Il existe, en particulier en matière agricole, des groupements où, à partir du moment où la majorité le veut, la minorité doit s'incliner. Ce n'est pas du tout le cas ici. N'entreront dans ces syndicats interhospitaliers que ceux qui le voudront, et pour un objet précis qui sera défini. Nous aurons l'occasion, monsieur le président, monsieur le rapporteur, d'en reparler tout à l'heure.

J'ai peu de choses à dire sur la composition du conseil d'administration. Celui-ci est modifié parce qu'un changement profond est intervenu dans la gestion des hôpitaux ; mais il nous a paru tout à fait souhaitable que le maire en demeurât le président naturel. Il n'y a pas de difficulté sur ce point. Il est normal que les collectivités locales continuent à y participer, dans une certaine proportion. Les organismes d'assurance maladie, qui sont appelés à payer l'ensemble de ces immenses dépenses, y sont aussi représentés.

Il me paraît aussi très important que le personnel médical soit désormais associé à cette gestion hospitalière. Il faut que désormais, il ait conscience du mécanisme de l'hôpital, de son coût, de l'importance de son fonctionnement, de sa gestion et, pour cela, il doit être représenté dans le conseil d'administration qui comprendra également des membres du personnel non médical et, pour les C. H. U., des personnalités qualifiées.

Bien entendu, le personnel de l'hôpital est, comme toujours, composé de médecins à temps plein et de médecins à temps partiel.

A propos des médecins à temps plein, nous achevons actuellement — mais ce n'est pas l'objet du texte en discussion — l'élaboration d'un nouveau statut de ce personnel. Les derniers textes sont en cours de préparation ; ils concernent les retraites, les gardes et les astreintes.

En ce qui concerne la situation des médecins à temps partiel, une certaine émotion s'est manifestée à propos de l'article 9 de la loi qui prévoit la nomination de ces médecins pour une durée de cinq ans éventuellement renouvelable.

En exprimant cette idée, l'intention du Gouvernement était claire. Je reconnais publiquement — en soulignant qu'il s'agit de situations exceptionnelles — qu'un certain nombre de médecins font l'objet d'enquêtes de la part de l'inspection de mon ministère pour examiner si leur maintien dans cet emploi est justifié.

J'ai le souvenir d'un cas très précis que j'ai évoqué devant votre commission — je pourrais vous en citer d'autres — où la commission administrative à l'unanimité, la commission médicale et consultative à l'unanimité, me demandaient qu'un

médecin ne continuât pas à exercer, dans son service. Je n'avais et je n'ai encore aucun moyen de mettre fin à de telles fonctions, sauf à en déferer pour fautes professionnelles à l'ordre, mais ce n'était pas le cas. Il s'agit là de ce qu'on a appelé les « dossiers noirs », les cas exceptionnels. De tels cas existent, certes, mais ils sont peu nombreux.

Il y a aussi le cas tout à fait paradoxal du médecin à temps partiel, chef de service d'un hôpital et en même temps propriétaire d'une clinique dans le secteur privé avoisinant, qui connaît une telle réussite sur les plans personnel et professionnel, de par son talent et ses qualités, qu'il draine littéralement toute la clientèle vers le secteur privé ne laissant au secteur public que la clientèle qui n'est pas forcément la plus « intéressante ».

Faut-il adresser des reproches à ce médecin qui connaît une grande réussite professionnelle, qui est un homme très brillant, qui a des qualités remarquables ? Il faut lui dire : « Vous ne pouvez plus vous consacrer au service public ; de grâce, restez dans le secteur privé où, par une coordination d'ailleurs excellente, vous pourrez pourvoir parfaitement aux besoins sanitaires. » Or les textes actuels ne le prévoient pas.

J'accepte cependant, sous une réserve de détail qui est un peu de ma part un scrupule de conscience sur lequel je reviendrai au moment de l'examen des articles, l'amendement très raisonnable de la commission. Celle-ci a en effet été inspirée par deux soucis que je partage.

Tout d'abord, il ne faut pas décourager la carrière d'un médecin à temps partiel, c'est-à-dire lui donner un caractère renouvelable tous les cinq ans. Afin que le médecin n'ait pas la moindre incertitude quant au déroulement de ses nobles fonctions hospitalières, il faut, à l'instar du médecin à temps plein le nommer sans spécifier la durée de son engagement. C'est essentiel.

Ensuite, il faut prévoir que si sa carrière peut être remise en cause, cela doit être assorti de garanties fondamentales de manière qu'il ne soit pas renvoyé pour des questions de rivalités personnelles, des questions d'ordre politique ou autres qui n'auraient rien à voir avec sa valeur professionnelle.

Votre commission vous propose de le nommer comme médecin à temps plein, donc jusqu'à l'âge de la retraite, étant entendu que, tous les cinq ans, la commission administrative peut demander éventuellement qu'il soit mis fin à ses fonctions. Elle entend alors l'intéressé et soumet au préfet ses propositions, laissant à ce dernier le soin de trancher. Une commission nationale paritaire peut, en cas d'appel de l'une ou l'autre partie, se saisir du dossier de ce médecin. Les « dossiers noirs », les cas marginaux, qui sont d'ailleurs assez rares, je m'empresse de le dire, seront examinés et toutes les garanties auxquelles peuvent prétendre les médecins à temps partiel seront assurées.

M. François Schleiter. Voulez-vous me permettre de vous interrompre, monsieur le ministre ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je vous en prie.

M. le président. La parole est à M. Schleiter, avec l'autorisation de l'orateur.

M. François Schleiter. Je vous prie de m'excuser de vous interrompre dans un exposé si intéressant, mais il apparaît, dans mon esprit, une certaine contradiction que je serais heureux de voir immédiatement balayée avec le talent que nous vous connaissons.

Vous nous avez dit tout à l'heure que l'hôpital public doit être le centre privilégié de la recherche et de la science. A l'instant, vous nous proposez de renvoyer au secteur privé le médecin qui a le plus de talent, qui connaît la plus grande réussite, les plus grands succès. De grâce, monsieur le ministre, choisissons entre les deux ! Ce grand médecin, gardons-le à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé ! Il semble y avoir dans votre propos une équivoque que je vous demande de vouloir bien dissiper.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Il n'y a pas d'équivoque dans mon propos. Ce médecin de talent et de qualité que j'ai cité sera le bienvenu à l'hôpital public s'il veut y consacrer l'intégralité de son temps. (Très bien ! très bien !)

Les problèmes auxquels est confronté l'hôpital public, et cela tient à l'évolution des techniques modernes, qu'il s'agisse de la prévention, de l'accueil des malades, des opérés, de la traumatologie, de la recherche, font que ce centre de soins, qui n'est plus réservé aux indigents, nécessite souvent la présence permanente d'un médecin.

Ce que j'ai voulu dire, dans l'exemple que j'ai choisi, c'est que si l'hôpital public a une infrastructure appropriée, si le nombre des malades et le secteur sanitaire qui le couvre

requièrent la présence d'un médecin, je demanderai à cet homme éminent de venir exercer à plein temps dans le secteur public. Certes, il pourra refuser, c'est son droit le plus absolu ; dans ce cas, il retournera dans le secteur privé.

J'ajoute que l'importance des services ne justifie pas toujours un médecin à plein temps et j'affirme hautement que la présence de médecins à temps partiel, soit pour doubler le chef de service lui-même, soit parce que le plein temps ne se justifie pas, est nécessaire. J'ai l'intention, à côté des médecins à temps plein, de continuer à nommer des médecins à temps partiel.

En ce qui concerne la gestion, j'évoquerai simplement la question difficile du prix de journée qui est au centre de nos préoccupations. J'ai pu constater, monsieur le président de la commission, par des lettres ou des imprimés que différentes personnalités que vous avez reçues m'ont fait parvenir, que l'on reprochait au projet de loi portant réforme hospitalière de ne pas traiter du prix de journée. Je répondrai que ce texte n'a pas à en parler.

M. Lucien Grand, président de la commission des affaires sociales. Bien sûr !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Mais la préoccupation exprimée est aussi la mienne. Nous recherchons, dans cette affaire, une solution qui fera éventuellement l'objet de textes réglementaires. Il me faudrait des heures pour traiter ce problème en détail. Rassurez-vous, monsieur le président, je n'y consacrerai que quelques minutes.

Le mode de calcul du prix de journée est tout à fait différent dans le secteur public et dans le secteur privé. Dans le secteur public, vous avez ce qu'on appelle un « tout compris », à l'exclusion des honoraires. Le prix de journée recouvre donc l'ensemble et permet de payer, au médecin qui opère ou qui fait une radiographie, uniquement l'acte intellectuel, si je puis dire, l'ensemble des frais étant incorporé dans le prix de journée. Dans le secteur privé, il existe un tarif de responsabilité fixé par convention entre la clinique et une caisse ou, à défaut, le cas échéant, par voie d'autorité et calculé par référence à l'établissement public le plus proche. Mais ce tarif ne recouvre que l'hébergement et une partie de la pharmacie. Les médicaments coûteux, la location de la salle d'opération, les analyses, la radiologie, les analyses de sang, sont facturés à part.

On me dit souvent : « Monsieur le ministre, il est scandaleux que le chirurgien qui opère une appendicite à l'hôpital public prenne dix alors qu'il prend quinze lorsqu'il opère dans le secteur privé. » Je parle de ce qui est remboursé par la sécurité sociale. C'est vrai, mais cela tient à la différence profonde des méthodes de calcul du prix de journée qui n'ont pas été harmonisées.

Je voudrais dire à M. le professeur Portmann que le Gouvernement est actuellement en conflit avec les cliniques du secteur privé au sujet de l'augmentation des tarifs qu'elles sollicitent. Elles ont expliqué qu'elles ont augmenté leur personnel de 8 p. 100 au mois de juillet, puis de 4 p. 100 au mois d'octobre, c'est-à-dire de 12 p. 100 en tout, après un conflit qui a été arbitré entre leur propre syndicat et leurs dirigeants, et qu'elles entendaient répercuter cette augmentation sur le prix de journée dans la proportion de 60 à 70 p. 100.

Le Gouvernement, qui avait déjà accordé 6 p. 100, ne leur propose que 2 ou 3 p. 100, chiffre dont nous aurons à débattre.

Je voudrais attirer votre attention sur le fait que les tarifs des cliniques privées sont établis par référence à l'hôpital public le plus proche. La base légale de cette référence n'existe plus et le Gouvernement devra prendre un décret qui permettra désormais de fixer les tarifs du secteur privé par rapport à des éléments de référence pris dans ce secteur lui-même et, par-dessus tout, par rapport à des éléments de référence régionaux comparables, mais surtout pas à des éléments de référence nationaux. Nous sommes en train d'examiner cette affaire. Bien entendu, il faudra rechercher des méthodes d'harmonisation. Je vous dis tout de suite que le problème est très difficile et que, malgré mes efforts et ceux de mes collaborateurs, il n'est pas réglé.

J'en arrive au dernier point de mon intervention : les relations entre le secteur public et le secteur privé, qui font l'objet des articles 36 à 39 du projet de loi. Je vais en quelques minutes essayer de vous exposer la position du Gouvernement en cette matière. Je vous en supplie, ne nous plaçons pas sur un terrain idéologique ; restons, pour répondre à l'invitation qui m'a été faite tout à l'heure par un orateur qui a cité Jaurès, sur le terrain de la réalité.

Il existe, d'un côté, un secteur public qui doit le rester parce qu'il est désintéressé, qu'il ne fait pas de bénéfice, qu'il se consacre à l'enseignement et à la recherche. Il existe, d'un autre côté, un secteur privé, qu'il soit à but lucratif ou

à but non lucratif. Comment s'exerce la complémentarité de ces deux secteurs ? J'ai démontré qu'il n'y en avait guère. Qu'est-ce que cela veut dire ?

En tant que ministre de la santé publique, je suis saisi tous les jours de propositions qui émanent de commissions de coordination. On me dit : « Nous croyons savoir que, dans tel secteur, des besoins ne sont pas satisfaits par l'hôpital public ; la construction de cliniques privées d'obstétrique, de maternité, de chirurgie permettrait d'y faire face ; nous vous demandons donc l'autorisation de créer, 10, 20, 30, 90 ou 100 lits. »

Nous examinons ces propositions avec beaucoup d'attention car les sollicitations viennent de toutes parts. Je ne suis pas très sûr, je vous l'avoue, des décisions que je prends, car je ne suis pas convaincu, en acceptant ou en refusant, d'aboutir à un bon résultat.

On me dit aussi : « Vous allez favoriser le secteur privé ». Mais lorsque, dans le secteur public, un besoin d'équipement sanitaire se manifeste que je ne peux pas satisfaire immédiatement par des crédits publics — je peux le regretter, mais c'est aussi — je donne au secteur privé la possibilité de s'installer sans aucune contrepartie.

Je ne suis pas tout à fait d'accord avec le professeur Portmann lorsqu'il indique, dans son amendement — dont nous débattons tout à l'heure — qu'il n'y a qu'un secteur public. Non, il y a un secteur privé et un secteur public. Mais j'accepte que le secteur privé passe une concession de service public. Nous avons actuellement des autorisations...

M. Marcel Darou. Pas beaucoup !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. ... pour l'exploitation desquelles on a confié à des sociétés une concession de service public.

Messieurs, bon nombre d'entre vous sont des maires. Vous pouvez confier à une entreprise privée le soin de construire des routes dans votre secteur. Mais la société qui gère les autoroutes, l'entreprise qui construit vos routes, n'est pas un service public. Elle a une concession de service public. C'est ce que je propose dans le cas présent. M'adressant au secteur privé, je lui dis : « Tout en gardant votre indépendance, votre caractère propre, votre originalité, engagez-vous envers le secteur public, recevez les malades de l'aide sociale, organisez-vous, pour la traumatologie et les accidents de la route, sur l'accélérateur linéaire, qui coûte très cher — 300 millions de francs en moyenne — coordonnons-le. Faisons en sorte qu'il soit utilisé vingt-quatre heures sur vingt-quatre, ou en tout cas le plus possible, et que nous n'ayons pas des appareils fort onéreux qui ne tournent que quelques heures par jour. »

Bref, coordonnez vos moyens avec les services publics, obtenez une concession de service public et en contrepartie, si vous êtes à but non lucratif, vous aurez droit à des subventions comme le secteur public ; si vous êtes à but lucratif, vous n'aurez pas de subvention, mais en revanche, dans le secteur qui vous sera confié, où vous bénéficierez d'une concession de service public, vous n'aurez pas de concurrent ; je veux dire par là que tant que la carte des besoins sanitaires ne sera pas satisfaite, je n'installerai pas à votre proximité des concurrents. Ainsi, je crois que nous entrons dans une ère de coordination.

Je demande au secteur privé, qui paie des impôts et supporte des charges, d'avoir un plan comptable adapté à ses méthodes de fonctionnement. Au demeurant, les services de la comptabilité publique et mes collaborateurs se préoccupent d'adapter ce plan comptable à ce secteur. Ce secteur a le droit de trouver la rémunération de son capital. Il lui faut un plan comptable adapté, qu'il pourra communiquer à la sécurité sociale, avec laquelle il passe des contrats de concession.

Je ne porte pas atteinte à des méthodes de gestion. On dit qu'il faut appliquer partout les méthodes du service public. Je ne garantis pas que les méthodes seront communes aux deux secteurs. Car, à mes yeux, le secteur privé doit garder son caractère propre.

Telle est la proposition sur laquelle nous avons beaucoup réfléchi et je remercie votre commission des efforts importants qu'elle a fournis pour nous aider. Vous trouverez dans le projet de loi la notion de participation au service public, article 36, celle de contrats de concession à l'article 38, dans l'article 39, l'accord d'association au fonctionnement d'un service hospitalier.

Par là, nous entrons dans une ère de coordination, avec des opérations qui seront désormais très décentralisées, puisque c'est le préfet de région, après avis d'une commission régionale d'hospitalisation, qui donnera les autorisations, en réservant la possibilité d'un recours devant le ministre après consultation d'une commission nationale. Autrement dit, le préfet, ayant

en main la carte sanitaire, pourra décider compte tenu des crédits qui lui seront délégués et faire des propositions après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire. Bien entendu, l'autorisation pourra être retirée si les normes réglementaires ne sont pas respectées.

Voilà, en termes à la fois trop longs et trop courts, ce que je voulais vous dire sur le projet de loi hospitalière.

Il est exact qu'il faudra de nombreux textes d'application. Nous commençons déjà à y travailler ; je les ai en ma possession. Je ne vais pas vous les commenter ; ce serait trop long. Je vais simplement citer les têtes de chapitre : projet de décret relatif au classement des établissements d'hospitalisation publique ; pouvoirs des directeurs des établissements d'hospitalisation ; commission médicale consultative ; recrutement, nomination et statuts des médecins à temps partiel, dont je vous parlais tout à l'heure — un chapitre évidemment très important — les problèmes relatifs aux syndicats et aux groupements inter-hospitaliers, les conventions avec le secteur hospitalier, les problèmes des dossiers individuels de santé, que je n'ai pas traités et que j'aborderai éventuellement devant la commission, etc. Bref, toute une série de textes, qui sont évidemment très importants et qui, progressivement, permettront à cet hôpital de demain de prendre son visage.

Tel est, mesdames, messieurs, l'essentiel de ce projet de loi de réforme hospitalière.

Je crois que ce que nous avons voulu, c'est rester sur le terrain du bon sens, de la réalité, ne pas nous faire trop d'illusions et tenir compte des nécessités impérieuses des besoins de santé qui vont dominer toute notre époque. L'expression des besoins par une carte sanitaire, les moyens de les satisfaire, la coordination nécessaire de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée qui, par l'apport de ses capitaux, de ses investissements, grâce à ses médecins, pourra apporter une complémentarité nécessaire sous réserve du respect d'un certain nombre de règles.

Moderniser la gestion et le fonctionnement de nos hôpitaux, l'adapter aux unités modernes de soins, de recherche, d'enseignement, telles sont les orientations importantes, fondamentales qui amènent le Gouvernement à déposer ce projet de loi.

Je crois, mesdames, messieurs, que nous ne sommes pas du tout placés sur un terrain politique, polémique, partisan, quel que soit le groupe politique auquel vous appartenez. Il n'y a pas là matière à discussion philosophique. Nous avons cherché à faire en sorte que l'immense outil qu'est le service public de la santé en France soit le mieux adapté à la santé de nos malades.

C'était, je crois, le meilleur moyen de définir une politique de la santé. C'est pourquoi, avec confiance et sous réserve des amendements que nous examinerons tout à l'heure, j'attends le vote du Sénat. *(Applaudissements sur de nombreuses travées à gauche, au centre et à droite.)*

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

M. Jacques Maury. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi portant réforme hospitalière qui est soumis à l'examen du Sénat se propose d'apporter un peu d'ordre et de méthode dans la répartition et la modernisation des lits d'hospitalisation. Il reconnaît l'existence d'un important secteur privé et veut associer les médecins de famille aux soins donnés aux blessés et aux malades en milieu hospitalier. Il répartit les établissements en deux grandes catégories : les hôpitaux et les centres de cure et de réadaptation. Il veut réglementer l'enseignement médical et y associer le plus grand nombre possible d'établissements. Il a le souci d'établir des dossiers individuels de santé. Autant de notions, auxquelles nous ne pouvons que souscrire, sous le bénéfice d'un certain nombre de considérations que je voudrais maintenant développer devant vous.

La première de ces réflexions m'est suggérée par la lecture de l'exposé des motifs comme du projet de loi lui-même, mais plus encore par cette émission télévisée à laquelle les membres de la commission des affaires sociales ont participé en votre présence, monsieur le ministre.

L'hospitalisation publique y est, à notre sens, trop souvent présentée comme gênée dans son évolution par la concurrence d'établissements privés dits à but lucratif. Je voudrais indiquer combien cette dénomination me paraît à la fois inadaptée et quelque peu blessante pour des établissements dont, en règle générale — il existe des exceptions, bien sûr, et plus que quiconque nous les déplorons — le souci est indiscutablement d'assurer, dans le secteur qu'ils ont choisi, les meilleurs soins au moindre prix.

Faisant mien le vœu des fédérations de maisons de santé privées, je vous demanderai d'utiliser si possible un autre vocabulaire pour désigner ces établissements à un moment où la suscep-

tibilité de tout un chacun a fait des facteurs des préposés et des départements autrefois « inférieurs » des départements « maritimes » ou « atlantiques ». Ces changements de dénomination peuvent avoir leur importance et sont au nombre des éléments psychologiques qui peuvent intervenir lorsqu'il s'agit de créer un climat de collaboration.

J'ai parlé de la notion de concurrence qui apparaît dans certains textes. Cette concurrence, qui est imputée au secteur privé, ne lui incombe peut-être pas aussi radicalement que certains le laissent entendre. Ainsi, je prendrai l'exemple de la chirurgie, branche que je connais peut-être mieux que d'autres. Dès 1895, certains chirurgiens, anciens internes de Paris, avaient pris l'initiative de décentraliser leur technique qui, à ce moment-là, était une technique de pointe. Dès cette époque, ils avaient créé en province, dans une ville que je connais bien pour en être le maire, des cliniques privées où, pratiquement, tous les malades étaient hospitalisés dans des chambres particulières.

Je ne méditerai pas de l'hospitalisation publique en affirmant que, peut-être encore en 1970, il n'existe pas dans tous les établissements des chambres particulières ou à deux lits et nous le déplorons. Et plutôt que de concurrence, je parlerai d'une stimulation de l'hospitalisation privée qui provoque l'amélioration des conditions d'hospitalisation du secteur public.

D'autre part, ce que je dis des chambres particulières pourrait être aussi bien appliqué au domaine des secrétariats qui existent depuis longtemps dans nombre d'établissements privés, alors qu'il nous a fallu attendre, hélas ! de très longues années avant d'obtenir ailleurs les concours nécessaires.

Et puisque tout à l'heure on a parlé de la blouse à l'hôpital, je dirai que la blouse à la clinique existe déjà depuis de fort longues années, que les médecins viennent assez facilement nous visiter comme ils visitent leurs malades, nous interroger sur leur état, nous demander ce qu'il faut en penser, nous questionner sur la durée de leur séjour et les traitements ultérieurs. Malheureusement, bien sûr, à l'hôpital public ce n'est pas aussi fréquent, mais cela provient, à mon sens, beaucoup plus d'un manque d'attraction ou d'attirance de l'hôpital public, dû à un certain nombre de facteurs dont la modernisation trop tardive à laquelle je faisais allusion tout à l'heure.

Il est des habitudes qui se créent : des médecins, mécontents pendant trop longtemps des conditions de l'hospitalisation publique, se sont dirigés vers les établissements privés, mais à la faveur des habitudes prises, ils continuent aujourd'hui à envoyer plus volontiers leurs malades dans le secteur privé que dans le secteur public.

Très sincèrement, j'espère que cette situation pourra un jour s'inverser. Ce sera la meilleure preuve que le secteur public aura réellement fait les progrès que nous désirons lui voir accomplir.

Il me paraît également peu acceptable de dire que les hôpitaux publics subissent la « concurrence » des maisons de santé, surtout lorsque cette considération est assortie de l'explication suivante qui vient, hélas ! malencontreusement la compléter, à savoir : que celle-ci — la concurrence — est d'autant plus forte qu'une partie du corps médical exerce simultanément dans les deux secteurs. On va jusqu'à la rendre, cette concurrence responsable d'une sous-occupation des capacités hospitalières. C'est en quelque sorte rendre responsables, et en maintes occasions, les praticiens hospitaliers de situations qui ne sont pas habituellement de leur fait.

Vous savez que dans le passé, trop souvent, des établissements ou des services spécialisés ont été créés par des élus sans que soient quelquefois considérés bien sérieusement les besoins réels, et cela dans le seul but de satisfaire les désirs d'électeurs bien loin d'avoir entre les mains des éléments valables d'appréciation. Je sais bien que le projet que vous nous soumettez remédiera à ces situations fâcheuses, mais je pense qu'il y aura beaucoup à faire pour qu'il se transpose dans les faits.

Je puis vous citer le cas d'un certain nombre d'établissements. Je pense plus spécialement à l'un d'eux, situé à vingt kilomètres d'une ville d'importance moyenne, où étaient implantés à la fois un hôpital et une clinique privée. Le maire, pour des raisons de prestige personnel, a voulu créer un service chirurgical. On s'est assuré les services d'un premier chirurgien, d'un second, puis d'un troisième, enfin d'un quatrième, et de guerre lasse, il a bien fallu renoncer. Aujourd'hui, l'équipement en place est inutilisé.

Je pourrais vous citer également le cas d'une maternité dans laquelle un directeur d'hôpital, voulant sans doute donner du lustre à son établissement, a entrepris, malgré les avertissements qui lui avaient été prodigués — parce que l'équipement privé était déjà fort important — de créer une maternité de cent lits environ. Le résultat est que cette maternité est restée vide pour moitié pendant de très longues années encore que

le chef de service, voulant peut être aider son directeur, ait poussé la gentillesse jusqu'à exiger des malades qu'elles restent chacune dix-sept jours, ce qui paraît pour le moins excessif. Aujourd'hui, une partie importante de cette maternité — la moitié en pratique — est encore utilisée pour un centre de prématurés pour lequel elle n'avait pas été construite.

Alors que cette maternité était achevée, il a été donné, par différentes commissions de coordination, des autorisations à des établissements privés de construire près de cent lits d'accouchement nouveaux sous le prétexte que quelques lits avaient disparu d'un côté et quelques lits d'un autre. Le tout devait bien faire une trentaine de lits alors qu'une centaine de lits nouveaux ont été construits. Cette maternité publique a perdu à jamais l'espoir de se voir un jour rentabilisée.

La responsabilité qui est imputée dans ces écrits au corps médical hospitalier me paraît d'autant moins justifiée que les honoraires de médecins hospitaliers, vous le savez, sont plafonnés. Je parle plus spécialement pour le corps des médecins à temps partiel auquel j'appartiens. Lorsque ces médecins ont atteint le plafond, ils ne travaillent plus que d'une manière parfaitement désintéressée, mais leur travail contribue, au moins en partie, à augmenter les recettes de l'hôpital où ils œuvrent. Ils participent de la sorte à une diminution du prix de journée et dans l'optique d'autrefois, à savoir le prix de journée de l'hôpital de référence, ils travaillaient de la sorte contre leur propre intérêt et contre leurs propres établissements privés. Je pense qu'il n'existe pas beaucoup de professions où les professionnels donnent de tels exemples de désintéressement et vous comprendrez, monsieur le ministre, qu'il peut être déplaisant de s'entendre dire que l'on a une intention nocive contre l'hospitalisation publique en essayant de la concurrencer de façon tout juste loyale.

La concurrence vient des conditions, souvent plus humaines, que connaissent les malades dans les cliniques privées de moindre importance que les hôpitaux publics. A ce propos, je voudrais m'élever contre ce que j'ai entendu à la commission des affaires sociales, à laquelle vous n'assistiez pas, monsieur le ministre, à savoir que, dorénavant, les cliniques privées devraient disposer d'environ 300 lits. Si elles ont eu comparativement à l'hôpital public le succès qu'aujourd'hui tout le monde est obligé de reconnaître, c'est justement parce qu'elles ont été de petits établissements. Je ne parle pas, bien sûr, des cliniques de 10 ou de 20 lits. La clinique moyenne est certainement un établissement ayant des dimensions humaines parce que celui qui la dirige peut en surveiller tous les éléments quels qu'ils soient, aussi bien dans le domaine administratif que technique que dans celui des soins.

De plus, dans un tel établissement, le malade sait qu'à tout moment, il peut voir toute personne qu'il désire rencontrer.

A partir du moment où il faut demander à un directeur de connaître 300, 400 personnes ou même davantage, il est bien certain que cela n'est plus possible et que même si cet homme, un peu extraordinaire, a une mémoire peu commune, il ne peut pas, faute de temps, s'intéresser aux problèmes particuliers des malades. Or, chaque malade, dans un service hospitalier, se considère comme un cas particulier et veut que ceux qui l'entourent, ceux qui le soignent, ceux qui lui apportent les objets dont il a besoin, il veut que toutes ces personnes s'intéressent à lui personnellement, à lui M. Untel et non pas au numéro 22 ou au numéro 40, à lui, qui a une mère impotente ou un fils hospitalisé dans un autre service. C'est à sa personne qu'il veut qu'on s'intéresse, non à sa maladie. (Applaudissements.)

Nous ne saurions non plus laisser passer sans protestation la notion selon laquelle les établissements privés pratiquent une sorte d'écrémage des malades fortement rentables ou moyennement rentables. S'il peut en être ainsi, ici et là — il en existe certainement de nombreux cas, vous y avez fait allusion, monsieur le ministre — il existe dans tous les secteurs d'activité — on peut le regretter — des personnes ou des sociétés qui ne recherchent que l'avantage matériel. Cette notion ne peut pas, sans injustice grave, être présentée comme ayant un caractère de généralité dans le monde hospitalier ou dans les cliniques privées.

Au surplus, dans les séquences filmées qui nous ont été présentées, ne recule-t-on pas devant la plus flagrante des contradictions puisque, après nous avoir affirmé que tel équipement lourd — il s'agissait de la bombe au cobalt — a été réalisé dans un établissement privé parce que, sans doute, il était rentable, on se trouve contraint de reconnaître quelques instants plus tard que cet équipement est installé dans un centre de soins pour grands brûlés. Je ne sais pas, monsieur le ministre, que ce genre d'équipement, le personnel hautement spécialisé qu'il réclame comme les précautions qu'il nécessite soient particulièrement rentables. Je ne voudrais pas non plus que l'on imagine que seul le secteur public est capable d'y faire face.

Maintenant je voudrais parler de l'article 9 du projet de loi sur lequel il y a quelques instants vous nous avez donné un certain nombre d'apaisements. L'hospitalisation française manque d'infirmières et je l'ai signalé dans une allocution que j'ai prononcée il y a quelques jours. Ce n'est pas un fait qui nous appartienne en propre. Ce mal sévit, hélas ! cruellement à l'étranger, et si l'hôpital de Gonesse n'a pu mettre tous les lits à la disposition de ses malades parce qu'il manquait de personnel, l'hôpital du Sud à Stockholm a dû rester fermé pendant de longs mois faute de disposer des infirmières nécessaires.

Si on manque d'infirmières, c'est que les astreintes spéciales à cette profession font reculer beaucoup de candidates éventuelles, font démissionner ou quelquefois solliciter des congés de longue durée de jeunes femmes dont le problème de la vie de famille est du fait de cette profession difficile à résoudre. Nous ne pensons pas que le temps partiel soit autre chose qu'un palliatif, car celles qui s'orienteront vers ce genre de poste susceptible de leur apporter un peu d'argent pour équilibrer le budget familial, hésiteront plus encore que les titulaires à accepter des horaires de travail particulièrement astreignants. Nous croyons que seule une revalorisation des traitements de ces collaboratrices irremplaçables des praticiens sera susceptible d'amener à la profession ou d'y retenir des éléments de qualité.

En ce qui concerne le personnel médical, notre commission a retenu un amendement important qui a, je crois, votre agrément, monsieur le ministre, et qui vise la carrière des praticiens hospitaliers et plus spécialement des praticiens à temps partiel.

Il ne semble pas, en effet, que même si on considère le temps plein comme souhaitable dans les hôpitaux, il puisse être généralisé dès le lendemain du vote de la loi. Outre qu'il importerait de rendre ce mode d'exercice plus attractif par la création rapide de la retraite du médecin hospitalier, il est indéniable que les hôpitaux devront pendant un certain temps, ou tout au moins un temps certain, avoir recours à des praticiens à temps partiel.

En conséquence, il est nécessaire d'assurer à ces derniers une possibilité de carrière. Vous nous avez donné tout à l'heure une assurance, monsieur le ministre, et je vous en remercie.

Du reste, le temps plein n'est pas forcément une panacée, outre qu'il présente quelquefois des dangers, comme dans telle ville qui me vient à l'esprit, où un chirurgien, après s'être installé dans le cadre du temps plein et s'être fait connaître de la population, a trouvé des bailleurs de fonds pour lui permettre de construire une clinique privée. C'est une chose qui ne se reproduira plus, je l'espère, dans le cadre de la coordination que vous prévoyez.

Il faut par ailleurs reconnaître que tous les médecins ne sont pas faits pour le temps plein. Si celui-ci convient à certains tempéraments, il comporte des sujétions et s'il devenait obligatoire, il détournerait certainement des hôpitaux un nombre important d'éléments de valeur.

Je voudrais maintenant présenter quelques observations à propos de l'article 21 qui, comme l'avait fait l'article 3, répartit les établissements assurant le service public hospitalier en hôpitaux et centres de cure et de réadaptation. Cette distinction m'apparaît fondamentale. Il est indéniable que, trop souvent, les services hospitaliers sont encombrés de personnes qui peuvent avoir besoin de soins minimes et continus, mais qui n'ont plus leur place dans les services d'aigus. Le nombre et la qualification du personnel de ces services d'aigus est tel qu'il doit être réservé aujourd'hui au séjour de courte durée. Le même encombrement résulte bien souvent de la présence abusivement prolongée de personnes âgées qu'aucun établissement ne peut accueillir avant de longs délais. Ces services encombrés s'avèrent ainsi faussement insuffisants en nombre de lits, je dis bien faussement. Il en résulte des projets de création qui voient ainsi le jour et qui, ultérieurement, seront réalisés selon les normes terriblement coûteuses des services d'aigus, alors que des établissements plus modestes dans leur conception et leurs équipements auraient rendu les mêmes services à moindre frais.

J'ajouterai que trop souvent ces projets ne voient le jour que tardivement et qu'ils bloquent ainsi les possibilités d'ouverture d'établissements privés, mais là encore, tout à l'heure, vous nous avez apporté, monsieur le ministre, quelques apaisements. Aussi m'abstiendrai-je de prolonger mon propos sur ce point.

Je voudrais tout de même, puisque nous parlons des services hospitaliers, dire quelque chose qui échappe peut-être un peu au projet que nous avons à discuter aujourd'hui, mais qui me paraît pourtant d'une grande importance pour l'avenir, à savoir qu'il est un vocable qu'il me paraît désirable de faire disparaître de la nomenclature des établissements hospitaliers, celui d'hôpital psychiatrique, fût-il appelé « centre de psychotérapie ».

L'époque est en effet révolue de la conception carcérale qui a trop longtemps prévalu. Cela est si vrai qu'un centre psychothérapique, récemment construit dans mon département, a dû

être édifié sans clôture — car aujourd'hui l'adjonction d'une clôture peut être considérée comme fâcheuse pour la réussite de la thérapeutique — alors que chacun de nos hôpitaux, vraisemblablement, est encore entouré de hauts murs. Il serait donc temps d'admettre que les malades atteints d'affections mentales de caractère aigu sont des malades qui ne se différencient pas tellement des autres et qu'ils pourraient être à la rigueur admis dans des hôpitaux normaux.

Le psychiatre à temps plein depuis longtemps verrait son statut évoluer vers celui du temps plein hospitalier. Il ne serait plus importuné par la surveillance d'un nombre épuisant de « chroniques » et pourrait apporter à ses confrères hospitaliers les conseils que lui permettrait de donner l'exercice d'une discipline avec laquelle ils sont dans l'ensemble souvent peu familiarisés. Ajoutons que, psychologiquement et socialement, le recours des malades aux spécialistes de la psychothérapie se ferait plus aisément dans le cadre d'un hôpital que dans celui d'un établissement où le seul fait d'être admis marque encore cruellement le malade et sa famille. Les malades chroniques atteints de troubles psychiatriques pourraient être accueillis dans des établissements de long séjour, à peine différents de ceux qui seraient prévus pour les autres catégories de malades et réalisés dans le même souci des deniers publics.

J'en viendrai maintenant à évoquer le chapitre II concernant les établissements privés.

Nous ne doutons pas, monsieur le ministre, que les autorisations qu'il leur sera imposé d'obtenir, conformément à l'article 27, leur seront éventuellement accordées dans un esprit de libéralisme et d'équité. Nous espérons que nombre d'entre eux, même s'ils ne rentrent pas dans le cadre des établissements à caractère social, pourront participer au service public hospitalier.

Je voudrais, à cette occasion, que soient dissipés certains malentendus. Beaucoup de ces établissements sont prêts à recevoir, comme il est dit à l'article 2 de la loi, toute personne dont l'état requiert leurs services et s'ils n'ont pas reçu jusqu'à ce jour les malades de l'aide sociale, ce n'est pas leur fait, mais bien plutôt celui de l'administration, car nombreux sont ceux qui accueillent déjà les accidentés du travail. Contrairement à ce qui a été souvent affirmé, à l'exception peut-être de certaines cliniques de très grandes villes, le service de garde est assuré dans la plupart des établissements privés comme dans les établissements publics.

Je dirai même qu'il l'est de façon plus rigoureuse car, dans les hôpitaux publics, si un accidenté arrive à la suite d'une collision sur la voie publique, il est vu et éventuellement soigné par l'interne, alors que s'il arrive dans un établissement privé, il reçoit en général les soins du chirurgien qui, non seulement a fait ses études de médecine, mais en plus s'est imposé la dure discipline d'un internat et éventuellement d'un cliniquat. Dire que les hôpitaux privés n'assurent pas les urgences me paraît donc pour le moins excessif, et je tenais à faire cette mise au point.

Que la comptabilité soit tenue selon le plan comptable ne nous paraît nullement une impossibilité.

Encore conviendrait-il de laisser aux cliniques privées qui ne l'appliquent pas encore un temps suffisant d'adaptation. Les établissements publics et les collectivités locales ont bénéficié d'assez longs délais avant d'y être impérativement obligés. Il est évident que ce plan devrait être adapté au type d'établissement concerné et que la rubrique variée des impôts y tiendrait une place non négligeable. Là encore vous nous avez apporté quelques apaisements.

Nous ne pensons pas cependant qu'il soit opportun d'en arriver à imposer aux établissements privés le prix de journée tout compris tel qu'il est théoriquement pratiqué à l'hôpital public. Je dis bien théoriquement, car il est loin le temps où l'hôpital public n'avait qu'un prix de journée unique. La différenciation des prix selon les services, médecine, chirurgie, maternité est déjà largement dépassée. Ce sont aujourd'hui des prix de journée de prématurés, de réanimation respiratoire, cardiaque ou néo-natale et les honoraires chirurgicaux viennent s'ajouter aux frais d'hospitalisation de base. Autant dire que l'on tend de plus en plus dans le service public vers la vérité des prix et que l'on ne voit pas, mise à part une légère complication comptable, pourquoi les malades chirurgicaux, par exemple, ne paieraient pas, en sus d'un prix de journée qui serait du reste abaissé, des frais indexés sur l'importance de l'intervention chirurgicale subie ?

Il y aurait là un moyen certainement efficace d'éviter une prolongation abusive des séjours, à partir du moment où les journées supplémentaires ne seraient plus honorées qu'au tarif hôtelier. Il y aurait là, aussi, un moyen de comparer aisément les coûts respectifs des établissements publics et privés.

Avant d'en terminer, je voudrais dire quelques mots de la carte sanitaire. Elle concerne les deux types d'établissements, mais il est indispensable que la notion de secteur ne soit pas trop rigide, pas plus du reste que celle de région sanitaire. Si l'on peut concevoir que c'est dans le cadre de cette région sanitaire que doive s'établir une nécessaire planification, il ne faudrait pas en déduire que la région, fût-elle sanitaire, soit une sorte de champ clos dont il serait interdit de s'évader.

Le centre hospitalier du Mans, dont je préside la commission administrative, a infiniment plus de relations médicales avec le centre hospitalo-universitaire de Tours qu'avec celui de Nantes, qui est pourtant celui de sa métropole, mais qui est beaucoup plus éloigné et beaucoup plus difficile d'accès. Aussi bien, quant à nous, nous aimerions continuer, même dans le cadre d'une carte sanitaire, à avoir ces relations agréables avec le centre de Tours, alors qu'avec le centre de Nantes nous n'avons eu que seize hospitalisations dans une année.

Il est également nécessaire, à une époque où les transports sont encore faciles, d'éviter une éventuelle pullulation de centres chirurgicaux nouveaux dans des agglomérations de médiocre importance. Un service chirurgical exige, aujourd'hui, tel qu'il est défini à l'article 42, un véritable équipement lourd. Il implique, en effet, non seulement des investissements coûteux en locaux et en matériels spécialisés, mais surtout un personnel hautement qualifié et un environnement — anesthésistes, réanimateurs, rééducateurs, banque du sang, laboratoires, radio, spécialistes de toutes disciplines — qui ne peuvent être trouvés que dans un centre important si l'on veut qu'en toutes circonstances la sécurité du malade soit assurée.

Telles sont, monsieur le ministre, mes chers collègues, les réflexions que m'a suggérées l'étude de ce projet de loi. Cette loi est nécessaire comme l'a dit M. le ministre lui-même, mais le projet n'est qu'un cadre dans lequel il faudra remplir beaucoup de cases vides.

Ce sont donc les dispositions réglementaires et l'esprit dans lequel elles seront rédigées et appliquées qui feront que la loi sera bonne, médiocre ou même fâcheuse. Nous espérons, monsieur le ministre, que, grâce à vous, c'est la première hypothèse qui devra être retenue. (Applaudissements.)

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

M. Marcel Fortier. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, mon propos sera bref et je me bornerai à souligner quelques difficultés que me semble impliquer cette loi portant réforme hospitalière, dont j'approuve entièrement l'idée générale.

Véritable loi-cadre comportant une importante suite réglementaire, elle est centrée sur l'idée qu'il est impossible d'endiguer le torrent des dépenses de la sécurité sociale sans, au préalable, réformer l'hospitalisation, qui représente 40 p. 100 du budget de l'assurance maladie.

Ces principes généraux, vous les avez définis tout à l'heure, monsieur le ministre. L'hôpital ne doit plus être, comme dans le passé, réservé aux assistés ; il doit devenir plus moderne, plus humanisé et il doit être mieux armé en techniques de pointe ; les médecins chefs de service doivent se préoccuper des problèmes économiques ; la prévision doit passer au premier plan et elle doit être mieux coordonnée. Cela implique des difficultés et je me propose d'en évoquer quelques-unes.

C'est vrai, la répartition des hôpitaux est inégale. Aussi est-il nécessaire d'établir une carte sanitaire des besoins, qui fera apparaître, à n'en pas douter, leur importance, qu'il s'agisse de constructions nouvelles ou d'une humanisation et d'une amélioration des structures existantes. Cela coûtera fort cher à l'Etat et je crains que les engagements ne soient pas tenus rapidement à en juger par la faiblesse des crédits prévus dans la prochaine loi de finances.

L'humanisation des hôpitaux est, à mon avis, essentielle. Il ne s'agit pas de placer tous les malades en chambre particulière, et beaucoup réclament des chambres à trois ou quatre lits, mais, pour les cas graves comme pour les malades près de mourir, il est essentiel que les chambres particulières existent en nombre suffisant, afin d'isoler ces malades et de faciliter la présence des familles sans traumatiser pour cela les autres hospitalisés.

En même temps, il faut doter nos hôpitaux de l'équipement hôtelier qui leur fait particulièrement défaut. Certes, l'humanisation des hôpitaux va coûter cher, mais le sourire d'une infirmière ou d'une aide-soignante n'a pas de prix. Il est bien certain que la disparition des salles communes, l'aménagement d'un certain confort hôtelier vont exiger des crédits importants. Le principe des unités banalisées, que vous avez mis en avant, est certes excellent, mais cette formule exige des capitaux,

si l'on veut aller vite et si l'on veut tenir le pari qu'il n'y aura plus de salles communes à la fin du VI^e Plan, et je pense notamment à l'Assistance publique de Paris.

Il est certain que les crédits d'Etat ne suffiront pas, car il est d'autres secteurs aussi prioritaires. Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, que les capitaux privés utilisés à bon escient, selon les formules préconisées par mon collègue Royer à l'Assemblée nationale, permettraient de faire face à ce problème ? Les constructions d'hôpitaux pourraient être confiées à des sociétés d'économie mixte, qui réuniraient les maîtres d'ouvrage, le préfet, le directeur de l'hôpital et les représentants de la sécurité sociale, et qui assureraient, comme cela est leur rôle, des crédits de relais en contractant des emprunts sur le marché privé et en complétant ainsi les dotations publiques.

La coordination entre les hôpitaux publics et les établissements privés semble signifier que les besoins que l'on ne pourra couvrir par les crédits publics devront l'être par le secteur privé. Les établissements privés pourront signer une convention individuelle avec le secteur public, mettant à leur charge, en échange de l'agrément de la sécurité sociale et d'une garantie de non-implantation de concurrence, traumatologie, garde, enseignement, etc.

Le secteur privé garderait ses méthodes de gestion, mais n'encourrait plus le reproche, souvent justifié, de ne prendre que les bons risques, en laissant les mauvais au secteur public.

Dans une ville de moyenne importance de ma région — et elle n'est pas la seule dans ce cas en France — un chirurgien se rend chaque jour à l'hôpital où il assure un service public hospitalier privé, puis se rend en clinique privée où il exerce la médecine libérale et où la notion de service public perd de son intensité.

Dans la majorité des cas, les chirurgiens jouent le jeu et arrivent à partager leur activité entre les services de l'hôpital public et leur clinique privée. Hélas ! quelquefois, il se trouve que l'hôpital public voit son service de chirurgie, quoique parfaitement aménagé du point de vue technique et doté en personnel, fonctionner avec un taux d'occupation ridiculement bas, alors que la clinique privée de la même ville, avec le même chirurgien, enregistre une occupation de 90 p. 100 et plus. Ce n'est pas une critique, c'est une constatation !

Dans ce cas précis, avec la réforme, il sera nécessaire d'opter. Faudra-t-il fermer le service de chirurgie de l'hôpital, ce qui amènerait une appréciable économie à l'établissement public, et demander à la clinique privée d'accueillir tous les cas chirurgicaux, bons ou mauvais, de jour comme de nuit, dimanche comme jours fériés, malades payants, assurés sociaux ou assistés ?

Une troisième difficulté tient à la gestion des hôpitaux publics. La loi prévoit une modification de la composition de la commission administrative. C'est une excellente mesure que les membres du corps médical hospitalier y soient pour un tiers et, de même, que les pouvoirs du directeur soient renforcés pour mettre en accord droit et fait, encore faut-il que ce directeur ne soit pas changé tous les ans.

Mais le problème de la gestion ne sera pas résolu pour autant si l'on ne déconcentre pas l'approbation du budget. Telle qu'elle s'exerce, la tutelle administrative est pesante. Il n'est pas normal, par exemple, que l'abonnement d'un hôpital à une revue médicale exige une délibération de la commission administrative et, après avis des services des finances, une autorisation préfectorale. La tutelle devrait intervenir d'une façon stricte au début de l'exercice budgétaire, un document exécutoire devrait être établi ensuite et des comptes seraient produits en fin d'exercice. Bref, le contrôle *a priori* devrait être remplacé par un contrôle *a posteriori* avec des sanctions quand il y aurait erreur ou faute. La gestion hospitalière se rapprocherait alors de celle des exploitations industrielles et commerciales.

Les retards considérables mis par vos services à approuver les prix de journée provoquent des difficultés financières graves et les nombreux collègues qui président des commissions administratives ou en sont membres ne me démentiront pas. D'ailleurs, je ne suis pas sûr, monsieur le ministre, qu'il ne reste pas quelques prix de journée à autoriser et à accepter en cette période de l'année !

Quant à la gestion, il serait peut-être bon de confier à chaque chef de service une responsabilité financière ; cela éviterait peut-être le gaspillage et amènerait certainement des économies.

Pour terminer ces quelques réflexions, je voudrais vous demander ce que vous entendez par « les blouses blanches à l'hôpital ». La possibilité pour les médecins traitants de suivre leurs malades à l'hôpital est éminemment souhaitable, mais peut-être, dans certains cas, sera-t-elle d'une application difficile.

J'aurais bien d'autres difficultés à évoquer, au sujet des médecins hospitaliers à temps partiel, de la formation des infirmières, du problème des rémunérations, du statut des hôpitaux ruraux, mais je sais que ces différentes questions seront évoquées lors de la discussion des articles du projet de loi.

Je tenais à faire ces quelques remarques. Je les ai faites à titre personnel, à la fois en tant que membre de la commission administrative d'un centre hospitalier universitaire et en tant que généraliste. Les généralistes des campagnes ou des quartiers des villes ont une lourde responsabilité dans leurs décisions, qu'ils prennent souvent dans des conditions difficiles, ils sont farouchement attachés à une médecine libérale et ils méritent que les pouvoirs publics se penchent avec compréhension sur leur sort ; mais je sais, monsieur le ministre, que vous êtes attaché à cette catégorie de médecins. (Applaudissements.)

M. le président. L'orateur suivant inscrit est M. Henriot. Après l'avoir entendu, sans doute le Sénat voudra-t-il suspendre ses travaux ?

M. François Schleiter. Je demande la parole.

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

M. François Schleiter. Puisque vous évoquez la poursuite des travaux du Sénat, monsieur le président, peut-être pourriez-vous nous indiquer dans quelles conditions nous allons être appelés à terminer ce débat. Je prie la commission des affaires sociales et M. le ministre de m'en excuser, mais je doute que nous puissions le conclure cette nuit.

M. le président. Monsieur Schleiter, la présidence peut répondre à votre question et éclairer le Sénat.

Quatre orateurs sont encore inscrits dans la discussion générale et je me suis enquis du temps de parole dont ils souhaitent disposer : M. Henriot en a pour une demi-heure, M. Mathias pour cinq minutes, M. Poignant pour quinze et Mme Goutmann pour cinq. Si donc le Sénat suspendait sa séance à dix-neuf heures quarante-cinq, pour la reprendre à vingt et une heures quarante-cinq, il pourrait aborder la discussion des articles vers vingt-deux heures quinze. Sans préjudice des scrutins publics qui pourraient être demandés et quelle diligence qu'y mette la présidence, la discussion des articles et des cent trente-quatre amendements qui ont été déposés ne pourrait s'achever que vers quatre heures du matin environ.

M. François Schleiter. Je demande la parole.

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

M. François Schleiter. Je vous remercie, monsieur le président, de ces indications et je me permets de demander à M. le président de la commission des affaires sociales et à M. le ministre s'ils n'accepteraient pas d'envisager d'interrompre le débat vers une heure du matin et d'en reporter la suite, à la semaine prochaine par exemple, si la prochaine conférence des présidents en était d'accord.

M. le président. Monsieur le président Schleiter, je vais vous répondre immédiatement.

Ce que peut faire le Sénat ce soir, c'est suspendre ses travaux à une heure déterminée. Quant à la date à laquelle sera renvoyée la suite du débat, seule la conférence des présidents de demain a qualité pour en décider, et cela sous réserve que le Gouvernement ne demande pas tout à l'heure au Sénat, en vertu de l'article 48 de la Constitution, de poursuivre l'examen du projet de loi jusqu'à son terme.

Si tel n'est pas le cas et si, en conséquence, la conférence des présidents est appelée à se prononcer sur une date, son choix sera limité.

Vendredi ? Il est vraisemblable qu'elle ne retiendra pas cette date, nos collègues ayant déjà pris des engagements dans leurs départements, aucune séance n'étant prévue pour ce jour-là. Mardi ? Ce jour semble exclu en raison de la proximité des cérémonies du 11 novembre. La seule date utile serait donc le jeudi 12 novembre, puisque nous devons aborder la discussion budgétaire le 17.

Tel est l'état actuel du problème. Si le Gouvernement, auquel on vient de faire appel, entend que le débat se poursuive, je n'aurai pas à consulter le Sénat. Si le Gouvernement estime que le débat peut être reporté, je demanderai qu'on me saisisse d'une proposition quant au déroulement de la séance de ce soir. La commission fera connaître son point de vue sur cette proposition — à moins qu'elle n'émane d'elle — et alors je consulterai le Sénat, qui statuera en dernier ressort.

M. François Schleiter. Je vous remercie, monsieur le président, de ces explications.

M. le président. Monsieur Henriet, vous avez la parole.

M. Jacques Henriet. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, cette loi de réforme hospitalière est attendue depuis longtemps. Elle a été, dit-on, remaniée à plusieurs reprises. Néanmoins, je considère qu'elle est prématurée, car elle aurait dû être placée, non point dans le contexte des préoccupations de santé d'aujourd'hui, mais dans les préoccupations d'avenir envisagées globalement dans leur ensemble. Elle est prématurée car elle devrait venir après la réforme des études médicales, après la réforme de la sécurité sociale, après les décisions administratives et juridiques qui doivent être prises pour « globaliser » les problèmes et les aspects très divers de la « branche santé » de notre économie nationale.

C'est dans le cadre du « futurible », comme on dit aujourd'hui, qu'aurait dû être conçue cette réforme. Certes, il est très difficile de dire quelle sera demain notre politique de santé, car la prospective est une science nouvelle et il faut savoir s'en servir. Il est d'autant plus aisé de le faire que, pour ce qui regarde une politique de santé, la trajectoire parcourue au cours de ces dernières années nous indique — approximativement, bien sûr — un point d'arrivée qui me paraît différent de celui auquel l'actuel projet de loi paraît devoir aboutir. Il n'est pas inutile de jouer avec ces vues prospectives pour lesquelles nous possédons déjà des informations parfaitement utilisables.

Que peut-on entrevoir dans ce « futurible » pour tout ce qui regarde la médecine de soins et particulièrement les problèmes de l'hospitalisation ?

La trajectoire qui part de l'exercice individuel de la médecine de nos pères, et qui passe par notre génération, nous donne à penser que, dans une décennie, il n'y aura plus pour les généralistes, qui sont les militants de base dans la lutte contre la maladie, qu'une médecine de groupe. Cette médecine de groupe, comme l'a indiqué le congrès de Bordeaux, est appelée à faire de la médecine une véritable « entreprise de soins » offrant une qualité améliorée, à la fois pour le malade et pour les conditions d'exercice du médecin.

C'est avec regret, certes, que l'on voit disparaître le traditionnel médecin de famille. Le fameux colloque singulier s'est depuis longtemps pluralisé et il paraît évident que bientôt les médecins généralistes n'exerceront plus que groupés dans des centres sanitaires urbains ou ruraux, assistés d'auxiliaires divers et conseillés par un chef d'équipe pour lequel je vous demande de nouveau, monsieur le ministre, de créer un certificat d'études spéciales de généraliste. Ces médecins constitueront une manière d'antenne sanitaire et auront des tâches différentes de celles qui leur incombent aujourd'hui. Ils assureront, bien sûr, une médecine de soins et l'hospitalisation à domicile paraît bien avoir été involontairement créée pour eux. Mais ils auront aussi un rôle de triage, d'éducation sanitaire et, voici où je veux en venir, ils auront un rôle important et essentiel de prévention.

Voilà pourquoi je suis hostile à cette idée de confier aux hospitaliers, qui sont en réalité des techniciens attachés au « plateau technique » de l'hôpital, cette médecine qui mérite d'avoir et doit avoir un plus grand développement, qu'est la médecine préventive.

L'éducation sanitaire et la prévention doivent disparaître, me semble-t-il, des fonctions hospitalières.

Pour ce qui regarde les hôpitaux, il est également aisé, dans des vues prospectives, de deviner leur évolution. Les C. H. U., qui doivent assurer la médecine de pointe, l'enseignement et la recherche, doivent bénéficier d'un équipement prioritaire. C'est une des raisons pour lesquelles, dans les options du VI^e Plan, pour les équipements sanitaire que j'ai rapportées, j'ai proposé qu'au cours de ce Plan un effort exceptionnel et prioritaire soit fait pour les C. H. U., que les sanatoriums publics soient transformés en hôpitaux psychiatriques, que les hôpitaux ruraux soient transformés en maisons de retraite et que le tout-venant, je veux dire, la médecine, la chirurgie, la radiologie, l'obstétrique quotidiennes soient confiées à l'initiative privée. Cette proposition a été atténuée dans sa brutalité par la commission des affaires sociales du Sénat, qui a ajouté : « à condition d'agir avec souplesse ».

Dans cette vue prospective, il semble bien aussi que les hôpitaux de l'avenir ne doivent plus être, et cela pour une meilleure humanisation, ces grands hôpitaux dont on est cependant si fiers et qui, avec leurs 2.000 lits, leurs 2.000 employés, constituent de véritables casernes dans lesquelles il faut nécessairement des règlements, des colonels, des adjudants et dans lesquels le malade en arrive à considérer qu'il n'est qu'un numéro.

C'est plus, me semble-t-il, vers la « miniaturisation » des hôpitaux et surtout vers la création d'unités fonctionnelles plus simples et plus maniables que vous entraînera l'hospitalisation de demain.

Et pour une politique hospitalière d'avenir, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur des erreurs commises, dans lesquelles il importe de ne plus tomber. Je veux parler notamment d'une politique du « coup par coup » qui, réglant un problème mineur ou local, a eu des répercussions souvent néfastes sur le développement de l'hospitalisation publique. Je n'en citerai que deux exemples, qui d'ailleurs se complètent.

Chacun sait que les médecins hospitaliers, auxquels je me fais l'honneur d'appartenir, sont honorés au tiers de tarif. Néanmoins, à côté d'une exceptionnelle activité — on faisait, tout à l'heure, allusion à un de ces chirurgiens — certains spécialistes et notamment des chirurgiens et radiologues ont réalisé des honoraires qui auraient, dit-on, à l'époque, scandalisé l'administration. Scandalisée, l'administration devait réagir. Elle a réagi en créant un plafond d'honoraires grâce auquel, à partir du 15 ou du 20 de chaque mois, le spécialiste hospitalier, ayant atteint le plafond, travaille, je ne dirai pas « pour le roi de Prusse », mais, comme il est dit dans *L'Aiglon* : « pour la gloire et pour les prunes ». Certes, les hospitaliers ne sont pas des gens cupides. Mais il faut avoir l'âme trempée d'acier pour prendre la garde de jour et de nuit, le dimanche et les jours de fête pour, après la satisfaction du devoir accompli gratuitement, avoir la consolante satisfaction de ne plus scandaliser l'administration.

Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, que ce soit là une des raisons pour lesquelles les médecins ne se précipitent pas aux nombreux concours hospitaliers, qui restent aujourd'hui sans candidat ?

Tout à l'heure, mon excellent collègue M. Maury, qui connaît très bien le problème des hospitaliers à temps plein et à temps partiel, vous a fait la même réflexion.

Il me vient aussi à l'esprit le souvenir de ce « coup par coup » qu'a été la création des cliniques ouvertes hospitalières. Non point que je la désapprouve, mais elle a perturbé la bonne marche et par conséquent la rentabilité des services hospitaliers. Ce n'est pas à votre usage, monsieur le ministre, mais à celui de mes collègues du Sénat que je veux dire que dans un hôpital le spécialiste doit avoir un certificat d'études spéciales, acquis après plusieurs années d'études supplémentaires, mais non à la clinique ouverte. A l'hôpital, le médecin est nommé par concours, mais non à la clinique ouverte. A l'hôpital, les honoraires sont réduits des deux tiers, mais non à la clinique ouverte. A l'hôpital, le médecin a des astreintes, des gardes, des obligations de toutes sortes, mais non à la clinique ouverte. L'hospitalier est mis à la retraite à soixante-cinq ans, mais il n'y a pas de limite d'âge à la clinique ouverte. L'hospitalier ne peut céder, disons le mot, revendre sa clientèle, alors qu'il est aisé de le faire à la clinique ouverte.

De ces deux « coup par coup » il est résulté une désaffectation pour le service hospitalier, un transfert des patients vers la clinique ouverte, surtout l'obligation pour le directeur de l'hôpital désireux de boucler son budget de maintenir des « chroniques » dans les lits vacants des services de chirurgie, de maternité ou de médecine de l'hôpital.

Votre projet de loi ne parle ni de cette limitation anormale des honoraires pour les médecins hospitaliers, ni des largesses accordées dans les cliniques ouvertes. Et je vous interroge aux fins de savoir si, par votre loi, les médecins exerçant en clinique ouverte seront traités comme ceux du secteur public ou comme ceux du secteur privé. Deviendront-ils des médecins à temps plein ou à temps partiel privilégiés, c'est-à-dire sans concours ?

Il est toujours facile, pour un journal à sensation, de trouver et de dénoncer, pour les lecteurs friands, les tares, les insuffisances, l'inconfort, tantôt du secteur public hospitalier, tantôt du secteur privé. Je ne veux pas tenir compte de ces appréciations qui ne sont pas toujours imméritées, mais les institutions hospitalières comme les hommes peuvent avoir leur grandeur et leur misère et il est bien évident que, dans ce vaste monde des hôpitaux, tout ne peut pas être parfait.

Sans faire profession de défendre l'hospitalisation privée, je me dois de protester contre l'appellation péjorative dont elle est l'objet : « hospitalisation à but lucratif », et contre les termes de cette séquence qui a qualifié le secteur privé de « soucieux de profits ».

Certes, il peut exister des affairistes qui visent à tirer profit de la maladie, mais je dois affirmer que, dans la « sub-totalité » des cas, le secteur privé a été créé par des initiatives généreuses, laïques ou privées, pour répondre à un besoin régional.

Il a été créé le plus souvent par des médecins dont le but premier a été de se forger un instrument de travail et de répondre aux insuffisances du secteur public. Il a fallu pour eux l'apport financier des banques avec le souci des remboursements ; il a fallu aussi, de leur part, l'engagement de leur patrimoine familial. L'esprit de lucre ne les a jamais animés. Ils ont seulement le désir louable d'une gestion saine et rentable de capitaux engagés et le souci de servir.

Le secteur privé, j'en suis persuadé, est prêt à entrer dans le jeu de votre réforme hospitalière, dans la mesure évidemment où il ne sera pas bousculé dans ses structures ni lésé dans sa rentabilité. Il désire l'égalité des droits dans l'égalité des charges qu'il est prêt, j'en suis sûr, à assumer.

J'en arrive à la substantifique moelle de votre projet de réforme hospitalière. Je ne parle pas de la carte sanitaire dont il a été déjà question. Je vous dirai un mot rapide de l'enseignement, pour cette simple raison que j'ai derrière moi près de quarante années d'enseignement qui me permettent de vous suggérer de ne pas former des étudiants en vue d'une idéale et vaste culture clinique, technique ou scientifique, mais en fonction des besoins que, demain, vous devrez satisfaire. Cela signifie que tous les futurs médecins n'ont pas l'obligation de prendre contact avec des malades et que nombre d'entre eux ne seront jamais appelés à exercer la médecine de soins. Je veux parler des juristes, des économistes, des administratifs, des chercheurs, des « fondamentalistes » et j'en passe. Il est évident que le tri étant fait, vous pouvez disposer aisément d'un nombre suffisant de lits pour l'enseignement. D'autre part, je vous confie que, dans les services hospitalo-universitaires, il y a des internes hospitalo-universitaires ; c'est à eux que doivent incomber certaines tâches et c'est peut-être parce que leurs possibilités n'ont pas été utilisées ni rémunérées comme elles le méritent que, dans certains C. H. U., il existe un personnel stagiaire dont personne ne s'occupe.

Puisqu'il s'agit d'enseignement médical, je veux, d'un mot, vous supplier de maintenir l'internat qui est une des meilleures écoles de médecine du monde et vous demander d'autoriser les internes, contrairement à vos précédentes instructions, à faire ces remplacements qui sont incontestablement la meilleure école de pratique professionnelle.

J'en arrive à la coordination du secteur public et du secteur privé pour réaliser un service public hospitalier. J'approuve ce projet de coordination avec d'autant plus d'enthousiasme que, voilà quelques années déjà, j'ai fait à l'un de vos prédécesseurs cette proposition, que j'ai renouvelée à la tribune du Sénat, de créer une harmonisation dans l'activité de ces deux secteurs, public et privé. J'ai même rappelé que, si la loi Debré avait su mettre un terme aux puériles et parfois stupides oppositions entre l'enseignement public et l'enseignement privé, il devenait indispensable de mettre un terme à la concurrence des secteurs public et privé hospitaliers et que, l'un et l'autre étant au même service du même intérêt général, il y avait lieu d'organiser leur complémentarité. J'envisageais alors surtout les aspects pratiques de cette coordination et plus particulièrement dans l'organisation des secours d'urgence. Votre projet de loi va plus loin. Dois-je vous en approuver ?

La philosophie de votre projet est-elle orientée vers une harmonisation heureuse et profitable ou bien ne dissimule-t-elle pas, comme certains l'ont prétendu, le désir pur et simple d'une étiatisation, d'une nationalisation du secteur privé et de son absorption par le service public ? « J'embrasse mon rival, mais c'est pour l'étouffer », disait déjà Néron, parlant de Britannicus.

Je vous mets en garde, monsieur le ministre — mais, vous connaissant, j'ai le droit de penser que vos intentions sont pures — contre un déviationnisme qui, je ne crains pas de l'affirmer, dégraderait non seulement l'indispensable secteur privé, mais également le service public hospitalier tout entier.

Absorber l'hospitalisation privée, ce serait, pour le secteur public, supprimer un facteur d'émulation ; ce serait supprimer le libre choix ; ce serait encore et surtout vous priver d'une franche et sincère collaboration qui est indispensable au pays.

On nous dit que le secteur privé représente le tiers des lits de l'hospitalisation française. La vérité est que le secteur privé représente 50 p. 100 des actes médicaux, obstétricaux et chirurgicaux classés dans la nomenclature. Fonctionnellement parlant, par conséquent, en considérant les services rendus à la santé publique, le secteur privé ne rend pas moins de services que le secteur public et ce sans que vous ayez à intervenir dans ses investissements. Son existence n'est-elle pas pour vous providentielle ? Il prend en charge une partie de vos obligations et ne vous coûte rien !

Votre collègue des postes et télécommunications n'a-t-il pas déclaré qu'il lui était indifférent que l'installation du téléphone se fasse grâce à l'initiative privée ou à l'initiative publique, pourvu

qu'elle se fasse ? Et votre collègue M. Chalandon s'est fait une réputation — une bonne réputation — en faisant preuve d'un esprit réaliste et en faisant appel, lui aussi, à l'initiative privée.

Ne concluez pas que je veuille me faire le défenseur systématique du secteur privé, alors que je suis par essence « hospitalier ». C'est à mon illustre maître, le professeur Leriche, que l'on doit la création de la chirurgie à plein temps à l'hôpital. Pendant quatre années, j'ai vu ce grand patron réserver tout son temps aux malades, à tous les malades, riches ou pauvres, dans le service A de chirurgie de l'hôpital de Strasbourg.

La plupart de ses élèves n'ont pas fait autrement. Nourri dans le sérail, j'en connais les détours.

Les médecins à temps plein, surtout dans les C. H. U., sont les pionniers de la médecine de pointe, de la recherche et les piliers de l'enseignement médical. Ce qui signifie bien que ces médecins doivent avoir une situation confortable et une retraite. Mais je rejette cette prétention, issue sans doute d'un douillet confort, « d'établir la parité absolue du remboursement des actes médicaux », ce qui serait à mon avis la négation même du principe de la juste rémunération du service rendu, du risque et de l'initiative privée qui crée précisément l'émulation, par conséquent, la promotion dans le cadre d'une politique libérale, et « de soumettre la construction et l'agrandissement des cliniques privées à l'accord préalable des autorités universitaires », ce qui serait évidemment le refus d'une heureuse harmonisation en même temps que l'expression d'un étonnant égocentrisme.

Je veux aussi vous mettre en garde contre une erreur qui consiste à prétendre que les médecins à temps partiel se font une clientèle privée aux dépens de l'hôpital. Cela a pu se produire, certes, mais il arrive plus souvent que la bonne réputation d'un médecin à temps partiel attire une clientèle vers les services hospitaliers.

Tout cela devait vous être dit car, dans les décrets d'application que vous serez amené à prendre, il importe que vous considériez que l'hôpital est non pas une fin en soi, mais un instrument de travail mis à la disposition de techniciens médecins, techniciens qui sont le pivot et la cheville ouvrière de l'hôpital.

On dit et l'on répète partout que les médecins sont les ordonnateurs de dépenses. Je n'en suis pas certain. Les hôpitaux, en effet, représentent 40 p. 100 des dépenses de santé de la sécurité sociale et, dans les hôpitaux, 60 p. 100 — 70 p. 100, dit la fédération hospitalière de France — représentent les charges du personnel. Il ne reste que 40 p. 100 et peut-être même 30 p. 100 pour les dépenses autres que le personnel : nourriture, chauffage, médicaments, etc. Les dépenses du médecin, ordonnateur des dépenses, sont donc bien minimes !

Ces médecins hospitaliers réclament une large participation à la gestion de leurs services. Je crois, pour ma part, qu'ils sont avant tout des techniciens, voire des savants, et qu'ils n'ont guère l'esprit formé à la gestion et à la comptabilité. S'ils doivent participer à l'administration de l'hôpital, ce me paraît devoir être plutôt par le truchement de la commission médicale consultative, laquelle doit être représentée pour un tiers au sein du conseil d'administration à côté du tiers qui doit être réservé à l'organisme payant, je veux dire à la sécurité sociale.

Que doit être une heureuse harmonisation, une bénéfique complémentarité ?

Certains moyens simples apparaissent d'emblée à l'esprit. C'est ainsi que, pour l'établissement de la carte sanitaire, pour l'accès aux divers conseils régionaux et nationaux des divers groupements intersyndicaux ou syndicaux, la représentation du secteur public et du secteur privé doit être faite à part égale, puisque, aujourd'hui, le rendement fonctionnel est à peu près semblable. D'autre part, l'égalité des droits doit être le corollaire de l'égalité des charges, sans que les structures juridiques de l'un et l'autre des deux secteurs soient pour autant modifiées.

Mais plus épineuse et plus difficile à résoudre paraît être la reconnaissance de charges inégales de part et d'autre. Le secteur public a la charge de l'enseignement, de la recherche, de la médecine de pointe, qui doivent incomber au ministère de l'éducation nationale, à l'I.N.S.E.R.M. et à l'Etat. Mais ce même secteur bénéficie de subventions pour ses investissements et il assure son équilibre budgétaire très simplement en augmentant le prix de journée.

Le secteur privé, de son côté, a la charge d'impôts, le remboursement des annuités d'emprunts, la rémunération du capital engagé et il assure l'équilibre de son budget comme il peut, avec une participation financière prélevée sur les honoraires médicaux, quand ce n'est pas sur un patrimoine familial.

On a parlé de bénéfices substantiels de ce secteur privé ; mais ceux-ci, lorsque d'aventure ils existent, sont frappés d'un impôt de 50 p. 100 et, le plus souvent, les promoteurs les ont utilisés pour investir et pour moderniser, en apportant ainsi à la constellation hospitalière des étoiles de première grandeur.

C'est mon expérience des urgences qui me permet d'attirer votre attention sur un aspect essentiellement pratique de l'harmonisation qui intéresse les usagers plus que les considérations juridiques ou législatives.

Pour les soins urgents aux accidentés de la route, on a à juste titre insisté sur la rapidité des transports, sur le traitement rapide des détresses cardiaques et des détresses respiratoires. Mais il y a encore et surtout un problème d'hospitalisation et de présence des médecins et des auxiliaires médicaux indispensables. A quoi sert, en effet, qu'une ambulance arrive rapidement au plateau technique si aucun lit n'est libre et si le personnel auxiliaire est lui-même absent ? Le maintien dans un service quelconque de personnel, pour les jours de vacances, coûte très cher pour l'un et l'autre secteur et la garde ne doit pas être assurée coûteusement et inutilement par les deux secteurs à la fois. Il faut qu'il y ait entente, accord, et que chacun prenne le service d'urgence à son tour.

Cette harmonisation pose aussi des problèmes financiers. Qui dit changement de structures administratives et juridiques, qui dit création d'un service public hospitalier dit aussi mesures financières.

D'abord, les investissements. Jusqu'à maintenant, ils étaient assurés, pour le secteur public, avec les difficultés que l'on sait et, pour le secteur privé, par des fonds privés pour un montant de 30 p. 100 du total de la dépense, les banques faisant le reste, soit un apport de 70 p. 100. On a le droit de se demander — et je vous le demande — si, par le truchement des syndicats inter-hospitaliers, l'Etat acceptera d'aider le secteur privé ou si, toujours par le truchement des syndicats inter-hospitaliers, les banques accepteront d'aider le secteur public pour les investissements. Pensez-vous, monsieur le ministre, que votre loi sera un encouragement aux investissements par le secteur public et par le secteur privé ?

Je veux être optimiste, peut-être artificiellement, et espérer que, par un sage libéralisme, cette loi sera un encouragement pour les investisseurs, quels qu'ils soient, et que le pays se couvrira de la constellation hospitalière dont vous rêvez.

D'autre part, devant l'accroissement de 10 p. 100 par an des dépenses de santé des Français, pour lesquels les frais d'hospitalisation comptent pour 40 p. 100, je me demande comment seront assurées les dépenses de fonctionnement.

L'organisme payeur sera la sécurité sociale. Il importe, par conséquent, comme je vous le disais tout à l'heure, quelle soit représentée au moins pour un tiers dans les organismes consultatifs ou de décision que sont la carte hospitalière, les syndicats interhospitaliers, régionaux ou nationaux. C'est à cause du rôle éminent de la sécurité sociale que cette loi de réforme hospitalière doit être accompagnée d'une réforme de celle-ci, d'autant plus, comme vous l'avez dit vous-même, qu'il ne saurait être question d'une fiscalisation du budget de la santé publique.

Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, qu'abstraction faite des dépenses indues qui peuvent être, elles et elles seules, fiscalisées, c'est dans le cadre de la région que peut être le plus aisément atteint l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie de la sécurité sociale ?

Coordination à l'échelon administratif, juridique, financier et pratique : votre tâche est bien lourde, monsieur le ministre, et vous êtes condamné à réussir. Votre échec ferait le lit d'une autre et plus âpre concurrence, je veux dire la concurrence de capitaux étrangers.

Vous n'ignorez pas qu'en 1975 sera définitivement acquise la libre circulation dans l'Europe des biens, des capitaux et des hommes. Vous n'ignorez pas que, pour ces problèmes d'hospitalisation, l'Europe a opté pour le libéralisme. Les lois européennes prévalent sur les lois nationales dans ce domaine. En cas d'échec de votre système de service public hospitalier, vous vous trouveriez bien vite en face d'une nouvelle concurrence : celle de nos partenaires du Marché commun.

Votre loi, qui doit être une réussite dans le cadre d'une harmonisation concertée, n'aura son heureux et plein effet que si vous l'accompagnez d'une humanisation dont il n'est malheureusement pas fait mention dans votre projet. Il faut connaître, il faut avoir senti l'anxiété des patients qui entrent, pour un examen ou un traitement dans un service hospitalier, quel qu'il soit, pour affirmer que c'est l'humanisation qui fera le succès de la création du service public hospitalier.

Mais l'humanisation ne consiste pas seulement en la présence d'une hôtesse ou la disparition d'un guichet. Elle est plus difficile qu'il n'y paraît. Autrefois, hôpitaux et cliniques avaient en commun ce privilège d'avoir des religieuses de différentes congrégations et de différentes religions qui étaient toujours les *consolatores afflictorum*. Elles apportaient devant la maladie, la souffrance et la mort le précieux soulagement de leur dévouement inlassable, de leur présence continue et de leur abnégation.

Je veux leur rendre solennellement cet hommage que pendant des siècles, les religieuses de toutes confessions ont fait la vraie humanisation des hôpitaux. (*Applaudissements.*)

Mais les temps ont changé. Les religieuses s'en sont allées à d'autres tâches. Elles sont remplacées par un personnel qui assume cette tâche difficile et dure. Mais infirmiers et infirmières ne sauraient avoir la même abnégation totale puisque chacun d'eux a aussi ses soucis personnels, ses difficultés.

La tâche de ce personnel est si dure et le métier qu'il accomplit si ingrat que son recrutement est devenu un problème. Comment trouver et maintenir ce personnel ? Je pense surtout que c'est par une détection des véritables vocations et aussi une juste rémunération qu'une solution peut être trouvée, à condition que le cadre hospitalier soit différent, c'est-à-dire miniaturisé.

Après ces considérations, et pour en terminer, je dois vous assurer, monsieur le ministre, que je voterai cette loi après en avoir, bien sûr, pesé les amendements. Ceux introduits par la commission des affaires sociales du Sénat ont apaisé mes réticences. J'espère qu'ils sauront apaiser aussi les réticences de mes collègues indépendants.

J'attendrai les décrets d'application avec confiance, assuré que je suis que vous saurez revaloriser les fonctions hospitalières et créer une complémentarité des secteurs public et privé dans un esprit équitable et surtout dans un esprit libéral.

Pour résumer en quelques mots ce que je crois être, dans son ensemble, le futur système de santé en France, je citerai un juriste éminent — très au fait des problèmes de santé, M. Mignon : « On ne peut porter remède aux défauts du système actuel de santé et prévenir la tentation de rechercher des « solutions miracles » importées de l'étranger qu'en repensant notre système de santé, dans sa totalité, en vue de relier les éléments qui le constituent par un ensemble de contrats et de conventions ».

C'est la voie dans laquelle vous vous êtes engagé, monsieur le ministre, me semble-t-il. Je vous y accompagnerai et je vous approuverai dans la mesure où la globalisation de tous les problèmes de notre futur système de santé et la mutation aux cent actes divers dans laquelle vous vous êtes engagé seront inspirées par ce libéralisme auquel les Français restent, plus particulièrement pour le problème de santé, si fermement et si heureusement attachés. (*Applaudissements au centre et à droite.*)

M. le président. Ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure, trois orateurs sont encore inscrits dans la discussion générale.

Je pense que le Sénat voudra suspendre maintenant ses travaux.

M. François Schleiter. Je demande la parole.

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

M. François Schleiter. Veuillez m'excuser de persévérer dans ma curiosité, monsieur le président, mais nous voudrions être fixés sur la suite de nos travaux.

Je ne me permettrai de formuler vis-à-vis du ministre responsable et du président de la commission des affaires sociales, qui ont fait face à une tâche si importante, aucun suggestion. Mais je me permets de souligner l'importance des paroles venues tout à l'heure de la présidence du Sénat quand vous avez suggéré, monsieur le président, de reporter le présent débat...

M. le président. Je vous prie de m'excuser de vous interrompre monsieur Schleiter, mais sachez que je me garderais bien, aux fonctions que j'occupe, de suggérer quoi que ce soit.

Tout à l'heure, vous m'avez demandé de vous éclairer sur l'état d'avancement de nos travaux. Je l'ai fait de la manière la plus impartiale qui soit.

Vous ne m'avez saisi d'aucune autre proposition concrète, dont j'aurais pu saisir le représentant du Gouvernement ou le président de la commission.

Si aucune suggestion ne m'est faite, je vais consulter le Sénat pour savoir s'il entend suspendre maintenant sa séance pour la reprendre à vingt et une heures quarante-cinq et mener le débat à son terme.

Voilà la situation. N'interprétez pas mes paroles précédentes autrement que comme un désir de vous renseigner complètement et très impartialement.

M. François Schleiter. Monsieur le président, je me garderai d'interpréter vos paroles, mais vous savez comme moi que dans la nuit de demain nous avons un autre projet de loi important à examiner, relatif aux équipements militaires.

Deux lois importantes, deux nuits de suite, cela me paraît vraiment une mauvaise méthode de travail.

M. le président. Je ne suis par conséquent saisi d'aucune proposition.

M. François Schleiter. Un président de groupe peut-il faire une proposition ?

M. le président. Un président de groupe ou un sénateur peut le faire.

M. François Schleiter. Dans ces conditions, je me permets de proposer, si possible avec l'accord du Gouvernement et du président de la commission des affaires sociales, de ne siéger cette nuit que jusqu'à une heure du matin, ce qui est raisonnable, et de renvoyer le débat à une date que fixerait la conférence des présidents.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Monsieur le président, ce débat, vous le savez, est d'une particulière importance. Nous avons déposé ce projet de loi sur le bureau du Sénat pour qu'il en débattenne longuement. Il serait regrettable, monsieur le président, de renvoyer cette discussion à huitaine.

Si M. Schleiter proposait de suspendre la discussion à une heure du matin pour la reprendre dans la matinée et en terminer dans l'après-midi, j'acquiescerai volontiers à cette demande.

Mais je crois que ce débat est trop important pour en renvoyer la discussion à huitaine.

Je n'entends pas, bien sûr ! anticiper sur les décisions de la conférence des présidents. Mais le Sénat ne siègeant pas le mardi précédant le 11 novembre, ni le mercredi 11 novembre — et croyez que je comprends, étant maire d'une commune, vos préoccupations — le débat ne pourrait reprendre effectivement que jeudi 12 novembre. Une telle coupure me paraîtrait dommageable pour la clarté et la cohérence du débat.

M. Lucien Grand, président de la commission. C'est certain.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je comprends et je partage le souci de M. le président Schleiter de ne pas voir les débats se prolonger trop tard dans la nuit.

Il y a 110 ou 120 amendements déposés.

M. le président. Je vous donne une bonne nouvelle, il y en a un de moins !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je puis aussi vous annoncer une bonne nouvelle, monsieur le président : le Gouvernement se ralliera à un grand nombre d'entre eux.

Je pense que dans ces conditions, le débat pourrait s'achever plus tôt que vous ne le prévoyiez, disons vers deux heures du matin.

M. Georges Portmann. Surtout si le Gouvernement accepte un grand nombre de nos amendements !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ne prends pas d'engagement sur ce point, monsieur Portmann, mais je suis disposé à en accepter beaucoup.

Je prie MM. les sénateurs de m'excuser de leur demander cet effort, mais je crois que l'importance de ce texte justifie la position du Gouvernement.

M. le président. Je crois comprendre que le Sénat entend poursuivre la discussion jusqu'à son terme. (*Assentiment.*)

M. Julien Grand, président de la commission. Nous le souhaitons !

M. le président. Il en est ainsi décidé.

La séance est donc suspendue et sera reprise à vingt et une heures quarante-cinq.

(*La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante-cinq minutes, est reprise à vingt et une heures cinquante-cinq minutes.*)

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi portant réforme hospitalière.

Dans la suite de la discussion générale, la parole est à M. Mathias.

M. Jean-Baptiste Mathias. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, il y a plusieurs années que l'on parle de la nécessité d'agréer une nouvelle réforme hospitalière. Plusieurs de vos prédécesseurs s'y sont attelés avec énergie et également avec imagination. Vous avez eu le mérite d'aller jusqu'au bout et de déposer ce projet sur le bureau du Sénat. Je pense que tous les membres de notre Assemblée le reconnaîtront avec moi.

Il ne m'est guère possible d'exprimer en peu de temps toutes les satisfactions que je trouve dans votre projet. Celui-ci n'est peut-être pas absolument parfait, mais je remarque qu'il est critiqué de divers côtés et pour des raisons opposées. Certains des défenseurs de l'hôpital public — je pense aux plus sectaires car nous sommes tous ici, comme vous-mêmes, les défenseurs de l'hôpital public — certains des défenseurs de l'hôpital public, dis-je, reprochent à votre texte de faire la part trop belle au secteur privé de l'hospitalisation. Inversement, quelques partisans convaincus de l'hospitalisation privée vous reprochent de l'étrangler, de l'enserrer dans un carcan de réglementation et de contrôle qui paraît lui faire perdre son originalité, voire sa vie.

En écoutant ces reproches contradictoires exprimés par les uns et par les autres, les gens de bon sens — comme je crois l'être — estimeront sans doute que c'est la preuve que vous êtes dans le droit chemin, celui de la raison et de l'équité.

Je suis persuadé, en effet, que votre projet de loi donne à chacun des deux secteurs les possibilités d'expansion et les chances d'avenir qu'il doit avoir en même temps que les responsabilités qu'il doit assumer en contrepartie.

L'hospitalisation pose de nombreux problèmes et ce n'est pas votre projet de loi, monsieur le ministre, qui les résoudra tous. J'ai été très intéressé par ce que vous nous avez annoncé et qui n'a pas sa place dans le texte que nous allons voter parce que cela relève de dispositions réglementaires. Mais cela forme un tout et je pense que, sur le plan de la gestion comme sur celui des équipements, les mesures que vous allez prendre donneront à votre politique la cohérence et l'efficacité que nous en attendons.

Plusieurs aspects des dispositions qui figurent dans le projet paraissent très positifs. Je voudrais y insister plus particulièrement et vous poser à leur sujet quelques questions.

La carte sanitaire ne pourra être efficace que si elle est arrêtée dans des délais brefs. De plus, elle devra être à la fois souple pour tenir compte de l'évolution des techniques médicales et des changements dans la population et rigide pour permettre une réponse nette aux demandes de création ou d'extension d'établissements et non susceptible d'être remise en cause à l'occasion des révisions trop fréquentes.

Pouvez-vous nous dire à quelle date et de quelle manière sera arrêtée cette carte ? Mes collègues et moi-même souhaiterions également savoir quand et comment seront consultés les représentants des collectivités locales.

La participation accrue des médecins à la gestion financière de l'hôpital correspond à une nécessité. Comme vous avez eu l'occasion de le dire déjà à plusieurs reprises, monsieur le ministre, ce sont les médecins qui sont les véritables ordonnateurs des dépenses d'hospitalisation. Nous connaissons tous ici des exemples de comportement abusif. Je pense qu'ils tiennent, de la part du corps médical, non pas à une absence d'esprit critique ou à un désintérêt pour les deniers de la sécurité sociale, mais à un manque de formation et d'information économique. Je suis alors amené à vous demander ce que vous comptez faire pour préparer les médecins à ces responsabilités nouvelles que vous voulez, à juste titre, leur confier.

Enfin, pour la première fois depuis une ordonnance de 1958 dont l'application a été bien timide, vous proposez, dans votre projet, monsieur le ministre, de faire participer l'Etat aux dépenses de formation du personnel, étudiants en médecine et personnel paramédical. Ceux qui ont la mission de présider aux destinées des hôpitaux publics vous seront reconnaissants de ce premier pas que vous faites pour alléger les charges qui pèsent indûment sur leurs budgets. Pouvez-vous dire au Sénat la manière dont vous entendez mettre en application l'article 48 du projet en 1971 et dans l'avenir ?

Après le précédent du remboursement par l'Etat des dépenses d'enseignement médical, dont nous savons qu'il plafonne depuis plusieurs années à un chiffre bien inférieur aux dépenses réelles, il serait fâcheux que le crédit qui sera inscrit au budget de 1971 soit reconduit sans tenir compte de l'évolution des effectifs et de la variation des prix.

Telles sont les remarques, monsieur le ministre, que je souhaitais faire à propos d'un projet dont j'approuve à la fois l'esprit et le texte et dont j'espère qu'il mettra fin à des querelles stériles entre tous ceux qui, dans le secteur public comme dans le secteur privé, collaborent à une action d'importance nationale. (*Applaudissements.*)

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

M. Fernand Poignant. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi portant réforme hospitalière qui nous est proposé par le Gouvernement et que vous avez déjà amplement commenté cet après-midi, monsieur le

ministre, apporte aux responsables des hôpitaux, les administrateurs que nous sommes, divers motifs de satisfaction, mais il suscite cependant en nous des questions que je tiens à exprimer, dans l'espoir que vous voudrez bien nous fournir, en réponse, des précisions et des apaisements.

Nous approuvons la création d'un service public hospitalier ; l'octroi de missions nouvelles à l'hôpital et notamment une place plus marquée, dans notre organisation, de la prévention contre la maladie ; la possibilité de groupements libres des établissements de soins par délibérations des assemblées gestionnaires, à l'image de nos syndicats de communes et de départements ; une meilleure coordination de l'hospitalisation publique et privée.

Il n'est plus possible, en effet, de laisser le secteur privé choisir ses implantations, ses équipements, ses clients sans tenir compte des charges du service public. Les devoirs et les droits des deux secteurs doivent être identiques pour que les résultats soient comparables. J'y reviendrai dans un instant.

Nous considérons que l'exercice de la médecine à temps plein doit être encouragé, en milieu hospitalier, pour toutes les disciplines de base : chirurgie générale, médecine interne, gynécologie obstétrique. C'est à ce prix, celle d'une présence médicale permanente dans un service public désintéressé, que la sécurité des malades sera mieux garantie et que nos investissements seront assurés du plus haut rendement.

Cela ne veut pas dire, naturellement, que l'hôpital public doit ignorer la médecine praticienne de ville. Mais pour ceux des médecins qui exercent à temps partagé dans les hôpitaux publics et en clientèle privée, nous aurions souhaité qu'un contrat de cinq ans au plus fût souscrit par les intéressés et l'hôpital employeur, ce contrat étant renouvelable, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, et une instance nationale paritaire étant appelée à connaître des litiges susceptibles de surgir.

Notre position en ce domaine est fondée sur une longue expérience des inconvénients de la situation présente. Depuis l'ordonnance de 1958, tous les postes de médecins-biologistes, radiologues et anesthésistes-réanimateurs devraient être occupés par des médecins exerçant à temps plein. Or, il n'en est rien : 50 p. 100 de ces emplois sont pourvus conformément à la réglementation. Pourquoi ? Pour deux raisons.

Tout d'abord, le décret du 11 décembre 1958 n'a pas fixé de limite dans le temps à cette transformation des conditions d'exercice de ces disciplines médicales à l'hôpital. Il s'ensuit qu'il faudra une génération pour qu'elle soit effective.

La deuxième raison — la plus grave, car elle « empoisonne » littéralement l'atmosphère hospitalière — c'est la disparité de la valeur des actes médicaux selon qu'ils sont pratiqués à l'hôpital ou en clinique. Le même acte du même praticien est payé trois fois plus à la clinique qu'à l'hôpital.

Mes chers collègues, je n'ai nul besoin de vous dire qu'une telle situation est inévitablement source de graves abus aux dépens de l'hôpital public, de la sécurité sociale, de l'économie nationale. Il faut les faire cesser et nous vous demandons, monsieur le ministre, si vous entendez agir dans ce sens en faisant disparaître cette source de profits — car elle existe, quoi qu'on en dise — dénoncée souvent par la Cour des comptes et, en développant l'exercice de la médecine à temps plein dans l'hôpital tout en renforçant les liens du service hospitalier avec les praticiens de ville.

On dit, dans divers milieux, que ce service public hospitalier équivaut à une nationalisation des établissements de soins publics et privés. Cette insinuation est tendancieuse. Les commissions administratives des hôpitaux publics sont opposées à toute forme de nationalisation en ce domaine et encore plus d'étatisation, mais elles sont favorables à une meilleure répartition des charges inhérentes au service public.

Les responsables des hôpitaux publics sont fermement hostiles à la notion même et à la pratique du profit financier sur la maladie. Ils estiment, par conséquent, qu'à défaut de le faire disparaître dans une économie à forme libérale, il faut le limiter au maximum.

Pour ce faire, il convient d'encadrer les investissements privés à but lucratif dans une sectorisation du plan d'équipement et une carte hospitalière des besoins réels de la population — vous y avez fait allusion tout à l'heure — une transparence des bilans comptables et donc des prix pratiqués. Encore convient-il d'ajouter que les charges de service public : prises en charge de cas sociaux et des services d'urgence, obligations de l'enseignement assumées par les hôpitaux publics et les établissements de soins sans but lucratif, devraient être imposées à des promoteurs d'équipements sanitaires privés lucratifs.

En résumé, la réforme hospitalière envisagée tendrait à une meilleure répartition des devoirs que l'hôpital public assume, seul, présentement, à l'égard du service public. Est-ce dans cet esprit que vous entendez, monsieur le ministre, appliquer la loi que vous nous soumettez ?

Vous me permettrez maintenant, monsieur le ministre, d'aborder deux sujets qui se rattachent directement à la nouvelle législation et qui ne sont qu'effleurés dans l'exposé des motifs.

Nous entendons bien qu'ils ne sont pas du domaine législatif et qu'ils relèvent de la réglementation par décrets, apanage du Gouvernement. Mais à l'occasion du large débat qui s'instaure aujourd'hui sur la politique sanitaire et hospitalière dans notre pays, il ne convient pas de laisser dans l'ombre deux de nos occupations essentielles : je veux parler des méthodes de gestion et des possibilités d'investissements de nos hôpitaux.

Nous constatons, tout d'abord, que l'article 5 de la loi maintient l'attache territoriale de l'établissement public à la commune ou au département ainsi que le veut la Constitution, mais qu'il n'a pas défini le caractère de cet établissement public. Nous nous en félicitons.

Qualifier l'hôpital d'établissement public « à caractère administratif » eût été condamner ses formes de gestion à une « désadaptation » encore plus accentuée qu'elle ne l'est présentement à l'égard de l'évolution des idées et des faits.

Pour redonner à cette gestion un nouveau dynamisme, il faut lui permettre de « coller » — permettez-moi cette expression — d'autant plus que possible aux réalités scientifiques, techniques, économiques et sociales. Ce sont ces qualifications qui nous paraissent les plus adaptées aux missions traditionnelles et nouvelles de l'hôpital dans le nouveau service public hospitalier.

Est-il dans les intentions du Gouvernement de s'engager dans cette voie ? S'il en était ainsi, la définition du rôle de la tutelle s'en trouverait, nous l'espérons, singulièrement élargie et nous ne verrions plus nos commissions administratives obligées de délibérer sur l'opportunité de soumettre au préfet la décision permettant au directeur de l'hôpital la souscription d'un réabonnement d'un an, pas plus, à une revue médicale ou administrative.

J'ai pris un exemple très élémentaire. Rendez, monsieur le ministre, aux responsables leurs responsabilités.

Quant à la politique des investissements des hôpitaux publics, je n'en dirai qu'un mot.

Le V^e Plan d'équipement sanitaire, monsieur le ministre, n'a été subventionné par l'Etat qu'à raison de 30 p. 100. Sur 9,3 milliards d'autorisations de programme, la part du budget de l'Etat n'a atteint que 2,9 milliards. Or, nous venons d'apprendre que pour le VI^e Plan les autorisations de programme porteraient sur 14,9 milliards, mais que l'Etat n'accorderait que 3,8 milliards de subventions. Pouvez-vous confirmer ou infirmer ces chiffres ?

S'il en était ainsi, la part de l'Etat ne serait plus que de 25 p. 100 et pour le reste, les hôpitaux seraient abandonnés aux incertitudes de la politique des emprunts publics. Il serait clair, dans ces conditions, que dès son début ce VI^e Plan serait irréalisable et sciemment utopique comme le fut celui qui s'achève. Je ne puis y croire.

Nous connaissons les moyens de pallier les insuffisances du crédit public. Il y en a, surtout, deux : revaloriser les amortissements des équipements immobiliers du secteur hospitalier public et ouvrir l'accès du marché financier privé aux promoteurs des hôpitaux publics.

Pourquoi permettre à l'industrie sanitaire privée d'amortir ses investissements en trente ans au plus et obliger les hôpitaux à observer des durées d'amortissement de cinquante, quatre-vingts, voire cent ans ? L'égalité des droits s'impose.

Pourquoi permettre aux groupes financiers qui investissent dans le secteur sanitaire privé lucratif de réaliser d'importants profits payés par la sécurité sociale et interdire aux hôpitaux publics, dont la seule finalité est le service de nos concitoyens, d'avoir recours, eux aussi, à ce financement privé comme le font les autres grands services publics ?

La loi nouvelle, monsieur le ministre, marque une orientation que nous saluons en créant, dans le droit et — nous l'espérons — dans les faits, un service public hospitalier. Elle n'aura de sens réel et de portée pratique que dans la mesure où ce service public aura les moyens financiers indispensables.

Parler dans les derniers offre des inconvénients mais présente aussi des avantages. La possibilité m'est ainsi donnée, avant de terminer, de répondre à mon collègue le sénateur Portmann qui, sur la foi d'un récent sondage — et l'on sait ce qu'il faut penser des sondages, notamment depuis les dernières élections britanniques — affirme que 47,6 p. 100 des Français hospitalisés le seraient en secteur public et 52,4 p. 100 dans le secteur privé. La vérité, d'après une statistique officielle du ministère de la santé qu'on saurait d'autant moins contester que, monsieur le ministre, vous l'avez confirmée tout à l'heure, la voici : en médecine 85,94 p. 100 dans le secteur public, 14,06 p. 100 dans le secteur privé ; en chirurgie 49,52 p. 100 dans le secteur public, 50,47 p. 100 dans le secteur privé ; en maternité 52,36

p. 100 dans le secteur public, 47,64 p. 100 dans le secteur privé ; en pédiatrie 93,63 p. 100 dans le secteur public, 6,37 p. 100 dans le secteur privé.

Extrapoler de ces résultats la conclusion que 50 p. 100 des Français font dans tous les cas confiance au secteur privé, c'est aller vite en besogne, c'est même commettre un abus que je tiens à relever.

Telles sont, monsieur le ministre, les observations que je voulais présenter et les questions que je souhaitais vous poser. Vous avez répondu à quelques-unes de mes préoccupations avant même qu'elles ne soient exposées. Je veux espérer que vous voudrez bien tout à l'heure répondre aux autres quand vous monterez à nouveau à cette tribune. (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à Mme Goutmann.

Mme Marie-Thérèse Goutmann. Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames, messieurs, je ne traiterai pas des aspects généraux du projet de loi portant réforme hospitalière. Mon collègue André Aubry a très justement exprimé au nom du groupe communiste l'opinion que nous en avons et les inquiétudes que ce projet suscite.

Je voudrais seulement aborder un point particulier — il s'agit de la médecine préventive et plus particulièrement de la médecine scolaire — pour souligner que, si des améliorations sont absolument nécessaires, le projet de réforme ne semble pas apporter de solution satisfaisante alors qu'il s'agit d'un secteur capital de la médecine, d'un secteur rentable — le mot est à la mode — non pas au sens financier, mais au sens moral, médical et social du terme.

Il est en effet prévu, à l'article premier du projet de réforme, que le service public hospitalier concourt à toutes les actions de médecine préventive car, précise l'exposé des motifs « il est nécessaire de faire participer plus largement les hôpitaux aux différentes actions dans le domaine de la médecine préventive, actions qui doivent mieux être coordonnées entre elles et plus étroitement liées aux actions curatives ».

En ce qui concerne la médecine du travail, qui relève actuellement du secteur privé, la prise en charge par le service hospitalier signifie que la prévention du travail, jusqu'alors exercée dans l'entreprise, reviendra à l'hôpital ou à l'établissement privé à but lucratif qui sera lié par concession avec l'Etat ou une collectivité locale.

En tout état de cause, il risque d'y avoir transfert de charges financières sur l'hôpital alors que celle-ci doivent revenir à l'entreprise selon les dispositions du décret du 13 juin 1969. La surveillance médicale risque de se faire de moins en moins dans l'entreprise et de plus en plus à l'hôpital, c'est-à-dire de s'éloigner des services et de leur être moins accessible alors que c'est sur le lieu même du travail que le médecin peut le mieux exercer le service de prévention.

Les autres secteurs de la médecine préventive sont actuellement assurés par de nombreux organismes. L'Etat prend à sa charge la médecine scolaire et universitaire ; le département, les dispensaires spécialisés, les offices publics d'hygiène sociale, les centres de protection maternelle et infantile ; les collectivités locales, les dispensaires, les centres de santé municipaux et les séances de vaccination, la caisse primaire de sécurité sociale enfin, les examens et bilans de santé que chaque caisse primaire, selon les textes, devrait organiser mais en fait seules une quinzaine d'entre elles le font.

La médecine préventive est, en outre, assurée par des médecins de famille et ceci d'autant plus que chacun s'accorde actuellement à constater la dégradation régulière des services de médecine préventive en particulier ceux gérés par l'Etat. C'est ainsi que la médecine scolaire et universitaire est de plus en plus sacrifiée. Depuis l'organisation systématique de la santé scolaire en 1946, et tant que ce secteur est resté attaché à l'éducation nationale, la prévention scolaire a connu une progression positive malgré des difficultés financières incontestables, mais force est de constater que depuis que le service de la médecine scolaire dépend du ministère de la santé, c'est-à-dire depuis 1964, plus rien ne va au point que l'on n'ose même plus parler de prévention. Pour ne citer qu'un seul exemple, celui de mes propres enfants, l'ainé a fréquenté une école maternelle en 1956 et a subi des examens médicaux réguliers pendant sa scolarité maternelle et au début de sa scolarité primaire.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. A cette époque, les enfants étaient moins nombreux.

Mme Marie-Thérèse Goutmann. La seconde, entrée à l'école maternelle en 1961, n'a plus eu que deux visites médicales durant sa scolarité, une pour l'entrée au cours préparatoire, l'autre à l'issue du cours moyen 2. Quant à la dernière, qui est actuellement au cours préparatoire, elle ignore aussi bien

ce qu'est un médecin scolaire qu'une assistante sociale. Elle n'a même pas subi l'examen obligatoire à l'entrée du cours préparatoire.

Or, ces exemples se situent dans la région parisienne qui est l'une des moins défavorisées de notre pays. Mais que dire de ce qui se passe en province, et en particulier en zone rurale.

Pourtant, les instructions ministérielles attendues depuis 1964 et parues en juin 1969, définissant les missions du service scolaire et les modalités d'application de contrôle en tenant compte de l'évolution de la pédagogie, des effectifs scolaires et de la prolongation de la scolarité, avaient soulevé bien des espoirs, trop vite déçus.

Si l'on sait que, pour un secteur de 5 à 6.000 enfants, les normes ministérielles prévoient un médecin, deux assistantes sociales, trois infirmières et une secrétaire médico-sociale, on s'aperçoit, en fait, que la réalité est tout autre.

Pour ne citer encore que quelques exemples, dans le Pas-de-Calais, le centre médico-scolaire du boulonnais devrait comprendre quatre médecins et huit assistantes sociales ; or, pour 22.000 enfants, il n'y a que deux médecins à plein temps, une seule assistante sociale et quatre infirmières diplômées.

Pour l'ensemble du département du Pas-de-Calais, il manque vingt médecins, et vingt-et-une assistantes sociales scolaires ; il manque également le médecin de liaison c'est-à-dire le chef de service chargé des liaisons avec les autorités académiques et de l'organisation du contrôle médico-scolaire du département. Dans le Val-d'Oise, les effectifs scolaires nécessiteraient la présence de trente médecins, soixante assistantes sociales, soixante infirmières, trente secrétaires médico-sociales. On compte actuellement une vingtaine de médecins, vingt assistantes sociales et vingt-huit infirmières. Cette très grave carence du service tient à ce que le personnel médical et social mis à la disposition du département par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale a été insuffisant pour répondre aux besoins. Elle est due également aux rémunérations médiocres, tant des médecins que des assistantes sociales et infirmières qui rendent le recrutement très difficile et motivent de fréquentes mutations parmi les agents. Ainsi, faute de recrutement, chaque médecin scolaire se voit confier la surveillance de dix mille élèves ou plus ce qui rend tout travail sérieux impossible et constitue, pour parents et enfants, une fausse sécurité. Mais il n'est pas possible d'admettre qu'un pays comme la France puisse négliger l'action médicale préventive en faveur de la jeunesse. Actuellement, l'hôpital public ne participe pas, ou presque, aux actions de médecine préventive. Il n'y est pas préparé et n'en a pas les moyens. Le projet de réforme, s'il lui confie cette nouvelle tâche, ne lui donne pas cependant les moyens financiers. M. le ministre s'est réjoui un peu vite des prévisions du VI^e Plan dans le domaine sanitaire. Lorsqu'on sait que les options du V^e Plan déjà extrêmement limitées n'ont pu être réalisées complètement et que les retards s'accumulent, des craintes légitimes peuvent s'exprimer quant à la réalisation du VI^e Plan.

Les aléas de la conjoncture économique trop souvent invoqués se répercutent malheureusement sur les équipements collectifs et sociaux. Or, le problème principal demeure justement l'enveloppe financière qui permettra à la médecine préventive de se développer et de trouver le personnel nécessaire ; mais le projet passe sous silence le sort réservé aux soins non hospitaliers et à leurs personnels. La médecine préventive manque de personnel, le secteur hospitalier aussi. Comment, dans ces conditions pourrait-il absorber cette nouvelle charge ? Ajoutons que les facilités offertes au secteur privé lucratif et aux capitaux privés, grâce à la concession du service public, risquent de porter un coup fatal à la médecine préventive déjà si misérable.

Il est nécessaire qu'une politique de promotion de la médecine préventive soit enfin instaurée dans notre pays. Il est souhaitable d'encourager les actions de médecine préventive existant actuellement et surtout de les développer, l'hôpital pouvant concourir à certaines mais assurément pas à toutes, ce n'est pas son rôle. Mais la coordination nécessaire des services existant doit signifier développement et non détérioration. Elle exige des moyens que le Gouvernement n'est pas prêt à donner.

Ce qui s'est passé depuis 1964, depuis que la santé scolaire a été confiée au ministère de la santé, s'est traduit par l'ameusement de la médecine préventive scolaire et malheureusement ce qui est prévu dans le projet de réforme ne nous incite pas à l'optimisme. C'est une raison supplémentaire d'exprimer les plus expresses réserves et l'opposition du groupe communiste à ce projet de réforme. (*Applaudissements sur les travées communistes et socialistes.*)

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Monsieur le président, je répondrai très brièvement, d'autant plus que j'ai déjà, par avance, répondu à MM. Fortier, Henriet, Mathias et même à M. Maury sur les différents points qu'ils ont abordés à la tribune, c'est-à-dire à la fois sur les problèmes de la carte sanitaire, des conventions entre le secteur public et le secteur privé et de la gestion hospitalière.

Un certain nombre de préoccupations ont été exprimées par M. Poignant, ainsi que par d'autres orateurs auxquels je n'ai pas répondu par anticipation. (Sourires.)

Tout d'abord, je n'ai pas caché et je ne cacherai d'ailleurs pas, lorsque je défendrai le budget déjà présenté à l'Assemblée nationale, que si, il est satisfaisant, en matière de fonctionnement, il l'est moins en matière d'équipement puisque nous avons prévu des priorités.

Dans notre enveloppe d'environ 600 millions à la fois pour les handicapés, au niveau de 100 millions de francs, et sur les unités industrialisées que nous voulons créer dans l'environnement des hôpitaux.

Ainsi, compte tenu de ces priorités, nous disposerons de 100 millions de francs environ pour retenir les projets en cours, ce qui peut paraître insuffisant quant aux besoins exprimés.

M. Poignant me demande si des études sont entreprises pour l'amélioration de l'autofinancement. Il a d'ailleurs lui-même tracé un certain nombre de directions dans ce sens. Bien entendu, je ne peux pas lui répondre aujourd'hui : je lui dirai seulement que cette préoccupation est effectivement celle du Gouvernement et que nous recherchons des moyens susceptibles de pallier les difficultés que nous pourrions rencontrer.

Nous essayons d'avoir accès au marché financier pour certaines catégories d'équipements ; mais le problème qui nous préoccupe en permanence, c'est l'incidence sur le prix de journée. Même si nous pouvions avoir recours au marché financier à des taux élevés, il faudrait calculer l'incidence sur le prix de journée, ce qui nécessiterait des études très approfondies que nous sommes en train de faire ; dans le même temps je m'apprête à vous proposer des systèmes de *leasing* dans l'équipement mobilier.

Je vais maintenant répondre sur les autres points abordés par un certain nombre d'orateurs. M. Poignant, en particulier, va plus loin que moi puisqu'il estime que les contrats de cinq ans renouvelables pour les médecins à temps partiel devraient être maintenus dans le nouveau texte. J'ai exprimé du haut de la tribune mes préoccupations sur ce point. Je vous ai dit que j'étais prêt à accepter l'amendement de la commission ; nous pourrions nous en expliquer lors de la discussion des articles.

M. Poignant s'est prononcé pour la parité des honoraires et j'ai dit que toutes nos recherches allaient dans ce sens, mais le problème n'est pas facile.

Quant au VI^e Plan, il faut se garder des chiffres qui peuvent être indiqués, car ils ne sont pas encore arrêtés et, par conséquent, il m'est tout à fait impossible de vous dire leur ordre de grandeur.

Il ne faut d'ailleurs pas confondre « taux de subvention des travaux » et l'expression, qui figure souvent dans le Plan, « formation brute de capital fixe », dont le taux est calculé d'une manière différente.

Je souhaite que le taux de subvention des travaux soit de 40 p. 100, mais les conversations se poursuivent dans ces différents secteurs et nous aurons l'occasion, au cours de l'examen du VI^e Plan, de fixer notre position sur ce point.

Voilà les quelques réflexions que je voulais faire, me réservant de répondre sur les points particuliers à l'occasion de la discussion des amendements.

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

La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion des articles.

CHAPITRE I^{er}

Du service public hospitalier.

SECTION I

Dispositions générales.

Article 1^{er}.

M. le président. « Art. 1^{er}. — Le service public hospitalier :

« 1^o Assure les examens de diagnostic, le traitement, notamment les soins d'urgence, des malades, des blessés et des femmes enceintes, et de leur hébergement éventuel, ainsi que la tenue des dossiers individuels de santé ;

« 2^o Concourt à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ;

« 3^o Concourt à toutes les actions de médecine préventive ;
« 4^o Participe à la recherche médicale et à l'éducation sanitaire.

« Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique. »

Par amendement n^o 117, M. Schleiter propose de rédiger comme suit cet article :

« Les établissements hospitaliers, qui concourent au service de la santé publique :

« 1^o Assurent les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, des blessés et des femmes enceintes, et leur hébergement éventuel ;

« 2^o Concourent à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ;

« 3^o Concourent aux actions de médecine préventive ;

« 4^o Participent à la recherche médicale et à l'éducation sanitaire.

« Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à leur aide technique. »

Cet amendement sur lequel le Sénat sera appelé à se prononcer par division tend à rédiger différemment l'article 1^{er} du projet de loi. L'adoption de son premier alinéa vaudrait prise en considération de l'amendement lui-même et les amendements à l'article 1^{er} deviendraient alors des sous-amendements à ce texte modificatif.

La parole est à M. François Schleiter.

M. François Schleiter. Monsieur le président, mesdames, messieurs, notre commission a fait face à une tâche considérable, ce qui n'a pas empêché — mon cher rapporteur, ce n'est pas un reproche — que nous n'avons eu son rapport qu'au début de la semaine. Ainsi, nous avons rédigé tardivement nos amendements et je prie M. le président de la commission de m'excuser de n'avoir présenté les miens qu'à dix heures trente ce matin, et d'autres viennent d'ailleurs d'être distribués. C'est pourquoi l'amendement n^o 117 est dépourvu d'exposé des motifs et je vais donc brièvement vous les exposer.

J'exposerai tout à l'heure les raisons de la suppression du membre de phrase : « ainsi que la tenue des dossiers individuels de santé », à l'alinéa 1^o, et du remplacement des mots : « à toutes les actions de médecine préventive », par les mots : « aux actions de médecine préventive », qui sont moins ambitieux.

Vous savez, mes chers collègues, que nous avons tous en France le goût de nous trouver d'accord.

En suivant attentivement le débat de cet après-midi, j'ai eu le sentiment que le ministre de la santé publique, notre excellent rapporteur, le professeur Portmann, le professeur Henriet, le docteur Maury et les divers intervenants partageaient les mêmes soucis, avaient les mêmes perspectives, mais qu'il paraissait plus difficile de les voir s'accorder sur un texte.

Vous allez dire que je viens trop tard dans un monde trop vieux et M. le président Grand m'objectera que la commission délibère depuis des semaines sur ce sujet !

Mon cher président, nous reconnaissons votre mérite mais, malgré le goût, que je partage avec mes concitoyens, d'être d'accord avec tout le monde — c'est tellement plus facile ! (Sourires.) — j'ai eu le sentiment, en écoutant attentivement M. le ministre de la santé publique, que, s'il avait les mêmes perspectives que mon éminent ami Portmann, il ne réglait pas les problèmes de la même façon dans les textes.

Monsieur le ministre, vous avez défini la tâche que vous entendiez assigner, avec raison, à l'établissement public, puis celle que vous réserviez au secteur privé, dans la mesure où il voulait bien souscrire un contrat de service public et conclure des accords d'association. Mais vous nous avez cité comme référence les autoroutes !

Or, si j'approuve infiniment M. le ministre Chalandon d'avoir eu recours au secteur privé pour un « dépannage » indispensable, rien ne dit que demain, quand le plus pressé sera fait, il ne lui déclarera pas : « Ramenez donc votre gros matériel, allez l'amortir où vous voudrez, vous avez souscrit un contrat pour un temps déterminé et le contrat est terminé ».

Cette comparaison me fait craindre que vous n'acceptiez de conclure des contrats que pour un temps très court avec les établissements privés — que des collègues éminents, siégeant sur les divers bancs de cette assemblée, des professionnels ont célébrés tout à l'heure — le temps de faire admettre, selon votre perspective fondamentale, que l'hôpital public est l'école de la science, l'établissement d'enseignement principal. Vous avez d'ailleurs ajouté, et c'est à ce moment-là que je me suis permis de vous interrompre, qu'il y avait le risque que les plus distingués, les meilleurs parmi les praticiens qui exercent dans ces établissements s'y cantonnent.

Ainsi, malgré notre désir d'être tous d'accord, nous avons un choix fondamental à faire.

Avant de fixer sa doctrine, la commission a dû en délibérer longtemps, mais je soumetts néanmoins au Sénat un texte rejetant la notion d'un service public hospitalier qui couvrirait à la fois le secteur public et le secteur privé, avant peut-être de les fusionner demain, et mettant en évidence l'existence de ces deux secteurs, qui sont parallèles, complémentaires, qui concourent tous deux au service de la santé publique. Une partie de cette assemblée estime que la réforme hospitalière doit conserver à chacun de ces deux secteurs — en les réformant l'un et l'autre, ce qui sera l'objet des articles subséquents, en les coordonnant dans le cadre d'une carte sanitaire, entreprise importante, redoutable, mais qui a notre approbation — leur caractère propre.

Dès l'article premier, nous avons un choix important à faire. Nous avons tous le même souci, la meilleure distribution de la santé dans les conditions les plus supportables pour nos finances, mais par quel moyen ? M. le ministre a déposé sur le bureau du Sénat, au nom du Gouvernement, un texte dont le mérite n'a été contesté par personne et il vous a assuré qu'il n'écarterait pas trop le secteur privé. Le texte que je vous soumetts, je ne le cède pas, à une autre préoccupation.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je remercie l'auteur de l'amendement d'avoir bien voulu reconnaître que la commission avait accompli un énorme travail. Animés du même souci, les auteurs d'amendements ont bien voulu travailler avec la même rapidité.

Cet article pose le principe d'un service public hospitalier. Ce n'est d'ailleurs pas une novation, car l'article 743-3 du code de la santé publique dispose qu'en vertu des conventions passées avec l'Etat, certains établissements privés peuvent participer à l'exécution du service public d'hospitalisation, mais il est certain que toutes les conséquences de ces mots, enfouis dans l'épaisseur des codes, n'avaient pas été tirées.

Comme vous le disiez tout à l'heure, nous avons le souci de concilier tout ce qui peut l'être, mais la commission, après l'avoir étudié, ne peut pas accepter votre amendement, qui refuse la notion de service public hospitalier, qui refuse la tenue du dossier de santé, ce qui est tout de même important, et qui laisse subsister un dernier alinéa dont nous ne comprenons pas très bien le sens.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Nous avons le souci d'aller vite, mais ce premier amendement mérite une explication, car nous allons retrouver le principe qu'il concerne tout au long du débat.

Que M. Schleiter me pardonne, mais je ne comprends pas bien son amendement et, au surplus, je ne vois pas ce qu'il apporte au projet. Les principes judiciaires auxquels se réfère l'article 1^{er} sont très simples. Le service public est défini par le droit administratif et il a un certain nombre de caractères. L'un de ceux-ci, et non des moindres, c'est qu'il ne fait pas de bénéfices, c'est-à-dire qu'il ne comprend pas d'actionnaires qui peuvent se partager des dividendes et qu'il a des missions désintéressées, comme les soins, l'enseignement ou la recherche dans le cas des centres hospitalo-universitaires.

Ainsi, vous ne pouvez pas dire, sans violer d'une manière flagrante des principes du droit public, que le secteur privé est un service public. Vous avez cité tout à l'heure le cas de la gestion des autoroutes. Si elles peuvent être construites et gérées par des sociétés à capitaux privés, il ne s'agit pas de « services publics ».

Ce que j'ai proposé, c'est qu'à côté du service public il y ait des établissements privés pouvant bénéficier d'une concession de service public, qui participent au service public.

Dans la gestion des autoroutes — et je reprend cet exemple — la société gérante n'est pas un service public, mais participe au service public, le gère, a une concession de service public.

Parmi les cliniques privées, certaines sont à but lucratif. Je ne les critique pas et il est tout à fait normal, quand elles investissent des capitaux, qu'elles en recherchent la rémunération, d'autant plus qu'elles paient des impôts ; il est donc naturel qu'elles fassent des profits, au sens noble du terme, et je ne suis pas du tout contre les profits ; cependant, vous ne pouvez pas dire sans violer le droit public que les établissements privés sont des services publics. Vous pouvez seulement dire qu'ils ont une concession de service public, qu'ils participent au service public.

M. Georges Portmann. Et les hôpitaux publics ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Ce sont des services publics. J'ajoute, monsieur Schleiter — permettez-moi d'employer cette expression en toute amitié — que votre amendement est dangereux. Je vais jusqu'au bout de ma pensée. A partir

du moment où vous admettez qu'il n'y a qu'un seul service public, l'hôpital public, êtes-vous sûr que, dans la suite, vous pourrez conserver au secteur privé son indépendance, ses caractéristiques propres, ses modes de gestion propres, son calcul spécifique du prix de journée ? Peut-être sera-ce possible, tant que je serai ministre — moi ou d'autres. Êtes-vous sûr qu'à terme, si vous ne faites aucune distinction entre les deux secteurs — c'est peut-être ce que certains souhaitent — vous ne ferez pas perdre au secteur privé ses caractéristiques propres, alors que je souhaite que la gestion, la comptabilité et le mode de calcul du prix de journée des établissements privés soient rendus spécifiques par décret, ainsi que je vous l'ai dit du haut de la tribune ?

Si vous faites entrer tous ces éléments dans une vague notion de service public, vous risquez un alignement à terme entre les deux secteurs et je ne sais dans quel sens. Je trouve donc que cet amendement présente des dangers.

Vous proposez de retenir l'expression : « un service de santé publique ». Je suis d'accord avec vous, mais il s'agit de service public.

Aussi bien, en fait, il n'y a que deux idées fondamentales sur ce point. Ou bien on dit — c'est la position de certains et non la mienne — qu'il est scandaleux qu'existe un service privé et qu'il est, dès lors, indispensable de nationaliser le secteur privé, en vue de constituer avec tous les établissements de soins un service public unique. La thèse n'a pas été retenue par le Gouvernement.

Ou bien, deuxième thèse, on affirme : il y a un service public...

M. François Schleiter. Il y a des éléments de comparaison avec d'autres services publics.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. ... qui est l'hôpital, c'est tout à fait naturel.

Certains établissements sont liés à ce service public par une convention. Telle est ma proposition. Il y a une différence appréciable entre mon texte, qui indique : « le service public hospitalier assure les examens, etc. » et le vôtre, qui précise que « les établissements hospitaliers concourent à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical » et qui englobe alors l'ensemble des établissements, publics ou privés.

C'est une notion très importante, conforme au droit public et vous ne pouvez pas, d'un trait de plume, la supprimer. En effet, cette notion de service public n'est pas particulière aux établissements hospitaliers, mais s'applique, au contraire, dans un certain nombre d'autres secteurs.

Ce n'est pas un problème de doctrine ou l'élément d'une politique visant à la suppression du secteur privé. Encore une fois — et vous voudrez bien m'excuser de me répéter — cet amendement peut, non pas dans l'immédiat mais dans la suite, présenter des dangers. Je citerai un exemple précis : à l'article 36, tout à l'heure, un amendement présenté par M. Portmann ou M. Schleiter proposera un tarif national pour le secteur privé. Cela m'apparaît très dangereux, car il est nécessaire, tout d'abord, d'avoir un élément de référence beaucoup plus proche, régional ou départemental, pour que les cliniques privées puissent calculer le prix de journée par rapport à un élément de référence valable. En effet, le jour où ce tarif national existera, si des problèmes de prix venaient à se poser dans le pays, ne croyez-vous pas que les prix étant bloqués, vous ne pourrez pas les augmenter ? Dans la mesure où il n'y aura plus de distinction entre le secteur privé et secteur public, je ne vois pas quel argument pourrait être opposé à une telle décision.

Il peut paraître singulier qu'en ma qualité de ministre de la santé publique je paraisse défendre aussi âprement les intérêts du secteur privé, mais j'ai démontré que je voulais le faire dans le cadre du service public.

Je répète que je crois, en conscience, tout en comprenant les sentiments qui inspirent M. Schleiter, que cet amendement n'est pas conforme aux principes de droit public qui sont les nôtres, ni aux intérêts bien compris du secteur privé.

C'est pourquoi, m'associant à ce qui a été dit par M. le rapporteur, je vous demande de repousser cet amendement.

M. François Schleiter. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Schleiter pour répondre à M. le ministre.

M. François Schleiter. Monsieur le président, c'est en effet pour remercier M. le ministre d'avoir bien voulu prendre avec moi attention aux intérêts du secteur privé que j'ai demandé la parole. De même que tout à l'heure vous m'avez interdit d'interpréter vos paroles...

M. le président. Ne m'en veuillez pas !

M. François Schleiter. Je dis la chose avec une respectueuse amitié... De même je veux dire avec le même sentiment à M. le

ministre de la santé publique qu'avant l'article premier, dans le texte, figure en caractères gras le titre : « Du service public hospitalier ». Je n'ai jamais dit que le service public hospitalier comprenait tel ou tel établissement privé.

Je propose seulement, à l'article 1^{er}, de remplacer les mots : « le service public hospitalier » par les mots : « les établissements hospitaliers qui concourent au service de la santé publique ».

Vous ne me chicanerez pas, monsieur le ministre, si je dis que concourent au service de la santé publique les établissements hospitaliers publics et privés. Sur ce point, je pense que nous sommes d'accord. Je voulais donc que mon intervention ne subisse pas d'interprétation.

Vous avez bien voulu, monsieur le ministre, me mettre en garde aussi contre l'imprudence de l'amendement que j'ai présenté, au regard du secteur privé. C'est précisément parce qu'avec le professeur Portmann nous nous demandions quelle serait l'évolution dans l'avenir que j'ai voulu rendre le texte plus précis. La réponse que vous venez de faire n'a fait qu'accroître ce qui était pour moi une vague inquiétude.

J'ai le sentiment que nous allons mettre le pied dans une évolution inexorable. Vous évoquiez une analogie tout à l'heure avec d'autres phénomènes d'étatisation ; je crois que le Parlement ne s'en félicite pas tous les jours et dans toutes les circonstances. Et même s'il s'en félicite parfois, avant de faire un nouveau pas, j'ai tenu à prier le Sénat de bien réfléchir.

M. Lucien Grand, président de la commission. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Lucien Grand, président de la commission. Monsieur le président, mes chers collègues, nous nous trouvons d'entrée de jeu plongés dans le vif du sujet. De deux choses l'une : ou le Sénat accepte que soit instauré un service public hospitalier, ou il le refuse. Cet amendement pose la question de principe d'une manière directe.

La commission, dont on a bien voulu reconnaître qu'elle s'était penchée avec attention sur le problème, a réfléchi longuement au problème posé. Elle s'est finalement prononcée pour le texte gouvernemental parce qu'il lui est apparu qu'il ne fallait pas que demeurent figés dans leur isolement l'établissement public et l'établissement privé, faute de quoi l'anarchie que M. le ministre et notre rapporteur ont dénoncé longuement subsisterait. Dans le même temps, la carte sanitaire n'aurait plus de raison d'exister si elle n'avait pas autorité sur tous les établissements, quelle que soit leur nature.

Le passé, qui hélas ! est ce qu'il est, qui n'a donné satisfaction à personne, est maintenant révolu. Il faut dans un régime libéral faire en sorte que l'établissement public et l'établissement privé soient complémentaires, moyennant des formules très souples. Nous avons pensé qu'il fallait choisir : ou l'on changera, ou l'on continuera...

On nous offre actuellement une formule libérale — j'insiste là-dessus — car il n'y a aucune contrainte. Profitons-en pour faire un pas, un grand pas certes. (*M. Portmann fait un geste d'assentiment.*) Je vois que M. le professeur Portmann m'approuve. Mon cher collègue, nous avons fréquenté, vous et moi, les mêmes établissements. Vous fûtes mon maître et tout l'honneur est pour moi. Mais avouons-le, ce n'était pas satisfaisant. Ce ne l'est pas encore et ce ne le sera pas — c'est ma conviction absolue et c'est celle de la commission —, si l'on ne fait pas ce pas vers la formule libérale pour laquelle nous offrons la chance aux établissements privés de se joindre aux établissements publics pour former ce qui est l'objet de cette loi.

Alors je vous en prie : que personne ne se récusé. Il faut évoluer. Sinon, on nous accusera un jour de ne l'avoir pas fait. N'oubliez pas quels sont les intérêts en jeu. Ce sont ceux des malades. C'est à eux que nous songeons. Nous devons les satisfaire. Comment le faire si nous n'essayons pas de réunir dans un pool immense, coordonné et coopératif tous les lits qui existent pour les recevoir ? C'est pourquoi la commission, après des hésitations et des discussions, s'est ralliée à ce principe qui nous paraît sain, raisonnable et qui préserve, pour l'avenir, les intérêts de chacun.

C'est pourquoi aussi je ne veux pas que le Sénat se prononce dans l'ambiguïté et je demande que chacun prenne ici ses responsabilités. Ou nous créerons ce service public hospitalier ou nous le refuserons. Tant pis pour ceux qui l'auront refusé.

Au nom de la commission, je demande un scrutin public.

M. François Schleiter. Je demande la parole.

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

M. François Schleiter. Monsieur le président, j'aurais souhaité ne pas répliquer au président de la commission des affaires sociales, qui est, en même temps qu'un collègue respectable,...

M. Lucien Grand, président de la commission. Et un ami ! (*Sourires.*)

M. François Schleiter. ... le président d'un groupe voisin. Mais pour emporter la décision du Sénat, il vient de nous dire, partageant nos propres préoccupations : « Nous sommes obligés de reconnaître que l'état d'hier n'est pas satisfaisant, nous ne pouvons pas demeurer dans cet état, suivez-moi. » Il a même ajouté : où va-t-on ? Je n'en sais rien. Je vous propose de faire un saut dans l'inconnu, il est vrai, mais faites-le avec moi ! (*Exclamations.*)

M. Lucien Grand, président de la commission. Je n'ai pas dit cela !

M. le président. Je vous en prie, mes chers collègues : écoutez M. Schleiter !

M. François Schleiter. Monsieur le président de la commission, tout à l'heure, j'ai été impressionné par certains arguments de M. le ministre de la santé publique. Je sais avec quel souci, partagé par tous nos collègues, la commission a étudié ce texte, mais vous entendre avouer que nous ne savons pas très bien où nous allons m'inquiète. Sans vouloir prolonger le débat, je constate que nous ne savons pas où nous allons, mais que nous y allons !

M. Lucien Grand, président de la commission. Nous ne savons pas où nous allons si nous n'acceptons pas le texte dont nous sommes saisis. Voilà ce que j'ai dit ; c'est très différent !

M. le président. Je vais consulter le Sénat sur le début de l'amendement n° 117 présenté par M. Schleiter : « Les établissements hospitaliers, qui concourent au service de la santé publique ».

L'adoption de ce texte vaudra prise en considération de l'amendement de M. Schleiter, sur l'ensemble duquel la discussion s'organisera ensuite. Si l'amendement est rejeté, nous reviendrons à l'article premier du projet.

La parole est à M. Portmann pour explication de vote.

M. Georges Portmann. Monsieur le président, mesdames, messieurs, je n'ai pas très bien compris l'explication du président de la commission.

M. Lucien Grand, président de la commission. C'est ma faute.

M. Georges Portmann. Je ne dis pas que ce soit votre faute, mais il me semble que l'amendement proposé par M. Schleiter est d'une parfaite clarté. Il prévoit que le service de santé a plusieurs possibilités avec l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée, de même que, par l'amendement que j'ai déposé à l'article 2, je demande qu'il ne soit pas fait de différence, quel que soit le statut de l'hospitalisation privée. La situation me paraît d'une clarté éblouissante.

Vous nous dites, monsieur Grand, que nous étions autrefois dans le noir. Nous aurions donc été, vous et moi, puisque nous avons collaboré pendant un certain temps, perdus dans les ténébres ? Pas du tout ! J'ai toujours eu l'impression d'avoir soigné parfaitement mes malades, dans les hôpitaux publics aussi bien que dans les hôpitaux privés. Je ne vois donc pas pourquoi on veut aujourd'hui tout démolir. Je ne comprends pas ce statut de démolition ; que mon ami M. Boulin veuille bien m'en excuser ! Vous nous dites, monsieur le président de la commission, que nous allons faire un saut, mais que nous ne savons pas où nous irons. Ce n'est pas ainsi qu'on vote une loi !

Je ne peux accepter cette argumentation et c'est pourquoi je voterai l'amendement de M. Schleiter.

M. Lucien Grand, président de la commission. Je n'ai jamais dit cela !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je demande la parole.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ne veux pas m'étendre plus longuement sur ce sujet, car je me suis largement expliqué. Je regrette d'avoir entendu que ce projet de loi était un « statut de démolition ». Je n'ai pas ce sentiment. Croyez bien, monsieur Schleiter, que la position libérale que j'ai prise à l'égard du secteur privé m'a valu d'être sérieusement attaqué par des organismes fort puissants, mais je l'ai adoptée parce que j'ai conscience qu'il fallait le faire.

Votre position n'arrange pas les choses dans ce combat difficile que nous menons pour le seul intérêt des malades, comme l'a fort bien rappelé M. le président de la commission. (*Applaudissements à gauche, au centre et sur de nombreuses travées à droite.*)

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je consulte le Sénat sur le début de l'amendement n° 117, présenté par M. Schleiter.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions réglementaires.

(Le scrutin a lieu.)

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

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 5 :

Nombre des votants.....	270
Nombre des suffrages exprimés.....	269
Majorité absolue des suffrages exprimés..	135
Pour l'adoption	13
Contre	256

Le Sénat n'a pas adopté.

La discussion va donc s'engager maintenant sur l'article 1^{er}. Sur cet article, je suis saisi de deux amendements et d'un sous-amendement qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier amendement, n° 12, présenté par M. Blanchet au nom de la commission, tend à remplacer la première ligne et l'alinéa 1^{er} de cet article par les dispositions suivantes :

« Le service public hospitalier est tenu d'assurer les examens de diagnostic, le traitement, notamment les soins d'urgence, des malades, des blessés et des femmes enceintes, leur hébergement éventuel et la tenue des dossiers individuels de santé. »

L'amendement n° 12 de la commission est affecté d'un sous-amendement n° 96 rectifié, présenté par M. Jean Colin, qui tend à la fin du texte proposé par l'amendement n° 12, à remplacer les mots : « ... leur hébergement éventuel et la tenue des dossiers individuels de santé. », par les mots : « ... et leur hébergement éventuel. ».

Le second amendement, n° 69, est présenté par MM. Aubry, Gaudon, Viron, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté et tend, dans l'alinéa 1^{er} de cet article, à remplacer les mots : « ... ainsi que... », par les mots : « ... et participer à... ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission a estimé qu'il convenait de faire apparaître que le service public hospitalier a l'obligation d'assurer, pour toutes les personnes qui s'adressent à lui et dont l'état le requiert, les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, blessés, femmes enceintes et leur hébergement éventuel. Mais, par un premier amendement, elle a voulu marquer que, s'il s'agit d'une obligation, il n'y a pas monopole, les praticiens libéraux et les établissements privés ne faisant pas partie du service public hospitalier conservant vocation, selon les cas, à faire des examens de diagnostic, à soigner et traiter et éventuellement à hospitaliser. C'est le sens qu'elle veut donner au remplacement du mot : « assure », par les mots : « est tenu d'assurer ».

Par ailleurs, elle fait remarquer que le simple hébergement des personnes âgées — tel qu'il est pratiqué dans les maisons de retraite — n'est à aucun moment visé par le projet de loi.

Je demande également sur cet amendement un vote par division, monsieur le président.

M. le président. Le vote par division s'impose en la circonstance, monsieur le rapporteur.

Avant de passer au vote, la parole est à M. Jean Colin pour défendre son sous-amendement n° 96 rectifié.

M. Jean Colin. Monsieur le président, à propos de ce sous-amendement, mon observation sera de pure forme. L'observation de fond sera présentée lors de la discussion de mon sous-amendement n° 97 rectifié.

Le seul objet de ce sous-amendement n° 96 rectifié est de faire passer les dossiers individuels de santé dans le deuxième paragraphe.

M. le président. Vous demandez le déplacement de ces mots du premier au deuxième paragraphe.

M. Jean Colin. C'est exactement cela, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Aubry pour soutenir son amendement n° 69.

M. André Aubry. Comme je l'ai indiqué cet après-midi dans mon intervention, nous souhaitons que la tenue des dossiers individuels de santé soit assurée par un organisme public. Il

ne nous semble pas judicieux que celle-ci soit faite à l'hôpital et il nous semble inacceptable de la confier, dans certains cas, à un hôpital privé ayant concession de service public.

Estimant que la tenue des dossiers individuels de santé devrait être faite par des organismes publics sectorisés à créer et faisant très largement appel aux possibilités de l'informatique, nous préférons pour l'instant la formule « participe à la tenue des dossiers individuels de santé ».

En effet, dans chaque secteur déterminé, la plupart des citoyens et même des malades n'ont jamais été hospitalisés et ne sont même pas allés consulter à l'hôpital. Il semble donc peu logique que l'hôpital, qui a déjà à remplir de nombreuses tâches, doive en outre assurer la tenue des dossiers individuels de santé des habitants du secteur, puisqu'il n'en traite en fait qu'une très petite partie.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission serait favorable à l'amendement de M. Colin, mais elle souhaite qu'il soit réservé jusqu'à l'examen de l'amendement n° 97 rectifié.

Quant à l'amendement présenté par M. Aubry, la commission l'a rejeté. Elle estime, en effet, que c'est à un établissement important du service hospitalier que doit être confiée la tenue des dossiers de santé et non à la sécurité sociale.

M. André Aubry. Je demande la parole.

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

M. André Aubry. Je n'ai pas dit qu'il fallait confier la tenue des dossiers à la sécurité sociale. J'ai proposé à cet effet la création d'un service public sectorisé.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission a retenu le principe de la tenue des dossiers de santé par un établissement hospitalier important.

M. le président. La commission demande que l'amendement n° 96 rectifié soit réservé jusqu'à l'examen de l'amendement n° 97 rectifié et se déclare hostile à l'amendement n° 69 de M. Aubry.

Quel est l'avis du Gouvernement sur ces trois amendements ?...

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement n° 12 présenté par M. le rapporteur. Puisque l'amendement n° 96 rectifié est réservé, je m'en expliquerai au moment de son examen.

A M. Aubry, je dirai que nous ne pouvons pas, dans l'état actuel des choses, apporter trop de précisions.

Il faut permettre aux adaptations de se faire et celles-ci ne pourront apparaître qu'au vu des conditions de fonctionnement. Les décrets d'application en tiendront compte. Ce qui me paraît important c'est que les dossiers de santé soient tenus par un service public. De quelle manière ? Comment ? Sera-ce un organisme privé au niveau de la région ou au niveau du secteur ? Autant de réponses auxquelles nous n'apportons pas pour l'instant de réponses.

De grâce, ne mettons pas dans la loi des dispositions qui la compliqueraient. Je ne suis donc pas favorable à l'amendement de M. Aubry.

M. le président. Le premier alinéa et le paragraphe 1^{er} de l'article 1^{er}, ainsi que les deux amendements et le sous-amendement qui s'y rapportent, sont donc réservés.

Nous passons au paragraphe 2^o de l'article premier.

Sur ce texte, je suis saisi de deux amendements.

Par amendement n° 13, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de remplacer les alinéas 2^o, 3^o et 4^o de cet article par les dispositions suivantes :

« De plus, le service public hospitalier :

« — concourt à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical ;

« — concourt aux actions de médecine préventive ;

« — participe à la recherche médicale et à l'éducation sanitaire. »

Par sous-amendement n° 97 rectifié à l'amendement n° 13 de la commission, M. Jean Colin propose de remplacer la première ligne du texte proposé par l'amendement n° 13 par le texte suivant :

« De plus, en fonction des moyens et des ressources financières qui lui seront apportés, il :

« — assure la tenue des dossiers individuels de santé ; »

La parole est à M. le rapporteur pour défendre son amendement.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet amendement est la conséquence formelle de celui que nous avons proposé au premier alinéa.

Votre commission a d'autre part envisagé favorablement que le service public hospitalier concoure largement à certaines actions de médecine préventive, mais pas obligatoirement à toutes, comme pouvait le laisser supposer le texte gouvernemental.

M. le président. La parole est à M. Colin pour défendre son sous-amendement n° 97 rectifié.

M. Jean Colin. L'idée de rassembler et de coordonner dans un ensemble l'action des services publics hospitaliers correspond à une idée à mon avis très valable. Seulement elle pose comme corollaire un autre problème, celui des ressources nouvelles, en fonction des charges et des responsabilités nouvelles.

Comment arriver à couvrir ces charges nouvelles ? Est-ce le service public hospitalier — c'est-à-dire pour l'essentiel les établissements que sont les hôpitaux — qui doit y faire face ? C'est la question que je me pose.

Puisqu'on demande au service public hospitalier, c'est-à-dire aux établissements publics, aux hôpitaux, de faire face à des charges nouvelles, je souhaite que l'on insère dans le texte une réserve fort nette, sous la forme suivante : « en fonction des moyens et des ressources financières qui lui seront apportés ».

M. le ministre va peut-être me répondre que cela va sans dire mais personnellement je considère qu'il vaut mieux l'exprimer de façon précise.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il est évident qu'un certain nombre de tâches nouvelles qui vont incomber au service public hospitalier, comme par exemple la tenue des dossiers de santé, ne peuvent être couvertes par le prix de journée. La commission accepte cet amendement puisqu'il prévoit un financement particulier pour toutes les actions nouvelles imposées par la loi au service public hospitalier.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement n° 13 tel qu'il est proposé par la commission.

En ce qui concerne l'amendement n° 96 rectifié de M. Colin, qui tend à reporter éventuellement au paragraphe 2° la référence à la tenue des dossiers individuels, le Gouvernement ne fait pas d'objection.

Le dernier point évoqué par M. Colin soulève une question plus délicate. Si j'ai bien compris le sens de l'amendement n° 97 rectifié, certaines dépenses seraient couvertes par le prix de journée ; en revanche, les actions de formation et de perfectionnement, les actions de médecine préventive, la participation à la recherche médicale, seraient couvertes par des ressources financières autres que celles provenant du prix de journée. Comme c'est en définitive la sécurité sociale qui est tiers payant, je ne vois pas bien la différence que vous établissez.

Je m'en remets à l'appréciation du Sénat, car il y a là une disposition qui complique le problème, sans pour autant apporter une solution. Je souhaiterais pour ma part que le sous-amendement n° 97 rectifié ne soit pas adopté, mais je ne me battrai pas pour cela en dansant la danse du scalp devant le Sénat. (Sourires.)

M. le président. Nous allons procéder au vote de l'amendement n° 13 et du sous-amendement n° 97 rectifié, par division.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix les deux premiers mots de l'amendement n° 13 : « De plus... ».

(Ces mots sont adoptés.)

M. le président. Ici se place le sous-amendement n° 97 rectifié présenté par M. Colin, accepté par la commission et pour lequel le Gouvernement s'en remet à l'appréciation du Sénat.

Personne ne demande la parole ?...

Je le mets aux voix.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Cet amendement constitue la première ligne du texte proposé par l'amendement n° 13, dont les premiers mots « De plus... » viennent d'être adoptés par le Sénat.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets maintenant aux voix la deuxième partie de l'amendement n° 13, c'est-à-dire les trois derniers alinéas acceptés par le Gouvernement.

(Ces textes sont adoptés.)

M. le président. Nous revenons maintenant au paragraphe 1° de l'article 1^{er} que nous avons précédemment réservé.

Sur le sous-amendement n° 96 rectifié, M. le rapporteur veut-il nous donner l'avis de la commission ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte l'amendement.

M. le président. Nous allons voter par division sur l'amendement n° 12 de la commission, le sous-amendement n° 96 rectifié de M. Jean Colin et l'amendement n° 96 de M. Aubry. Je mets d'abord aux voix l'amendement n° 12 de la commission jusqu'aux mots : « et des femmes enceintes », accepté par le Gouvernement.

(Ce texte est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?... Je mets maintenant aux voix le sous-amendement n° 96 rectifié, accepté par la commission et le Gouvernement.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, le paragraphe 1° de l'article 1^{er} est ainsi rédigé et l'amendement n° 69 devient sans objet.

Par amendement n° 14, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de supprimer le dernier alinéa de cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission demande la suppression de cet alinéa, parce qu'elle n'en voit pas le sens. S'il s'agit d'un recyclage, d'un perfectionnement post-universitaire, nous pensons que le deuxième alinéa est suffisant ; ou alors il y a une autre explication et je demande au Gouvernement de bien vouloir nous la donner.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Monsieur le président, il ne s'agit pas là de la présence des « blouses blanches » à l'hôpital. Cet alinéa vise le recours à l'aide technique. Qu'entendons-nous par là ?

Nous répondons à la préoccupation du médecin de famille, dont a parlé M. Portmann avec beaucoup de talent, qui estime devoir envoyer son malade en consultation externe à l'hôpital.

C'est l'objet de ce texte.

M. le président. Monsieur le rapporteur, la commission maintient-elle son amendement ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 14.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble de l'article 1^{er}, modifié par les votes intervenus précédemment.

(L'article 1^{er} est adopté.)

Article 2.

M. le président. « Art. 2. — Le service public hospitalier est assuré :

« 1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;

« 2° Par ceux des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif qui répondent aux conditions définies à l'article 36 de la présente loi ;

« 3° Le cas échéant, par des établissements d'hospitalisation à but lucratif liés soit à l'Etat, soit à une collectivité locale ou à un syndicat constitué entre des collectivités locales, par un contrat de concession conformément aux dispositions de l'article 38 de la présente loi.

« Les établissements énumérés aux 1°, 2° et 3° ci-dessus sont tenus de recevoir toute personne dont l'état requiert leurs services.

« Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi. »

Par amendement, n° 15, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit le début de l'alinéa 2° de cet article :

« 2° Le cas échéant par ceux... ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de pure forme qui tend à faire apparaître la notion incluse dans les mots « le cas échéant » dès l'alinéa 2° de l'article puisque tous les établissements privés à but non lucratif ne feront pas obligatoirement partie du secteur public hospitalier.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix l'amendement n° 15, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 4, M. Georges Portmann propose de rédiger comme suit cet article :

« Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;
2° Par les établissements d'hospitalisation privés, quel que soit leur statut juridique, qui répondent aux conditions définies à l'article 36 de la présente loi.

« Les établissements énumérés aux 1° et 2° ci-dessus sont tenus de recevoir toute personne dont l'état requiert leurs services.

« Les établissements d'hospitalisation publics et privés peuvent passer entre eux des contrats d'association conclus selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi. »

La parole est à M. Portmann.

M. Georges Portmann. L'article 2 précise : « Le service public hospitalier est assuré : 1° par les établissements d'hospitalisation publics — nous sommes d'accord sur ce point — 2° par ceux des établissements d'hospitalisation privés, à but non lucratif, qui répondent aux conditions définies à l'article 36 de la présente loi. »

Je ne vois pas pourquoi on fait une différence entre établissements à but lucratif et établissements à but non lucratif. L'amendement que je propose me semble trancher cette question et M. le ministre n'a rien à craindre de son application. C'est pourquoi je demande au Sénat de l'adopter.

M. le président. Pour la clarté du débat, je précise que votre amendement se place après les mots : « 2° Le cas échéant par ceux... » sur lesquels le Sénat s'est déjà prononcé.

M. Georges Portmann. C'est exact, monsieur le président.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Notre collègue M. le professeur Portmann pose comme postulat que l'hospitalisation privée est exclue pour l'avenir, sans avis préalable ni explication, du service public hospitalier. Or, la loi a précisément pour objet de les associer dans des conditions qui ne devraient pas être léonines. C'est tout au moins le souhait de notre commission.

L'amendement de M. le professeur Portmann allant à l'encontre du but que la loi se propose d'atteindre, la commission n'y est pas favorable.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je serais très désireux d'être agréable à M. le professeur Portmann, mais j'avoue ne pas comprendre la discussion.

Nous distinguons trois catégories d'établissements que nous énumérons dans l'article 2 : d'abord, les établissements d'hospitalisation publics ; ensuite, les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif qui répondent aux conditions de l'article 36 et pour lesquels, nous le verrons tout à l'heure, nous avons prévu des dispositions plus favorables, car, faisant preuve d'un désintéressement complet, ils doivent être plus favorisés que les établissements privés à but lucratif, notamment par des subventions et un certain nombre d'avantages ; enfin, les établissements privés à but lucratif, que nous n'excluons pas puisqu'ils peuvent passer une convention de service public ou être liés à l'Etat en vertu des dispositions de l'article 38 de la loi.

Tout cela est cohérent.

Voilà pourquoi je reste attaché à l'article tel que le Gouvernement l'a proposé.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 4, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 116, MM. Viron, Aubry, Gaudon et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de supprimer l'alinéa 3° de cet article.

La parole est à M. Viron.

M. Hector Viron. Monsieur le président, nous pensons qu'il serait opportun de lier la discussion des amendements n° 116 et 70, l'amendement n° 70 étant la suite logique de l'amendement n° 116.

M. le président. Il en est en effet la conséquence.

M. Hector Viron. La discussion très instructive qui vient de se dérouler sur les amendements présentés par M. le professeur Portmann à l'article 1er et à l'article 2 nous renforce dans la crainte que nous avons et nous incite à maintenir les amendements n° 116 et 70.

Ces deux amendements partent d'ailleurs du principe que nous ne devons pas retenir l'hôpital à but lucratif dans le secteur

public. Nous défendons là une thèse opposée à celle soutenue par notre collègue, M. Schleiter, à propos de l'article 1er. C'est pour nous une thèse constante. A notre avis, ces établissements sanitaires ne doivent être compris dans la carte sanitaire que pour exercer un contrôle strict de leur implantation et de leur fonctionnement.

Nous estimons que toute priorité doit être donnée à l'extension du secteur public en fonction des besoins. Pour la même raison, notre opposition porte également sur la notion de contrat de concession, conformément aux dispositions de l'article 38 de la présente loi, la concession entraînant juridiquement la notion de rentabilité. Cela est en contradiction fondamentale avec le principe du service public de la santé que nous considérons comme devant être gratuit. Des charges et des devoirs peuvent être imposés à ce dernier sans qu'il y ait pour autant une concession.

Telles sont les raisons qui commandent les amendements n° 116 et 70 que nous présentons.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 116 ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il n'est point besoin de longues explications pour démontrer que cet amendement irait à l'encontre du but recherché par la loi, qui est d'associer tous les établissements privés à but lucratif, dans la mesure où ils le demandent, à la protection de la santé publique. La commission ne peut donc que demander le rejet de cet amendement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement est logique avec lui-même. Nous voulons des concessions du secteur privé avec le service public, je l'ai dit, je le répète. Par conséquent, je vous demande de rejeter l'amendement de M. Viron et, pour gagner du temps, l'amendement n° 70 qui en est la conséquence.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 116, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 16, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, dans l'avant-dernier alinéa de cet article, après les mots : « les établissements énumérés aux 1°, 2° », d'ajouter les mots suivants : « (à l'exception des établissements régis par le code de la mutualité) ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Par cet amendement, votre commission vous propose de ne pas imposer, aux établissements régis par le code de la mutualité qui désireraient faire partie du service public hospitalier, l'objection de recevoir toutes les personnes dont l'état requiert hospitalisation.

Nous nous trouvons là devant un dilemme. Ou bien on souhaite que les établissements mutualistes participent au service public hospitalier, et alors il faut tenir compte de la législation à laquelle ils sont soumis, donc ne les obliger à recevoir que leurs adhérents, qui financent par leurs cotisations l'équipement mutualiste ; ou bien, délibérément, et à cause même de leur statut qui ne leur permet pas de recevoir des non-adhérents, on les exclut, à coup sûr, du service public hospitalier.

Nous avons considéré qu'il serait regrettable que ces établissements ne puissent être reliés au service public hospitalier que par le biais restreint des accords de l'article 39. Aussi, sans méconnaître le caractère exorbitant de cette disposition, votre commission, après une longue discussion, s'est, à une très large majorité, ralliée à l'amendement tendant à ne pas imposer globalement « l'obligation de recevoir » aux établissements mutualistes. Un amendement similaire sera d'ailleurs proposé à l'article 36.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ne suis pas d'accord avec la commission, et c'est une des rares fois où je ne le serai pas. Il faut être logique avec soi-même. Vous avez raison d'apprécier les établissements mutualistes, qui apportent aux assurés un complément souhaitable. Mais ces établissements ne sont pas obligés de passer une convention de service public. S'ils n'en passent pas, ils reçoivent leurs propres malades et, éventuellement — cela se fait dans certains établissements — des malades qui ne sont pas mutualistes. S'ils passent une convention de service public il faut, en contrepartie, qu'ils reçoivent en priorité leurs propres malades, ce qui est normal, mais aussi qu'ils respectent les contraintes du service public.

Voilà ce que j'avais à dire, au nom de la logique.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Monsieur le ministre, je suis navré de ne pas être d'accord avec vous. Le problème soulevé est grave car les établissements mutualistes ont une très grande importance dans notre pays. Nous souhaitons laisser à ces établissements la possibilité de participer au service public. Si nous vous suivions, monsieur le ministre, nous nous résignerions trop facilement à les rejeter hors du service public hospitalier.

C'est pourquoi la commission, après avoir longuement étudié le problème, maintient son amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 16, repoussé par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 70, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté, proposent de rédiger comme suit le 5^e alinéa de cet article :

« Les établissements énumérés aux 1^o et 2^o ci-dessus sont tenus de recevoir toute personne dont l'état requiert leurs services. »

A la suite du rejet de l'amendement n° 116, le présent amendement n'a plus d'objet.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble de l'article 2, modifié par les amendements que le Sénat a précédemment adoptés.

(L'article 2 est adopté.)

Article 3.

M. le président. « Art. 3. — Les établissements mentionnés à l'article 2 sont dits :

— hôpitaux s'ils ont une mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée et les traitements ambulatoires.

« Lorsque l'hôpital a une vocation régionale il porte le nom de Centre hospitalier régional ;

— centres de cure ou de réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

« Certains de ces établissements ont une vocation régionale ou nationale.

« Le classement des établissements est déterminé par arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale selon des normes définies par voie réglementaire. »

Sur cet article, je suis saisi de plusieurs amendements.

M. Georges Portmann, par amendement n° 5, propose de rédiger ainsi le premier alinéa de cet article :

« Les établissements publics mentionnés à l'article 2 sont dits : ».

M. Georges Portmann. Je retire cet amendement qui n'a plus de raison d'être.

M. le président. L'amendement n° 5 est donc retiré.

Par amendement n° 114, le Gouvernement propose de remplacer les quatre premiers alinéas de cet article par les dispositions suivantes :

« Les établissements mentionnés à l'article 2 sont dits :

— hôpitaux s'ils ont pour mission principale les admissions d'urgence, les examens de diagnostics, les traitements et les hospitalisations de courte durée et les traitements ambulatoires ;

Lorsque l'hôpital a une vocation régionale, il porte le nom de centre hospitalier régional ;

— centres de cure, de réadaptation ou de convalescence s'ils ont pour mission l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées. »

La parole est à M. le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. La rédaction que nous vous proposons nous semble préférable.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission préfère sa rédaction à celle du Gouvernement. Surtout, elle est favorable à l'adjonction de la création de centres de convalescence dans la dénomination de centres.

Une précision sera apportée par l'amendement n° 121.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 114 du Gouvernement, repoussé par la commission.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 17, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, au début du deuxième alinéa de l'article 3, de remplacer le mot : « hôpitaux », par les mots : « centres hospitaliers ».

D'autre part, par amendement n° 1, M. Souquet et les membres du groupe socialiste proposent : a) au début du deuxième alinéa de cet article, de remplacer le mot : « hôpitaux », par les mots : « centres hospitaliers », et b) au début du troisième alinéa, de remplacer le mot : « hôpital », par les mots : « le centre hospitalier ».

L'amendement n° 17 et la première partie de l'amendement n° 1 étant identiques, il peut être procédé à une discussion commune.

La parole est à M. Souquet, pour défendre l'amendement n° 1.

M. Marcel Souquet. Le nom « hôpital » restant lié à la notion de bienfaisance et d'assistance dans l'esprit de nombreux Français, nous proposons que la dénomination de « centres hospitaliers » soit appliquée à l'ensemble des hôpitaux.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission s'est inspirée de cet amendement pour vous présenter le sien, mais elle vous demande de ne pas en retenir la deuxième partie car elle propose, par le jeu des amendements...

M. le président. Veuillez me permettre de vous interrompre, monsieur le rapporteur.

Pour l'instant, nous ne pouvons effectivement consulter que sur la première partie de l'amendement de M. Souquet, c'est-à-dire celle qui vise le deuxième alinéa, seul en cause pour l'instant.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission en est d'accord !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements de M. Souquet et de la commission qui, à ce stade, sont identiques ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement est d'accord, sous réserve que cela ne mette pas en cause la classification des rémunérations du personnel.

J'accepte donc la dénomination proposée, mais sous cette réserve qu'il fallait formuler.

M. le président. Quelqu'un demande-t-il la parole ?...

Je mets aux voix la première partie de l'amendement n° 1 et l'amendement n° 17, acceptés par la commission et le Gouvernement.

(Ces textes sont adoptés.)

M. le président. Par amendement n° 18, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, dans le deuxième alinéa de l'article 3, de remplacer les mots : « les hospitalisations de courte durée », par les mots : « les hospitalisations pour affections graves dans leur phase aiguë, les accouchements ».

Cet amendement est assorti d'un sous-amendement n° 124 présenté par le Gouvernement, qui tend, au deuxième alinéa de cet article, à remplacer les mots : « pour affections graves dans leur phase aiguë, les accouchements », par les mots : « de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë ».

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 18.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Si nous avons bien conscience que ce centre hospitalier, plateau technique de soins, ne doit plus être encombré pendant de longs mois par des malades devenus des convalescents, nous avons estimé que l'expression « les hospitalisations de courte durée » méritait une précision. Nous avons essayé et nous proposons : « les hospitalisations pour affections graves dans leur phase aiguë, les accouchements... ».

M. le président. La parole est au Gouvernement pour défendre le sous-amendement n° 124.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je souhaite personnellement, mais je n'en fais pas un problème de principe, que les mots « courte durée » soient maintenus. C'est pourquoi j'ai ajouté, dans mon sous-amendement, afin de concilier les tendances contraires, « de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë ».

En effet, ce texte me semble recouvrir un terrain plus large et c'est pourquoi je souhaiterais qu'il fût adopté par le Sénat.

M. le président. Puis-je me permettre de vous faire remarquer, monsieur le ministre, que dans votre sous-amendement, il n'est plus question des accouchements ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Cela recouvre la courte durée.

M. le président. Est-ce volontaire ou non ? Il ne s'agit pas d'une affection grave dans la phase aiguë ! (*Sourires.*)

M. Jacques Henriet. Très bien !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Vous avez raison, monsieur le président. Je suis à très bonne école médicale. Il convient d'ajouter à mon sous-amendement le mot : « accouchements ».

M. le président. Le sous-amendement modifié tendrait donc à rédiger comme suit l'amendement n° 18 : « les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves dans leur phase aiguë, les accouchements ».

Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 124 ainsi modifié ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission l'accepte.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 18 de la commission, modifié par le sous-amendement n° 124 du Gouvernement dans sa nouvelle rédaction.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Par amendement n° 19, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de supprimer le troisième alinéa de l'article 3.

Si cet amendement était adopté, nous en aurions terminé avec le troisième alinéa de l'article 3 ; dans la négative, nous reprendrions la deuxième partie de l'amendement de M. Souquet.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 19.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet amendement est lié à notre amendement n° 21.

Nous avons préféré regrouper en une seule disposition celles qui prévoient que certains établissements ou services peuvent avoir une vocation régionale ou nationale, qu'il s'agisse de centres hospitaliers, de centres de cure, de réadaptation ou de convalescence.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 19, accepté par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, le troisième alinéa de l'article 3 est supprimé et la deuxième partie de l'amendement n° 1 de M. Souquet devient sans objet.

Par amendement n° 20 rectifié, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit le début du quatrième alinéa de l'article 3 : « Centres de cure, de réadaptation ou de convalescence s'ils ont pour mission principale... ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il s'agit d'ajouter le mot « convalescence », cela sur la suggestion du Gouvernement. (*M. le ministre fait un signe d'assentiment.*)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 20 rectifié, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Par amendement n° 121, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, au quatrième alinéa de l'article 3, de remplacer le mot : « hébergement », par le mot : « accueil ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Le mot « accueil » nous a paru plus chaleureux que le mot « hébergement ». C'est une question de psychologie.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Sans faire de grammaire, il me semble que l'accueil, c'est l'entrée à l'hôpital, l'hébergement représentant autre chose.

Je préfère le mot « hébergement ».

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Au nom de la commission, je me rallie à cette explication et je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 121 est donc retiré.

Par amendement n° 21, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit le cinquième alinéa de l'article 5 :

« Certains de ces établissements ou services ont une vocation régionale ou nationale. Lorsque le centre hospitalier a une vocation régionale, il porte le nom de centre hospitalier régional. »

Cet amendement semble être la conséquence de l'amendement précédemment adopté. (*Marques d'approbation.*)

Quelqu'un demande-t-il la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 21.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Le cinquième alinéa de l'article 5 est ainsi rédigé.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article 3, modifié par les amendements précédemment adoptés.

(*L'article 3 est adopté.*)

Article 4.

M. le président. « Art. 4. — Il est institué des régions d'action sanitaire et, au sein desdites régions, des secteurs d'action sanitaire. »

« Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur. Ils peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur. »

« Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional. Ils peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional. »

Par amendement n° 22, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de remplacer les deux derniers alinéas de cet article par les dispositions suivantes :

« Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur. »

« Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional. »

« Les établissements qui forment un groupement interhospitalier de secteur peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur. Les établissements qui forment un groupement interhospitalier régional peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Comme je vous l'ai indiqué, il s'agit simplement de regrouper en un seul alinéa les dispositions relatives aux conditions de création des syndicats interhospitaliers de secteur ou de région.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 22, accepté par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Quelqu'un demande-t-il la parole ?...

Je mets aux voix l'article 4, ainsi modifié.

(*L'article 4 est adopté.*)

Article 5.

SECTION II

Des établissements d'hospitalisation publics.

M. le président. « Art. 5. — Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire. »

« Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 7, par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé publique. »

« Ils sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement peuvent leur être imposées par décret. »

Par amendement n° 71, MM. Gaudon, Aubry, Viron, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté, proposent de rédiger comme suit cet article :

« Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. »

« Ils sont créés sur l'initiative des conseils de secteur, de région ou national, comme prévu à l'article 40, par arrêté préfectoral en cas d'accord général ou par décret pris en Conseil

d'Etat en cas d'opposition de collectivités territoriales, dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

« Ils sont administrés par un conseil d'administration qui règle sous le contrôle du conseil de secteur ou de région les affaires des établissements d'hospitalisation publics et les dispositions de l'article 7, ainsi que par un directeur nommé par le conseil d'administration, avec l'accord du conseil de secteur ou de région. »

La parole est à Mme Goutmann.

Mme Marie-Thérèse Goutmann. Nous proposons une autre rédaction de l'article 5 car nous considérons que cet article, tel qu'il est rédigé, traduit le renforcement de la tutelle de l'Etat sur les établissements. Leur création et leur fonctionnement sont autoritairement réglementés.

Nous proposons qu'à côté des tutelles siègent des conseils qui auront à exercer un contrôle sur l'application des orientations retenues dans le cadre d'une véritable planification de la santé.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je pense qu'il est nécessaire de faire un bref rappel historique car cet article est le premier d'une série de huit. Il concerne les seuls établissements publics d'hospitalisation. Il leur maintient la qualification actuelle d'établissements communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. C'est une option. D'autres formules auraient pu être envisagées comme celle de la création d'une administration hospitalière nationale. Mais il semble qu'il y ait un consensus général au maintien du cadre administratif auquel nous sommes habitués.

Une touche de modernisme toutefois : la commission administrative va changer de nom pour adopter celui de « conseil d'administration ». Peut-être espère-t-on faire ainsi apparaître qu'un centre hospitalier doit être géré comme une véritable entreprise !

Par ailleurs, votre commission est hostile à l'amendement de Mme Goutmann pour les raisons suivantes :

Premièrement, il retire aux collectivités locales l'initiative de la création des établissements sanitaires pour le confier à des conseils de secteurs ou de région.

Deuxièmement, le texte proposé dégage les établissements de la tutelle administrative, mais les replace aussitôt sous une nouvelle tutelle, celle des conseils de secteur ou de région. Votre commission ne croit pas à l'efficacité d'un tel transfert.

Troisièmement, l'amendement place enfin le directeur sous l'autorité exclusive du conseil d'administration puisque le ministre n'intervient plus dans la nomination de la personne qui a la charge de la gestion courante des établissements.

Je demande au Sénat de rejeter l'amendement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Nous tenons beaucoup à conserver le rattachement de l'hôpital à une collectivité territoriale, le plus souvent communale. Nous n'allons pas créer une sorte de conseil de gestion qui n'a d'ailleurs pas de personnalité morale et dont je ne vois pas bien la vocation.

C'est pourquoi je demande au Sénat de repousser l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 71, repoussé par le Gouvernement et par la commission.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Sur le même article 5, je suis saisi de trois amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune. J'en donne lecture :

Par amendement n° 98, M. Jean Colin propose, à la fin du deuxième alinéa, de remplacer les mots : « nommé par le ministre chargé de la santé publique », par les mots : « nommé par le préfet sur une liste de proposition de trois noms arrêtée par le conseil d'administration. »

Par amendement n° 23, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* le deuxième alinéa par les mots suivants : « après avis du conseil d'administration ».

Par sous-amendement n° 125, le Gouvernement propose, dans le texte de l'amendement n° 23 de la commission présenté pour compléter *in fine* le deuxième alinéa de l'article, de remplacer les mots : « conseil d'administration », par les mots : « président du conseil d'administration ».

La parole est à M. Colin, pour défendre l'amendement n° 98.

M. Jean Colin. Monsieur le président, mon amendement vise à donner une part importante à la commission administrative — au conseil d'administration selon les termes du projet — dans la désignation du directeur de l'établissement. En effet, il faut

bien se rendre compte que, dans la pratique, il s'agit d'une véritable équipe qui est constituée par le conseil d'administration et son président, qui est et restera le maire ou le président du conseil général, et le directeur, qui est l'organe d'exécution, le pouvoir exécutif. Il ne faut pas qu'il y ait opposition, tendance au désordre résultant du fait que le conseil d'administration mène une politique et le directeur une autre.

C'est pourquoi, dès le départ, il est important que le conseil d'administration puisse donner son avis, ait son mot à dire d'une façon très nette en proposant une liste de trois noms au préfet qui sera chargé de choisir, ce qui est une solution moyenne permettant de concilier les deux opinions qui peuvent s'exprimer.

On me dira qu'actuellement le directeur est nommé par le ministre de la santé publique lui-même. Mais nous sommes là, ce soir — M. le ministre l'a bien indiqué — pour réformer. Donc, nous avons une réforme à faire, elle doit aller dans le sens de l'amélioration.

Mais il y a aussi un autre argument qui est important. A l'heure actuelle, on parle beaucoup — et tout récemment le chef de l'Etat l'a rappelé — de décentralisation, de la nécessité de confier, à travers la région, le département, des pouvoirs spéciaux aux autorités locales.

C'est une raison supplémentaire pour que le choix du directeur soit fait en accord avec le conseil d'administration.

M. le président. Je demande à la commission de donner, tout à la fois, son avis sur l'amendement n° 98 de M. Jean Colin, de défendre son propre amendement n° 23, et de donner par avance son sentiment sur le sous-amendement n° 125 du Gouvernement.

La parole est M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je vais tâcher de me soumettre à cette gymnastique difficile. (Sourires.)

Je répondrai tout d'abord à mon collègue, M. Jean Colin. Nous comprenons très bien son désir de décentralisation mais la commission pense que cela va causer beaucoup de difficultés. Il existe des établissements à vocation interdépartementale et il sera difficile de désigner le préfet compétent pour nommer le directeur. C'est une des raisons pour lesquelles nous ne pensons pas qu'il faille retenir cet amendement.

Je défends maintenant l'amendement n° 23 de la commission. Nous vous demandons que le ministre consulte le conseil d'administration de l'établissement avant de procéder à la nomination du directeur. Actuellement, un décret du 13 juin 1969 relatif aux conditions de recrutement et d'avancement des personnels de direction des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure, pris en application de l'article 183 du code de la santé publique, prévoit que la nomination de ces personnels doit être précédée de l'avis d'une commission de classement qui doit avoir connaissance des observations orales ou écrites du président de la commission administrative de l'établissement. S'agissant maintenant du conseil d'administration, nous demandons que son avis soit recueilli préalablement.

Enfin, je suis évidemment au regret de ne pas être tout à fait d'accord avec l'amendement n° 125 du Gouvernement qui risque d'ouvrir un grave conflit entre le président et son conseil d'administration.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je comprends les préoccupations de M. Colin, mais nous nous trouvons en présence d'un cadre de directeurs géré au niveau national. Dans la mesure où vous réduisez ce cadre au niveau du département ou de la région, vous figez les carrières des directeurs qui sont perméables entre différents établissements. Il s'agit d'un cadre national qui ne peut être placé que sous l'autorité du ministre. S'il en était autrement, nous reviendrions à une pratique qui existait il y a vingt-cinq ans, si mes souvenirs sont exacts, et qui a été désastreuse. C'est la raison pour laquelle je demande au Sénat de repousser cet amendement.

En ce qui concerne l'amendement de la commission, et donc mon sous-amendement, il est une tradition tout à fait constante confirmée par la réglementation qui fait que chaque fois je nomme un directeur d'établissement, je consulte toujours le président de la commission administrative. Il m'arrive d'avoir quelques cas de conscience, si M. le maire n'est pas d'accord avec les propositions qui sont formulées par la commission de classement. Mais je tiens toujours le plus grand compte de l'avis du maire et, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, je me rallie à son avis.

Je n'ai pas d'objection au fait que le maire soit consulté. Vous voulez en plus l'avis de l'actuelle commission administrative — qui sera dans l'avenir le conseil d'administration. Je crains que cela ne soit une source de conflit possible.

Cela dit, je m'en remets à la sagesse du Sénat.

M. Jean Colin. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Colin, pour répondre à M. le ministre.

M. Jean Colin. Je crains de m'être mal fait comprendre. Rien n'empêche avec ma proposition que les vacances soient publiées dans les mêmes conditions qu'à l'heure actuelle. Cependant, l'initiative viendrait du conseil d'administration au lieu de venir du ministre et je pense que l'on gagnerait certainement un temps précieux, car pour l'instant tout doit remonter à Paris et il arrive que des postes restent vacants pendant de très longs mois. Je pense que ma proposition ne changera rien aux chances de carrière des directeurs mais améliorera le fonctionnement des établissements hospitaliers.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je demande la parole.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. J'en demande pardon à M. Colin, mais actuellement, on ne prend pas les candidats en fonction des propositions d'une commission. Il y a un concours d'entrée et une année d'application à l'école de Rennes avant la nomination en qualité d'assistant de direction. Si vous, les directeurs, étiez choisis par la commission administrative, vous pourriez certes avoir des gens compétents, mais vous risqueriez aussi de recruter des gens incompetents.

M. le président. Personne ne demande plus la parole?... Je mets aux voix l'amendement n° 98, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 125 présenté par le Gouvernement, repoussé par la commission.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 23 de la commission.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Sur ce même article 5, deux amendements peuvent faire l'objet d'une discussion commune :

Le premier, n° 2, présenté par M. Souquet et les membres du groupe socialiste, propose d'insérer, après le deuxième alinéa, un alinéa nouveau ainsi libellé :

« Peuvent être membres d'un conseil d'administration les représentants des populations voisines au même titre que les habitants de la commune, siège de l'établissement concerné par le fonctionnement. »

Le deuxième, n° 24, présenté par M. Blanchet, au nom de la commission propose, entre le deuxième et le troisième alinéa de cet article, d'insérer l'alinéa suivant :

« Peuvent être membres d'un conseil d'administration des représentants des populations voisines au même titre que ceux des habitants de la commune, siège de l'établissement concernés par son fonctionnement. »

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

M. Marcel Souquet. A notre avis, le fait qu'un établissement hospitalier soit implanté dans une commune donnée ne signifie nullement que la population de ladite commune soit seule intéressée par le fonctionnement de cet établissement. Des représentants des populations des communes des alentours doivent donc pouvoir siéger au conseil d'administration.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour soutenir l'amendement n° 24.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission a accepté l'amendement n° 2 et, dans ces conditions, nous retirons l'amendement n° 24.

M. le président. Monsieur le rapporteur, les deux amendements n'ont pas le même sens et je me permets de penser que le texte de la commission est plus précis dans sa rédaction que celui de M. Souquet.

Je demande donc à M. Souquet s'il maintient son amendement.

M. Marcel Souquet. Dans un souci de courtoisie, je me rallie au texte de la commission.

M. le président. L'amendement n° 2 est donc retiré. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 24 ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je comprends le souci de M. Souquet et de la commission d'élargir la représentation du conseil d'administration, mais que signifie l'expression « populations voisines » ? Vous me permettez de citer le cas de l'hôpital de Libourne, dont je suis le président de la commission administrative et qu'il n'est pas prévu d'incompatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative et celles de ministre de la santé publique. J'ai un

hôpital qui recouvre non seulement l'arrondissement de Libourne dans son secteur d'action sanitaire, mais même une partie des Charentes, de la Dordogne et des Charentes-Maritimes.

Quelle est donc la définition des « populations voisines » ?

Je crois qu'il vaudrait mieux que vous ne mainteniez pas votre amendement et que nous cherchions, dans le décret d'application, à préciser ce que devra être la représentation des populations. Je consulterai sur ce point votre commission.

M. le président. Compte tenu des observations présentées, je demande à la commission si le mot « concernés » ne devrait pas s'écrire « concernées », s'appliquant aux populations et non aux habitants ?

M. Lucien Grand, président de la commission. La commission en est bien d'accord.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 24, ainsi modifié, repoussé par le Gouvernement.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)

M. le président. La commission acceptera sans doute, à la suite de cet amendement, de remplacer, au dernier alinéa de l'article 5, le mot « ils » par les mots « les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics visés à l'alinéa premier ».

M. Lucien Grand, président de la commission. La commission n'y voit pas d'opposition.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article 5 modifié.

(L'article 5 est adopté.)

Article 6.

M. le président. « Art. 6. — Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et non médical et, le cas échéant, des personnalités qualifiées.

« La répartition des sièges entre les différentes catégories, les modalités de désignation des membres de chacune de ces catégories et les conditions dans lesquelles est assurée la présidence sont fixées par voie réglementaire, sauf en ce qui concerne la présidence du conseil d'administration des établissements communaux et des établissements départementaux qui est assurée respectivement par le maire, ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire, ou par le président du conseil général.

« Le maire, la personne remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire, le président du conseil général ne peuvent être membres du conseil d'administration :

« 1° Si eux-mêmes ou leurs conjoint, ascendants, descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé à but lucratif ou d'un laboratoire privé ;

« 2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services, fermiers ou agents rétribués de l'établissement, sauf, dans ce dernier cas, s'ils sont médecins ou pharmaciens. »

Par amendement n° 118, M. Schleiter propose, avant le premier alinéa de cet article, d'insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Des dispositions réglementaires détermineront les conditions d'après lesquelles seront recrutés les directeurs et le statut auquel ils seront soumis, de façon à accroître leur autorité, leurs possibilités d'initiative et leur responsabilité. »

La parole est à M. Schleiter.

M. François Schleiter. Je n'insiste pas et je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 118 est retiré.

Par amendement n° 72 rectifié bis, MM. Gaudon, Aubry, Viron, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de remplacer le premier alinéa de cet article par les dispositions suivantes :

« Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics est composé en nombre égal des représentants élus des collectivités locales intéressées, des représentants élus des caisses d'assurance-maladie et des représentants du personnel médical désignés par la commission médicale consultative, et non médical élus par les organisations syndicales les plus représentatives de l'établissement. »

La parole est à M. Gaudon.

M. Roger Gaudon. Nous pensons que la composition du conseil d'administration doit être précisée dans la loi, qu'il appartient au Parlement, dans le cadre de ses prérogatives, de la fixer.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet amendement tend à composer d'une façon tripartite les conseils d'administration, qui comprendraient un tiers d'élus, un tiers de représentants des organismes payeurs et un tiers de représentants du personnel médical et non médical. Avec cette solution, l'on exclurait des conseils d'administration des personnes qualifiées dont la commission a accepté la présence, tout au moins pour les centres hospitaliers universitaires.

Vous comprendrez donc que votre commission repousse l'amendement, étant assurée que sa rédaction n'interdit nullement une représentation tripartite, tout au moins dans les hôpitaux de deuxième catégorie.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement s'oppose à l'amendement. La composition du conseil d'administration sera fixée par voie réglementaire et il comprendra, d'après nos intentions, 30 p. 100 d'élus locaux, 30 p. 100 de représentants des caisses d'assurance-maladie, 30 p. 100 de médecins et 10 p. 100 de personnels non-médecins. Bien entendu, les problèmes syndicaux doivent être débattus dans le cadre de l'hôpital, et c'est le rôle du directeur, non celui des conseils d'administration, de recevoir les représentants, mais il ne faut pas que les représentants des non-médecins, qui siégeront bien entendu au sein des conseils d'administration, soient nécessairement élus par l'intermédiaire des organisations syndicales les plus représentatives de l'établissement. C'est pourquoi je demande au Sénat de repousser l'amendement.

M. le président. L'amendement est-il maintenu ?

M. André Aubry. M. le ministre invoque-t-il une irrecevabilité constitutionnelle en prétendant que l'amendement relève du domaine réglementaire et non pas du domaine législatif ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je n'invoque pas l'article 42 de la Constitution, simplement je m'oppose à l'amendement pour les raisons que j'ai indiquées.

M. le président. Monsieur Aubry, si M. le ministre avait invoqué l'article 42 de la Constitution, nous aurions déjà saisi M. le président du Sénat, seul qualifié pour répondre.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement 72 rectifié bis, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 126 rectifié, le Gouvernement propose, au premier alinéa de ce même article 6, de remplacer les mots : « du personnel médical et non médical » par les mots : « des médecins et du personnel non médical titulaire ».

La parole est à M. le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Comme la commission voulait stipuler « du personnel médical et non médical hospitalier », ce qui excluait le médecin désigné par le conseil de l'Ordre, nous avons préféré indiquer « des médecins et du personnel non médical titulaire » car il est bon que des médecins venus de l'extérieur et représentant l'Ordre soient éventuellement désignés par le conseil d'administration.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. J'en suis navré, mais la commission estime, au contraire, que des médecins étrangers à l'établissement n'ont pas de raison de siéger au conseil d'administration.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 126 rectifié, repoussé par la commission.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 25, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, au premier alinéa de ce même article 6, après les mots : « du personnel médical et non médical », d'ajouter le mot : « hospitalier ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission réserve au personnel médical et non médical « hospitalier » le droit d'être représenté au conseil d'administration.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. L'amendement précédent du Gouvernement ayant été repoussé, j'accepte celui-ci.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 25, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Sur ce même article 6, deux amendements peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 99, présenté par M. Jean Colin, tend, à la fin du premier alinéa, à supprimer les mots : « et, le cas échéant, des personnalités qualifiées ».

Le second, n° 26, présenté par M. Blanchet au nom de la commission, tend, au premier alinéa de cet article, à remplacer les mots : « le cas échéant », par les mots : « dans les centres hospitaliers universitaires, avec voix consultative ».

La parole est à M. Colin pour soutenir son amendement.

M. Jean Colin. Monsieur le président, je suis prêt à me rallier à l'amendement de la commission.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour soutenir l'amendement de la commission.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission a estimé qu'il convenait de limiter la présence de personnalités qualifiées dans les conseils d'administration aux centres hospitaliers universitaires et que ces personnalités étrangères devaient n'avoir qu'une voix consultative.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je le dis de la façon la plus nette, c'est uniquement dans les conseils d'administration des centres hospitaliers universitaires que la présence de ces personnalités est envisagée, ainsi que vous pourrez le constater à la lecture des textes d'application.

A qui avons-nous pensé ? Au doyen, dont il nous paraît important qu'il ait voix délibérative.

J'entends bien que cela ne ressort pas de mon texte et je comprends les préoccupations de la commission, mais je prends, devant le Sénat, l'engagement qu'il en sera bien ainsi.

M. le président. L'amendement est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Après cette précision, la commission limite son amendement au remplacement des mots « le cas échéant », par les mots « dans les centres hospitaliers universitaires ».

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 26 ainsi modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. Jean Colin. Dans ces conditions, je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 99 est retiré.

Sur le deuxième alinéa de ce même article 6, deux amendements peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 73, présenté par MM. Gaudon, Aubry, Viron, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté tend à remplacer les mots : « de désignation » par les mots : « d'élection ».

Le second, n° 27, présenté par M. Blanchet, au nom de la commission, tend, après les mots : « les modalités de désignation », à ajouter les mots : « ou d'élection ».

La parole est à M. Viron pour soutenir l'amendement n° 73.

M. Hector Viron. Nous retirons notre amendement.

M. le président. L'amendement n° 73 est retiré.

La parole est à M. le rapporteur pour défendre l'amendement de la commission.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Le mot « désignation » est certes très large et il peut recouvrir une élection, mais, pour éviter toute ambiguïté, nous avons préféré prévoir ces deux termes.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 27.

(L'amendement est adopté.)

M. André Mignot. Je voudrais poser une question à M. le ministre sur le deuxième alinéa de cet article 6.

M. le président. La parole est à M. André Mignot.

M. André Mignot. Je suis très inquiet par le libellé de cet alinéa, selon lequel c'est seulement dans les établissements communaux ou dans les établissements départementaux que le maire, dans un cas, le président du conseil général, dans l'autre, sont présidents de plein droit du conseil d'administration. Qu'entendez-vous par établissement communal ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. J'appelle établissement communal ou intercommunal un établissement créé à l'initiative d'une commune ou d'un groupe de communes.

M. André Mignot. En existe-t-il beaucoup ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. C'est la majorité.

M. André Mignot. Dans le siècle passé, monsieur le ministre, mais qu'en est-il pour les autres établissements ? L'établissement hospitalier situé dans le territoire de ma commune est un établissement public absolument autonome, il n'est ni communal ni intercommunal et il dessert un certain nombre de communes.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je suis heureux de vous apprendre que votre établissement est rattaché à la commune de Versailles. (*Sourires.*)

M. André Mignot. En vertu de quel texte ? Je n'en sais rien !

M. le président. La nouvelle vous suffit-elle ? (*Rires.*)

M. André Mignot. J'espère donc être président de plein droit du conseil d'administration.

M. Robert Boulin, ministre de la santé. Bien entendu, puisque vous êtes maire de Versailles.

M. le président. Voilà une affaire qui s'arrange bien. (*Nouveaux rires.*)

Par amendement n° 6, M. Georges Portmann propose, au quatrième alinéa de ce même article 6, de supprimer les mots : « à but lucratif ».

La parole est à M. Portmann.

M. Georges Portmann. Je retire cet amendement car il n'a plus d'objet.

M. le président. L'amendement n° 6 est retiré.

Sur le dernier alinéa de ce même article 6, trois amendements peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 28, présenté par M. Blanchet, au nom de la commission, tend à remplacer le mot : « fermiers » par les mots : « preneurs de baux à ferme de l'établissement ».

Le deuxième, n° 29 rectifié, présenté par M. Blanchet, au nom de la commission, tend à remplacer les mots : « ou agents rétribués de l'établissement, sauf, dans ce dernier cas, s'ils sont médecins ou pharmaciens » par les mots : « ou directeur de l'établissement ».

Le troisième, n° 103, présenté par le Gouvernement, tend à rédiger comme suit ce dernier alinéa :

« 2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services, fermiers ou agents rétribués par l'établissement. »

La parole est à M. le rapporteur pour soutenir l'amendement de la commission.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Les amendements n° 28, 29 rectifié et 103 sont relatifs au cas d'incompatibilité entre les fonctions de maire ou de président de conseil général et la qualité de membre du conseil d'administration d'un établissement hospitalier.

L'amendement n° 28 tend à une simple précision de termes, les mots « preneurs de baux à ferme » nous paraissant plus explicites que celui de « fermiers ».

L'amendement n° 29 rectifié a une portée beaucoup plus large. Votre commission estime en effet que la qualité d'agent rétribué de l'établissement — médecin, pharmacien ou tout autre membre du personnel — ne doit pas empêcher un maire ou le président du conseil général d'être président du conseil d'administration, cela d'autant plus que cette qualité de membre du personnel lui donne, par ailleurs, vocation à être membre du conseil d'administration.

Il serait de plus singulier qu'un président de conseil général ou un maire, agent salarié d'un établissement hospitalier, soit élu comme représentant du personnel au conseil d'administration et que celui-ci soit présidé par son suppléant.

Toutefois, votre commission fait exception pour les directeurs d'établissements. Il est, en effet, difficile d'imaginer qu'ils soient à la fois membres du conseil d'administration, voire président, et directeur. Dans ces conditions elle s'oppose à l'amendement n° 103 du Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. le ministre pour faire connaître son avis sur les deux amendements de la commission et en même temps défendre l'amendement du Gouvernement.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. En ce qui concerne l'amendement n° 28, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

Quant à l'amendement n° 29, le Gouvernement lui préfère son propre amendement, dont la rédaction répond à son désir d'étendre le champ des incompatibilités entre les fonctions de président de la commission administrative et d'agent rétribué de l'établissement. Il nous paraît que, de même qu'un fonction-

naire communal ne peut pas être maire, de même un agent, qu'il soit médecin rétribué ou non d'un établissement hospitalier, ne doit pas pouvoir être président de la commission administrative.

M. Louis Courroy. Je demande la parole.

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

M. Louis Courroy. Dans la réglementation actuelle, un maire, un pharmacien, un assureur, un médecin travaillant pour l'établissement hospitalier ne sont pas autorisés à présider la commission administrative. Il existe des cas dans mon département. Or l'amendement du Gouvernement confirme cette situation. Je prie la commission de bien vouloir réfléchir à ce sujet.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je demande la parole.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Monsieur le sénateur, dans la situation actuelle le médecin à plein temps qui est maire peut présider la commission administrative.

M. Louis Courroy. Il y a le cas du pharmacien...

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. C'est la même chose.

M. Louis Courroy. Ah non ! monsieur le ministre, je m'excuse, le maire qui est pharmacien ne peut pas être président. Il en est de même pour le maire qui est en même temps agent d'assurances.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Du moment qu'il y a fourniture de services il y a incompatibilité.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Selon l'amendement de la commission, l'incompatibilité est limitée au directeur. Les autres, même salariés, peuvent présider.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets d'abord aux voix l'amendement n° 103, présenté par le Gouvernement et repoussé par la commission.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 28, présenté par la commission et pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 29 rectifié, présenté par la commission et repoussé par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Par amendement n° 30, M. Blanchet, au nom de la commission, propose d'ajouter, à la fin de l'article 6, un nouvel alinéa ainsi conçu :

« Au cas où il est fait application des dispositions des trois alinéas ci-dessus, le conseil général, le conseil municipal ou la délégation spéciale, élit un suppléant. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission vous demande d'adopter un alinéa supplémentaire prévoyant qu'au cas où un président de conseil général ou un maire est frappé d'incompatibilité, le conseil général ou le conseil municipal élira un suppléant, étant bien entendu qu'en cas de disparition du motif d'incompatibilité, le président du conseil général ou le maire concerné retrouvera de plein droit la présidence du conseil d'administration.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte cet amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 30, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 6, modifié et complété.

(*L'article 6 est adopté.*)

Article 7.

M. le président. « Art. 7. — Le conseil d'administration délibère sur :

« 1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;

« 2° Les propositions de prix de journée ;

« 3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;

« 4° Les emprunts ;

« 5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;

« 6° Les règles d'organisation de l'établissement et de ses activités, les conventions conclues en vue de cette organisation et les règles de fonctionnement de l'établissement, notamment le règlement intérieur ;

« 7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 39 de la présente loi ;

« 8° Les créations, suppressions et transformations de services ;

« 9° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;

« 10° Les effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 et les textes subséquents ;

« 11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;

« 12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;

« 13° Les actions judiciaires et les transactions.

« Les délibérations prévues aux 1° à 11° sont soumises à approbation. L'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes.

« Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus. Il doit toutefois tenir le conseil d'administration informé de la marche de l'établissement. »

Par amendement n° 74, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté, proposent de rédiger comme suit le premier alinéa de cet article :

« Le conseil d'administration règle par ces délibérations : »

La parole est à M. Viron.

M. Hector Viron. Cet amendement ne propose pas une modification très importante. Il a seulement pour objet de préciser le rôle du conseil d'administration. Si nous préférons l'expression « règle par ces délibérations... », c'est parce que nous voulons donner une portée plus importante aux fonctions du conseil d'administration. Nous voulons lui donner par là même un pouvoir de décision. La délibération n'est pas, à mon avis, suffisante.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission a estimé que le verbe « délibérer » avait dans la vie administrative publique française une signification précise, qu'elle n'a pas retrouvée avec une netteté comparable dans l'amendement de M. Viron. C'est la raison pour laquelle elle ne l'a pas retenu.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 74 de M. Viron, amendement repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 104, le Gouvernement propose de rédiger comme suit l'alinéa 6° de cet article :

« 6° Le règlement intérieur ; »

La parole est à M. le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 104 est retiré.

Par amendement n° 31, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de rédiger ainsi le début du 10° :

« 10° Le tableau des effectifs du personnel, à l'exception... »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de pure forme.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement l'accepte.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 31, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 32, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter l'avant-dernier alinéa de l'article 7 par la phrase suivante :

« Les délibérations sont réputées approuvées si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. »

Cet amendement est affecté d'un sous-amendement n° 127, présenté par le Gouvernement et tendant, à la fin du texte proposé par l'amendement n° 32 de la commission, de remplacer le mot : « transmission » par le mot : « réception ».

La parole est à M. le rapporteur pour défendre l'amendement de la commission.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission a estimé souhaitable d'instituer une clause de sauvegarde qu'apprécieront, sans aucun doute, les administrateurs locaux que sont la grande majorité d'entre vous, d'entre nous.

Nous estimons en effet qu'une délibération doit être considérée comme approuvée si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai raisonnable. Nous vous proposons de fixer ce délai à trente jours, puisqu'il semble que ce sera la durée retenue par la future réforme municipale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement du Gouvernement ?

M. Lucien Grand, président de la commission. La commission l'accepte.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Il a son utilité, ne serait-ce qu'en cas de grève des P. T. T., par exemple... (Sourires.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets d'abord aux voix le sous-amendement n° 127 du Gouvernement, accepté par la commission.

(Ce texte est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 32, ainsi modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je vais consulter le Sénat sur l'ensemble de l'article 7, ainsi modifié.

M. André Mignot. Je demande la parole.

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

M. André Mignot. Cet article 7 m'inquiète beaucoup, je vous l'avoue...

M. le président. Il n'est pas voté, vous n'avez donc pas pour le moment de raison de vous inquiéter.

M. André Mignot. Plus exactement les propositions du Gouvernement m'inquiètent.

En effet, monsieur le ministre, vous bouleversez encore les compétences. Déjà, en 1958, on avait retiré certains pouvoirs à la commission administrative et à son président en les attribuant au directeur. D'après le rapport de la commission, il semble que vous alliez plus loin puisque, sauf pour les affaires spéciales indiquées à l'article 7, toutes les compétences sont du ressort du directeur de l'hôpital. Vous faites du président de la commission administrative un robot et ne lui laissez plus que la présidence de la commission.

Les maires n'ont pas pour habitude d'être des robots et de se borner à la seule présidence des commissions. Ils ont pour habitude d'agir. Il est certain que votre texte complique considérablement les rapports entre le maire et le directeur. En effet, ce dernier dirigera l'établissement à sa guise, le maire n'étant plus alors qu'un pion dans cette organisation et cette gestion. Tout ceci me paraît extrêmement grave et devrait vous conduire à réfléchir, lorsque le moment sera venu de prendre les décrets d'application de la loi.

J'ai tout de même en la matière vingt-quatre années d'expérience. J'ai vu passer dans mon centre hospitalier au moins cinq ou six directeurs, tous différents. Je n'ai rien contre les directeurs des établissements hospitaliers, mais il y a une politique à mener dans ce genre d'établissement, qui est très normalement parallèle à celle de la politique municipale. Le maire a parfaitement vocation dans ce sens. (Applaudissements sur plusieurs travées à droite et au centre.)

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je demande la parole.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je voudrais rassurer M. Mignot, car ce n'est pas du tout le but de l'article 7, qui ajuste le fait et le droit. Le maire, président de la commission administrative, du conseil d'administration dans la terminologie nouvelle, voit tout. Puisque vous êtes maire — comme moi et beaucoup dans cette salle — je précise que l'article 7 prévoit que le conseil d'administration délibère sur le budget, les crédits supplémentaires, les prix de journée, les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les emprunts, le plan directeur, les règles d'organisation de l'établissement et de ses activités, les conventions passées en appli-

cation de l'article 6, les créations, suppressions et transformations de services, les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels, les effectifs du personnel, l'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier, l'acceptation et le refus des dons et legs, les actions judiciaires et les transactions. Tout cela est bien actuellement de la compétence du maire et de la commission administrative.

Actuellement, le directeur qui a la gestion quotidienne courante — vous savez bien comment cela se passe — fait prendre des délibérations par sa commission administrative, qu'il fait ratifier par l'autorité de tutelle. Pour des détails matériels qui ne présentent guère d'intérêt, une délibération de la commission administrative est nécessaires. Là vous avez une autorité de tutelle qui approuve et vous surchargez, dans des proportions considérables, une gestion quotidienne dont il faut libérer le directeur. Vous ne soumettez plus à l'autorité de tutelle certaines délibérations de pure forme que nous avons presque tous l'habitude de signer.

Autrement dit, il s'agit moins de conférer au directeur des pouvoirs nouveaux que de faciliter sa gestion quotidienne, pour laquelle il n'a pas à en référer au conseil d'administration.

Bien entendu, dans les textes d'application, je vous promets de veiller à la ligne que je viens d'évoquer.

M. André Mignot. Je demande la parole pour répondre au Gouvernement.

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

M. André Mignot. C'est tout de même le jour et la nuit, monsieur le ministre, par rapport à la situation actuelle. C'est à peu près — si vous me permettez ce parallèle — l'ancienne constitution comparée à celle de 1958 dans les domaines de la loi et du règlement. Vous donnez effectivement au conseil d'administration des pouvoirs spéciaux, mais limités, puisque vous indiquez que le directeur est compétent pour toutes les affaires non énumérées dans le texte.

Vous allez si loin — je considère un problème qui a d'ailleurs une importance très relative — que vous prévoyez que le directeur va ester en justice. Vous connaissez, monsieur le ministre, des cas où ce n'est pas le président du conseil d'administration qui parle au nom de la société qu'il administre et où c'est le directeur de l'établissement qui este en justice ? Pour ma part, je n'ai jamais vu cela. C'est un détail, me direz-vous, parce que ester en justice implique une délibération du conseil d'administration. Mais enfin, le fait de déposséder le président du conseil d'administration du droit de représenter juridiquement l'établissement me paraît tout de même très regrettable.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Les actions judiciaires sont décidées par le conseil d'administration. C'est prévu dans la loi.

M. André Mignot. Nous sommes d'accord, mais c'est un non-sens que le directeur représente l'établissement devant les tribunaux.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'article 7, modifié et complété par les amendements que le Sénat a précédemment adoptés.

(L'article 7 est adopté.)

Article 8.

M. le président. « Art. 8. — Dans les établissements d'hospitalisation publics une commission médicale consultative est obligatoirement consultée sur le budget et les comptes ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux. »

Sur cet article, je suis saisi de deux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 33, présenté par M. Blanchet, au nom de la commission, tend à rédiger ainsi cet article :

« Dans chaque établissement public d'hospitalisation, il est institué :

« — une commission médicale consultative, qui est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux ;

« — un comité technique paritaire, qui est obligatoirement consulté sur le fonctionnement des services et notamment sur les conditions de travail dans l'établissement. »

Le second, n° 3, présenté par M. Souquet et les membres du groupe socialiste, a pour objet de compléter cet article par un alinéa nouveau ainsi libellé :

« Pour les problèmes intéressant plus spécialement les personnels une commission technique paritaire est consultée dans les mêmes conditions. »

La parole est à M. le rapporteur pour défendre l'amendement n° 33.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Par souci d'équilibre, votre commission a estimé souhaitable, à la demande de M. Souquet, d'introduire, à cet endroit du texte, le principe de la création d'un comité technique paritaire qui sera obligatoirement consulté sur le fonctionnement des services. Cette disposition était prévue à l'article 5 du projet de loi modifiant certaines dispositions du code de la santé publique que le Gouvernement pensait pouvoir faire voter plus rapidement que le projet de réforme hospitalière.

M. le président. La parole est à M. Souquet, auteur de l'amendement n° 3.

M. Marcel Souquet. Cet amendement a pour objet de préserver plus sûrement les droits du personnel hospitalier, la commission médicale consultative prévue dans le premier alinéa de l'article 8 n'ayant, me semble-t-il, comme attributions que l'organisation et le fonctionnement des services médicaux d'une manière générale.

M. le président. Monsieur Souquet, permettez-moi d'attirer votre attention sur un point de procédure.

Quand le Gouvernement aura fait connaître son avis sur l'amendement n° 33 de la commission, je le mettrai aux voix. S'il est adopté, votre amendement n° 3 deviendra caduc. J'aimerais donc savoir si vous vous ralliez à l'amendement de la commission, puisque les motivations des deux textes sont les mêmes.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je voudrais dire à M. Souquet que la rédaction retenue par la commission est de nature à répondre à ses très légitimes préoccupations.

Je lui demande donc simplement de retirer son amendement.

M. Marcel Souquet. Dans ces conditions, je retire mon amendement pour me rallier à celui de la commission.

M. le président. ... dont le dernier alinéa vous donne entière satisfaction.

L'amendement n° 3 est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 33 ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Nous avons inséré dans ce que nous appelons la « mini-loi hospitalière » un texte de cette nature. Personnellement, il m'est indifférent que cette disposition figure dans un texte ou dans un autre. Si vous estimez qu'elle doit être insérée dans la loi portant réforme hospitalière, je la supprimerai dans l'autre projet de loi.

Le Gouvernement accepte donc l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 33, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'article 8 est donc ainsi rédigé.

Mes chers collègues, voilà plus de trois heures que nous siégeons. Peut-être pourrions-nous suspendre notre séance pendant un quart d'heure. (Assentiment.)

J'informe le Sénat qu'il vient d'examiner quarante-neuf amendements en deux heures vingt et qu'il lui en reste quatre-vingt-un à discuter.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue le jeudi 5 novembre à zéro heure cinquante minutes, est reprise à une heure dix minutes.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 9.

M. le président. Nous en étions arrivés à l'article 9 du projet de loi portant réforme hospitalière.

J'en donne lecture :

« Art. 9. — Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

« 1° Des agents titulaires soumis aux dispositions du Livre IX du code de la santé publique ;

« 2° Le cas échéant, des agents contractuels ;

« 3° Des médecins et des biologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements. Dans le second cas, leur nomination ne peut être prononcée que pour des périodes de cinq ans renouvelables. Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi. »

Sur cet article, je suis saisi d'un amendement et de deux sous-amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

L'amendement, n° 34, est présenté par M. Blanchet, au nom de la commission et tend à rédiger ainsi cet article :

« Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

« 1° Des agents titulaires ou stagiaires soumis aux dispositions du livre IX du code de la santé publique ;

« 2° A titre exceptionnel ou temporaire, des agents contractuels ;

« 3° Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements.

« Dans le second cas, sauf démission des intéressés, leur nomination peut être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.

« Le conseil d'administration du centre hospitalier, agissant de sa propre initiative ou à la demande du médecin inspecteur régional de la santé, après audition de l'intéressé et avis de la commission médicale consultative, demande au préfet du département, par une délibération motivée, de mettre fin aux fonctions du praticien.

« Le préfet statue dans les trois mois de la saisine sur avis conforme d'une commission paritaire régionale dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

« L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un recours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite, devant une commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

« Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.

« Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi. »

Le premier sous-amendement n° 128 rectifié, est présenté par le Gouvernement et tend dans le texte proposé pour cet article par l'amendement n° 34 de la commission :

I. — Au quatrième alinéa, 3°, à supprimer les mots : « des pharmaciens » ;

II. — A insérer, après l'alinéa 3°, un nouvel alinéa 4°, ainsi rédigé : « 4° Des pharmaciens à temps partiel. » ;

III. — A rédiger comme suit le début du 5° alinéa : « En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la nomination des intéressés peut, sauf démission, être remise en cause dans les six mois... ».

Le deuxième sous-amendement, n° 129, présenté également par le Gouvernement, tend, à la fin du 7° alinéa du texte proposé pour l'article 9 par l'amendement n° 34 de la commission, à supprimer les mots : « sur avis conforme d'une commission paritaire régionale dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet article est certainement celui qui a provoqué le plus d'émotion et auquel la commission a consacré le plus de temps et le plus d'attention.

Il définit les catégories qui composent le personnel des établissements publics d'hospitalisation, à savoir : des agents titulaires, des agents contractuels, des médecins et des biologistes.

En ce qui concerne ces derniers, le texte prévoit des statuts différents selon que les praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements. Il précise dans le second cas que dans l'avenir, la nomination de ces personnels ne pourra être prononcée que pour des périodes de cinq années renouvelables.

Les médecins hospitaliers à temps partiel ont ressenti cette disposition comme une menace les mettant à la merci de l'autorité — le directeur de l'établissement, si l'on en juge d'après l'article 7 — dont dépend leur nomination.

Il convient tout d'abord de noter que cette disposition ne vise que certains hôpitaux de deuxième catégorie. En effet, depuis les ordonnances de 1958 et les décrets d'application de 1960, les services des centres hospitaliers régionaux, c'est-à-dire des grands hôpitaux liés aux unités d'enseignement et de recherche médicale, sont ou seront tous — théoriquement, tout au moins pendant quelques années encore — à temps plein : il n'y a plus de recrutement à temps partiel pour ces hôpitaux. Ces hôpitaux représentent les trois cinquièmes des hôpitaux français.

Pour ce qui concerne les hôpitaux de deuxième catégorie, premier groupe, le décret du 11 mars 1970 dans son article 34-1, paragraphe II, permet la transformation des postes à temps plein en des postes à temps partiel lorsque les besoins hospitaliers le justifient ; et ceci sans qu'il soit tenu compte de l'avis du médecin à temps partiel titulaire actuel du poste.

Le champ d'application dans l'avenir du recrutement des médecins à temps partiel dans les hôpitaux publics est donc limité à une fraction des hôpitaux de deuxième catégorie les moins importants par leur volume.

Lorsque votre commission a entendu les différents représentants des médecins des hôpitaux publics, ceux-ci lui ont fait part de leur vive opposition à ce texte. Je voudrais résumer leur argumentation.

La nomination de ces médecins par période de cinq ans renouvelable paraît une révolution, une atteinte aux droits acquis, à certains égards une injustice et, de plus, comporte un risque certain pour le recrutement de nos hôpitaux.

C'est une révolution car, jusqu'alors, les médecins chefs de service à temps partiel étaient nommés jusqu'à l'âge de la retraite et leurs manquements à la discipline étaient sanctionnés par des peines pécuniaires et disciplinaires d'ordre réglementaire.

C'est une atteinte inutile aux droits acquis puisque le décret du 11 mars 1970 donne la possibilité d'éliminer de son service un médecin à temps partiel qui n'accepterait pas le temps plein au cas où son service serait classé ainsi par l'administration.

A certains égards, c'est une injustice car on s'explique mal, alors que l'évolution sociale habituelle tend à offrir de plus en plus de garanties d'emploi aux individus, qu'après avoir promis aux attachés des hôpitaux une relative stabilité de l'emploi sous la forme d'une nomination renouvelée tous les cinq ans, on nivelle par la base la situation du chef de service dont il est alors permis de se demander, dans ces conditions nouvelles, quelle sera l'autorité sur l'équipe hospitalière.

C'est enfin par son retentissement psychologique un risque certain pour l'avenir de nos hôpitaux, et ce dernier point est probablement le plus insidieux et le plus dangereux de tous.

En proposant la nomination des médecins à temps partiel pour cinq ans, les auteurs du projet de loi pensent éviter ainsi une certaine concurrence qui s'établit parfois entre l'activité privée et l'activité hospitalière du médecin. En supposant une seconde qu'une telle modalité de nomination soit retenue dans l'avenir, peut-on imaginer quelle sera l'attitude d'un jeune médecin commençant son installation en ville, *a priori* pour sa vie entière, et nommé seulement pour cinq ans dans un hôpital ? Il est plus que vraisemblable qu'il mettra tous ses efforts à développer son cabinet en ville, sacrifiant pour cela délibérément l'hôpital dont il n'est pas un membre permanent, et il est possible même que, les cinq ans passés et sa situation en ville correctement assurée, ce soit le médecin qui démissionne de l'hôpital et non l'hôpital qui se débarrasse de lui.

Alors, le poste hospitalier à nouveau libre sera proposé au temps partiel à un autre jeune médecin. De deux choses l'une : ou celui-ci estimera que, pour des raisons démographiques, il a sa place en médecine de ville, et un nouveau cycle identique au premier recommencera, ou bien il estimera n'avoir aucune chance de faire une carrière suffisante en ville et ce n'est pas un poste à temps partiel de l'hôpital qui pourrait l'attirer.

Il convient de ne pas oublier que le problème se situe au niveau d'un petit hôpital d'une petite ville dans laquelle les notions de concurrence sont beaucoup plus limitées que pour un hôpital important, et l'expansion démographique en général aussi beaucoup plus limitée que dans les grandes villes. Il resterait, bien sûr, pour sortir de cette situation, à classer le service au temps plein et à chercher le médecin acceptant le temps plein dans un service non équipé pour cela et dont l'activité sera vraisemblablement insuffisante pour l'occuper intégralement.

De ce fait, il est probable que les candidatures seront rares et le fait des médecins les moins dynamiques.

Votre commission est bien consciente de l'évidente nécessité qui impose peu à peu le temps plein dans certains services hospitaliers. Mais elle ne peut oublier que la plupart des hôpitaux de province ne vivent que grâce à la présence et au dévouement des médecins chefs de service à temps partiel. Il est regrettable que ce projet de loi, dont l'un des objectifs est justement d'associer plus étroitement le corps médical hospitalier à la vie des établissements ait provoqué — à cause surtout de cet article 9 — un profond malaise chez les médecins hospitaliers à temps partiel qui ont eu l'impression que leur rôle était remis en question.

Il est bien évident que, dans ces conditions, votre commission a apporté un soin tout particulier à l'examen de cet article et a cherché une solution qui concilie tout à la fois le nécessaire exercice de la médecine à temps partiel et la saine gestion des services hospitaliers. Elle vous propose un texte qui paraît sur l'essentiel recueillir l'approbation du Gouvernement et des médecins concernés. Il prévoit que les médecins à temps partiel sont nommés jusqu'à l'âge de la retraite mais que leur situation est susceptible d'être remise en question à la fin de chaque période quinquennale. Cette mesure est assortie de garanties et de possibilités d'appel qui mettent le médecin à l'abri de toute cabale arbitraire.

Par ailleurs, demeurera, dans les cas de faute grave, la faculté de recourir aux procédures disciplinaires.

Nous espérons que le texte que nous vous proposons atteindra cet objectif.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Cet article 9 a donné lieu à un très long et très ample débat et il a provoqué chez les médecins à temps partiel une vive émotion dont je me suis fait l'écho du haut de cette tribune. Je remercie la commission qui, après avoir pris des contacts avec les intéressés eux-mêmes, c'est-à-dire avec le syndicat des médecins à temps partiel, vous propose une nouvelle rédaction pour l'article 9.

J'indique tout de suite que mes préoccupations rejoignent celles que vient d'exprimer M. le rapporteur. Il est bien certain qu'une carrière doit être assurée aux médecins à temps partiel qui pourront ainsi, comme les médecins à temps plein, être nommés jusqu'à l'âge de la retraite. Ils n'auront donc pas la crainte de ne pouvoir faire carrière. C'est une idée que j'accepte.

Par ailleurs, la commission administrative pourra, dans un certain nombre de cas limités, remettre en cause la nomination de médecins. Mais cela sera entouré de sérieuses garanties de procédure : la commission administrative délibérera, elle entendra l'intéressé — ce qui est bien normal — le préfet statuera et une commission paritaire nationale arbitrera. C'est là aussi une idée que j'accepte. Je suis donc favorable à l'amendement tel qu'il est proposé par la commission et qui modifie heureusement l'article 9 du projet.

Cependant, je voudrais formuler deux réserves qui font l'objet des sous-amendements que j'ai déposés et que je laisse à votre libre appréciation.

Vous indiquez dans votre amendement que, le conseil d'administration s'étant saisi de l'affaire, après avis de la commission médicale consultative, c'est le préfet, autorité de tutelle normale, qui prend la décision, sous réserve de la commission d'appel. Vous ajoutez que le préfet statue « sur avis conforme d'une commission paritaire régionale ». Je pose alors la question : faut-il, dans le cas où un médecin serait mis en cause par la commission administrative, celle-ci ayant délibéré et le préfet ayant statué, instaurer une commission au niveau régional qui confrontera l'individu à tous les problèmes le concernant alors que la commission nationale peut se prononcer ?

Je me demande si on rendra service à ce médecin et si on ne va pas, par cette commission paritaire régionale, transférer au niveau régional les conflits qui devraient être tranchés à l'échelon national.

Le sous-amendement n° 129 que j'ai déposé tend donc à supprimer les mots : « sur avis conforme d'une commission paritaire régionale dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat ». Mais, encore une fois, je m'en remets sur ce point à l'appréciation du Sénat.

J'en viens à ma seconde réserve. Dans l'amendement n° 34, il est indiqué, à l'alinéa 3° : « 3° Des médecins, des biologistes, des pharmaciens... ». Je vous propose, par le sous-amendement n° 128 rectifié, de supprimer les mots : « des pharmaciens ». En effet, le statut des pharmaciens résidents, qui est actuellement soumis aux dispositions du Livre IX du code de la santé publique, doit être prochainement amélioré. Il n'est donc pas souhaitable de le soustraire à leur statut actuel pour les classer dans les mêmes catégories que les médecins ou les odontologistes.

De plus, le corps médical et les odontologistes sont rémunérés par prélèvement sur les masses d'honoraires correspondant aux actes effectués et les modalités de la rémunération ne peuvent être appliquées aux pharmaciens des hôpitaux publics qui ne sont pas, comme vous le savez, rémunérés à la masse.

L'argumentation peut être reprise pour les pharmaciens gérants à temps partiel qui ne sauraient figurer dans la même catégorie que les médecins et les odontologistes. Ils ne sont pas soumis aux dispositions du livre IX du code de la santé publique mais leur situation, du point de vue envisagé, ne peut être séparée de celle des pharmaciens résidents à temps plein.

Tel est l'objet des sous-amendements n° 128 rectifié et 129 que j'ai déposés.

En d'autres termes, j'accepte l'article 9 tel que le propose la commission, mais je sou mets à vos réflexions les deux sous-amendements dont je viens de développer l'économie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les sous-amendements n° 128 rectifié et 129 ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte le sous-amendement n° 128 rectifié car il règle, dans le sens souhaité, la situation des pharmaciens. En ce qui concerne leur activité à temps partiel ils sont assimilés aux médecins.

En revanche, elle souhaite que la situation des médecins à temps partiel soit réglée sur le plan régional et non sur le plan national, comme le laisse supposer le sous-amendement n° 129 présenté par le Gouvernement.

M. le président. Vous vous opposez donc au sous-amendement n° 129 ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix le sous-amendement n° 128 rectifié, accepté par la commission.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?... Je mets maintenant aux voix le sous-amendement n° 129, repoussé par la commission.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je demande la parole.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le sixième alinéa de l'amendement n° 34 se termine par les mots : « de mettre fin aux fonctions du praticien ». Le terme « praticien » est impropre pour les pharmaciens. Il me paraît donc préférable d'indiquer : « de mettre fin aux fonctions de l'intéressé ».

M. le président. La commission accepte-t-elle cette modification ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'ensemble de l'amendement n° 34, modifié. (L'amendement est adopté.)

M. le président. L'article 9 est donc ainsi rédigé.

Article 9 bis (nouveau).

M. le président. Par amendement n° 112, M. Taittinger propose d'insérer un article additionnel 9 bis (nouveau) ainsi rédigé :

« Les personnels médicaux des établissements nationaux de bienfaisance à caractère hospitalier situés dans une ville siège d'unités d'enseignement et de recherches médicales, ou de C. H. U. ou de faculté de médecine, seront intégrés dans le cadre des personnels hospitalo-universitaires suivant les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat. »

Sur cet amendement, je suis saisi d'un sous-amendement n° 122, présenté par M. Blanchet, au nom de la commission, qui tend, dans le texte proposé par l'amendement n° 112, à remplacer les mots : « seront intégrés », par les mots : « pourront être intégrés après inscription sur la liste d'aptitude ».

La parole est à M. Taittinger, pour défendre son amendement.

M. Pierre-Christian Taittinger. Mon texte n'appelle aucun commentaire, monsieur le président ; il se suffit à lui-même.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour défendre le sous-amendement n° 122.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission est bienfaisance à caractère hospitalier situés dans une ville siège été expliqué, essentiellement le centre national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts. La qualité des soins qui y sont donnés me dispense d'un long commentaire et justifie amplement, je pense, notre souhait de voir accorder à son personnel médical la possibilité de participer à l'enseignement universitaire.

Quant au sous-amendement n° 122, la commission l'a présenté à la demande de M. Henriot.

M. Lucien Grand, président de la commission. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Lucien Grand, président de la commission. Il s'agit d'un problème de qualification, car il faudrait tout de même ne pas inscrire tous ceux qui sont actuellement aux Quinze-Vingts. Nous ne les connaissons pas ; il faut qu'ils soient inscrits sur une liste d'aptitude.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement les accepte.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix le sous-amendement n° 122.
(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Quelqu'un demande-t-il la parole ?...
Je mets aux voix l'amendement n° 112, ainsi modifié.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. Ce texte constitue un article additionnel 9 bis nouveau qui est donc inséré dans le projet de loi.

Article 10.

M. le président. « Art. 10. — Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles les médecins et les sages-femmes qui résident dans un secteur d'action sanitaire peuvent être admis à participer, dans les établissements d'hospitalisation publics de ce secteur et sous l'autorité des chefs des services de ces établissements, aux soins dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation. »

Par amendement n° 102, M. Jean Colin propose de supprimer cet article.

La parole est à M. Jean Colin.

M. Jean Colin. Monsieur le président, je sais bien que sur ce problème un long débat s'est instauré au sein de notre commission des affaires sociales qui a finalement maintenu le texte légèrement modifié. Cependant je crois que tel qu'il a été amendé il présente encore de graves dangers.

Bien sûr, dans son principe l'idée paraît excellente ; elle consiste à permettre aux médecins qui ne sont pas des médecins hospitaliers mais des médecins de ville, des médecins traitants de pouvoir être intégrés, de s'intéresser à la vie de l'hôpital. C'est une situation qui n'est pas tellement courante ; il y a donc avantage à la favoriser. Mais la rédaction m'inquiète beaucoup quant aux conséquences qui peuvent en résulter pour le malade.

En effet, lorsqu'un malade est admis à l'hôpital il y aura à mon avis dualité de responsabilités et cela est fort dangereux. D'une part, le médecin hospitalier chef de service conserve la responsabilité de son service et a le droit à ce titre, comme cela est normal, de prescrire des soins. Selon le texte de l'article 10 le médecin traitant qui a accès à l'hôpital a, lui aussi, le droit de prescrire des soins.

On peut imaginer facilement le cas, qui ne sera peut-être pas fréquent, mais qui peut toujours se présenter, où il y aura dualité de prescriptions ou oppositions de prescriptions entre le médecin traitant et le médecin chef de service. On peut concevoir à la limite — car nous sommes tous mortels — que le malade meure et cela simplement parce qu'il était atteint d'une affection incurable. Les responsabilités qui pourront être mises en cause à cet égard et les difficultés qui en résulteront pour l'hôpital, pour le médecin traitant et le médecin chef de service m'amènent à penser qu'il ne faut pas aller au devant de situations très dangereuses et quasi inextricables.

Sans doute l'idée d'admettre la blouse blanche à l'hôpital, comme on l'a dit sous une forme ramassée, est-elle bonne. Tout de même, au stade de l'application de très graves difficultés surgiront.

C'est pourquoi je demande la suppression de l'article.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission a longuement hésité sur la position à prendre à l'égard de cet article, mais elle en a finalement adopté le principe et, dans ces conditions, elle vous demande de rejeter l'amendement de M. Colin.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement est pour cette blouse blanche à l'hôpital. Les médecins la demandent, en particulier les médecins traitants.

Il n'est pas question d'instaurer une autre autorité que celle du chef de service et celui-ci n'autorisera pas un médecin à prescrire un traitement parallèle. Je crois que cette mesure imposera un certain rodage, mais je tiens beaucoup à cet article, ainsi que tous les médecins d'ailleurs ; je le crois pour les avoir consultés.

Je vous demande donc de rejeter l'amendement n° 102.

M. Jacques Henriot. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Henriot pour répondre au Gouvernement.

M. Jacques Henriot. Je ne veux pas contredire M. le ministre, mais les médecins peuvent déjà entrer à l'hôpital pour voir le médecin hospitalier et leurs malades sans qu'il soit nécessaire de recourir à une telle disposition.

Je voudrais préciser que l'hôpital est responsable des incidents ou des accidents dont les malades peuvent se plaindre et, comme l'a dit M. Colin, il y aura vraisemblablement des conflits entre le médecin hospitalier et le médecin praticien. Et cela peut arriver. Tous les hospitaliers n'ont pas bon caractère et tous les praticiens non plus. Quant à moi, je connais des cas — j'ai quand même quarante-huit années de vie hospitalière, permettez-moi de vous le dire — et j'ai la preuve qu'il y aura des conflits, peut-être même graves, si le médecin praticien, malgré l'apparence de légitimité d'une simple visite à son malade, se mêle de donner un avis, de critiquer tel médicament, telle intervention.

Que l'on m'excuse de me désolidariser de la commission des affaires sociales, où nous avons parlé longuement de cet article, mais je voterai très volontiers l'amendement de M. Colin.

M. le président. Monsieur Colin, maintenez-vous votre amendement ?

M. Jean Colin. La caution de M. Henriot m'est extrêmement précieuse. Je maintiens donc mon amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 102, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 105, le Gouvernement propose de rédiger comme suit le début de cet article :

« Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles les médecins et les sages-femmes peuvent être admis à participer... »

La parole est à M. le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Il est apparu au Gouvernement que cette partie de l'article pouvait être supprimée.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Nous ne sommes pas du même avis : il ne faut pas prendre des médecins résidant hors du secteur.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 105 du Gouvernement, repoussé par la commission.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 35, M. Blanchet, au nom de la commission, propose après les mots : « peuvent être admis à participer », d'ajouter les mots : « à titre bénévole ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Nous avons estimé qu'il était préférable de préciser que l'intervention du médecin ou de la sage-femme devait être bénévole.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 35, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Quelqu'un demande-t-il la parole ?...

Je mets aux voix l'article 10, ainsi modifié.

(L'article 10 est adopté.)

Article 11.

M. le président. « Art. 11. — Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité, dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé, sont fixées par voie réglementaire. »

Par amendement n° 36, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. L'objet de cet article a été défini dans l'exposé des motifs du projet de loi portant réforme hospitalière qui précise à ce sujet :

« Il est apparu nécessaire de prévoir la possibilité d'établir des règles spéciales pour certains services ou organismes hospitaliers publics de très haute technicité, tant pour éviter leur

développement anarchique que pour faciliter leur fonctionnement sans que certains frais correspondant à des techniques de pointe en voie d'élaboration pèsent exagérément sur les organismes de sécurité sociale. »

A une question de votre commission lui demandant si l'on pourrait imposer l'implantation de services de haute technicité, le ministre nous a répondu :

« La création de tels services ne peut être exactement appréciée qu'à l'échelon national ; il appartiendra donc au seul ministre de la santé publique et de la sécurité sociale d'en décider, sans pour autant créer une entité juridique indépendante du centre hospitalier régional dans lequel le service de haute technicité doit être normalement intégré. »

« La création de ces services relèvera donc de l'initiative du ministre qui fixera en outre leurs structures internes. »

« Pour éviter, ainsi qu'il a été dit précédemment, un alourdissement des charges de la sécurité sociale dû à ces créations, des crédits spéciaux qui figureront au budget du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale leur seront affectés pour leur installation et leur fonctionnement. »

« Par ailleurs, pour chaque service ainsi créé sera constitué un « comité de coordination » dans lequel siégeront le chef de service, les présidents des unités d'enseignement et de recherche concernés, ou leurs représentants, un représentant de l'institut national de la santé et de la recherche médicale, dans la mesure où cet organisme sera associé aux activités du service des représentants de l'administration hospitalière. »

Le comité de coordination examinera tous les problèmes administratifs et financiers que pourra poser le fonctionnement du service de haute technicité.

Votre commission a accepté le principe de cet article, mais a estimé qu'il trouverait mieux sa place après l'article 41, dans le chapitre III concernant l'équipement sanitaire, cette modification de l'emplacement de l'article permettant de lui donner application aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement l'accepte.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix l'amendement n° 36, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 11 est supprimé.

Article 12.

M. le président. « Art. 12. — A titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer les services créés avant la promulgation de la présente loi qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier défini à l'article premier ci-dessus. » — (Adopté.)

Article 13.

SECTION III

Des groupements interhospitaliers et des syndicats interhospitaliers.

M. le président. « Art. 13. — Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 4 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale. »

« Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie. »

« Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 40 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 42 de la présente loi. »

Par amendement n° 106 rectifié, le Gouvernement propose de rédiger comme suit le début du troisième alinéa de cet article :

« Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur ou de région sont obligatoirement consultés... »

La parole est à M. le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Cet amendement tend à réparer une omission. Nous avions oublié de parler de la « région » à propos des groupements interhospitaliers.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission l'accepte.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 106 rectifié, présenté par le Gouvernement et accepté par la commission.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 76, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, au troisième alinéa de cet article, après les mots : « obligatoirement consultés », d'ajouter les mots : « par le conseil de secteur ou de région ».

La parole est à M. Viron.

M. Hector Viron. Cet amendement est lié à l'adoption de l'article 40 auquel nous proposerons une modification.

M. le président. Il y a donc lieu de réserver l'article 13 et l'amendement n° 76 jusqu'à l'examen de l'article 40.

Il n'y a pas d'opposition ?...

Il en est ainsi décidé.

Article 14.

M. le président. « Art. 14. — Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont composés de représentants de chacun des établissements compte tenu de l'importance de ces derniers. Ils élisent leur président. »

Par amendement n° 37, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* cet article par les mots suivants : « ... parmi leurs membres. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Nous estimons cette précision nécessaire.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix l'amendement n° 37, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 107, le Gouvernement propose d'ajouter à l'article 14 un deuxième alinéa ainsi rédigé : « Les conseils des groupements interhospitaliers de région sont composés de représentants de chacun des groupements interhospitaliers de secteur, compte tenu de l'importance de ce dernier. Ils élisent leur président. »

Par sous-amendement n° 123 à l'amendement n° 107 du Gouvernement, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* le texte proposé par l'amendement n° 107 par les mots suivants : « parmi leurs membres ».

La parole est à M. le ministre pour défendre son amendement.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Cet amendement a pour objet de réparer un oubli.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour défendre son sous-amendement.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Notre sous-amendement est identique au texte présenté à l'article 13, qui a été réservé. Cela dit, nous acceptons l'amendement du Gouvernement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte le sous-amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix le sous-amendement n° 123, accepté par le Gouvernement.

(Ce texte est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 107 ainsi complété.

(L'amendement n° 107 est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 14, ainsi modifié.
(L'article 14 est adopté.)

Article 15.

M. le président. « Art. 15. — Les syndicats interhospitaliers prévus à l'article 4 de la présente loi sont des établissements publics dont la création est autorisée par arrêté préfectoral. »

« Un syndicat interhospitalier peut être créé dans un secteur d'action sanitaire entre deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier sur demande de ces établissements. »

« Un syndicat interhospitalier peut être créé dans une région d'action sanitaire entre le centre hospitalier régional et soit un ou plusieurs syndicats interhospitaliers de secteur, soit un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande des organismes intéressés.

« Tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier du secteur auquel il appartient. Tout syndicat interhospitalier de secteur et tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier de la région à laquelle il appartient. » — (Adopté.)

Article 16.

M. le président. « Art. 16. — Les syndicats interhospitaliers sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la santé publique.

« Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie compte tenu de l'importance de ces établissements. Il élit son président. »

Par amendement n° 38, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter le premier alinéa de cet article par les dispositions suivantes :

« ... et choisi par celui-ci sur une liste établie par le conseil d'administration. »

Par un sous-amendement n° 131, le Gouvernement propose de compléter *in fine* comme suit le texte proposé par l'amendement n° 38 de la commission :

« ... après avis du président du conseil d'administration du syndicat. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il nous a paru préférable de préciser que les secrétaires généraux, nommés par le ministre, seraient choisis par lui sur des listes de présentation établies par les conseils d'administration. Ceci évitera tout risque de heurts.

Le ministre nous a indiqué que ces secrétaires généraux seraient choisis dans les cadres hospitaliers. Dans un premier temps, il est prévu de les désigner parmi les directeurs des établissements faisant partie du syndicat.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement et retire son texte.

M. le président. Le sous-amendement n° 131 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 38, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 39, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* ce même article 16 par les dispositions suivantes :

« ... parmi ses membres. Les directeurs de chacun des établissements assistent au conseil d'administration, avec voix consultative. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet amendement précise tout d'abord que le président doit être choisi parmi les membres du conseil d'administration. Il prévoit, ensuite, que les directeurs de chacun des établissements membres du syndicat assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil du syndicat. Ce sont, en effet, les directeurs qui pourront le mieux, dans la plupart des cas, apporter au conseil les éléments d'information indispensables.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 39, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 16 ainsi modifié. (L'article 16 est adopté.)

Article 17.

M. le président. « Art. 17. — Les syndicats interhospitaliers de secteur et les syndicats interhospitaliers régionaux peuvent exercer toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :

« 1° La création et la gestion de services communs aux établissements qui en font partie ;

« 2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel pour le compte des établissements qui en font partie ;

« 3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement pour le compte des établissements qui en font partie ;

« 4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement des établissements qui en font partie en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;

« 5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipement obtenues par les établissements qui en font partie ;

« 6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires du secteur ou de la région. »

Je suis saisi de trois amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 115, présenté par le Gouvernement, tend à rédiger comme suit cet article :

« Les syndicats interhospitaliers de secteur et les syndicats interhospitaliers régionaux peuvent exercer pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :

« 1° La création et la gestion de services communs ;

« 2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;

« 3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;

« 4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;

« 5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par ces établissements.

« Les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie. »

Le second, n° 40, présenté par M. Blanchet au nom de la commission, tend, au premier alinéa de cet article, après les mots : « peuvent exercer », d'ajouter les mots : « pour le compte de ceux de leurs membres qui en feront la demande ».

Le troisième, n° 7, présenté par M. Georges Portmann, propose, à l'alinéa 2° de cet article, de remplacer les mots : « des établissements qui en font partie », par les mots : « des établissements assurant le service public hospitalier ».

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 115.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. La nouvelle rédaction que nous proposons a pour but d'assurer que l'établissement entré dans un syndicat pour exercer un certain objet ne risque pas de se voir entraîner, contre sa volonté, à exercer des attributions qu'il ne souhaite pas. C'est ce que prévoit le dernier paragraphe.

Par ailleurs, dans le deuxième alinéa, les mots « tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux qui en font la demande » ont pour but de permettre une extension du syndicat sans que celle-ci concerne obligatoirement tous les établissements. Par exemple, cinq établissements se sont réunis pour créer une école d'infirmières. Les cinq établissements auront la possibilité conjointement de déclarer que le syndicat pourra créer également une buanderie qui n'intéresse que trois d'entre eux. Dans ce cas les trois établissements concernés participeront seuls aux charges de la buanderie.

M. le président. Je donne la parole à M. Blanchet pour faire connaître l'avis de la commission sur l'amendement n° 115 et pour défendre son amendement n° 40.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. L'amendement du Gouvernement et le nôtre vont dans le même sens. Lorsque votre commission avait étudié l'article, elle s'était inquiétée, je vous l'ai dit, la rédaction lui paraissant permettre aux syndicats interhospitaliers d'imposer à leurs membres, de par la règle majoritaire, des actions graves et éventuellement catastrophiques pour leurs finances ; elle vous avait donc proposé l'amendement n° 40 mais le Gouvernement a, depuis, reconnu que nos craintes étaient fondées et a proposé un amendement dont la rédaction nous paraît meilleure que la nôtre. Nous l'acceptons donc et nous retirons notre amendement.

M. le président. L'amendement n° 40 est retiré.

M. Portmann, auteur de l'amendement n° 7, n'est-il pas également satisfait par la rédaction de l'article 115 ?

M. François Schleiter. Je demande la parole.

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

M. François Schleiter. Monsieur le président, le professeur Portmann m'a demandé de soutenir son amendement dont l'objet est précisé dans l'exposé des motifs. Il souhaite que les établissements ne soient pas contraints à adhérer à un syndicat qui ne soit pas à leur convenance. Si M. le ministre lui donne cette assurance, je suis autorisé à retirer cet amendement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Vous avez tout à fait satisfaction en vertu de l'article 17 puisqu'il est dit que les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie. Or, il y a des établissements privés qui ont des écoles d'infirmières et il n'est pas question de les leur retirer.

M. François Schleiter. Ils ne sont pas obligés d'adhérer à un syndicat qui ne leur conviendrait pas !

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Non, assurément !

M. François Schleiter. Dans ces conditions, au nom du professeur Portmann, je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 7 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 115.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17, ainsi modifié.

(L'article 17 est adopté.)

Article 18.

M. le président. « Art. 18. — Sous réserve des dispositions de l'article 16, les articles 5 à 9 de la présente loi sont applicables aux syndicats interhospitaliers. »

Par amendement n° 41, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission, qui n'a pas très bien saisi la portée exacte de cet article, en suggère la disjonction. Elle est prête à revenir sur cette proposition si des précisions lui sont apportées en ce qui concerne celles des dispositions des articles 5 à 9 qui seraient applicables aux syndicats interhospitaliers.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Cet article 18, dont votre commission propose la suppression, prévoit que sont valables pour les syndicats un certain nombre de dispositions qui sont prévues pour les établissements, en particulier en ce qui concerne la création, la tutelle, les pouvoirs respectifs des conseils d'administration et du secrétaire général, l'existence d'une commission consultative syndicale. Si l'on veut le supprimer, il faudra réinsérer dans la loi des articles spéciaux prévoyant expressément ces dispositions.

M. le président. La commission maintient-elle son amendement ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Elle le retire.

M. le président. L'amendement n° 41 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article 18.

(L'article 18 est adopté.)

Articles 19 à 21.

M. le président. « Art. 19. — Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté préfectoral. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat interhospitalier.

« Après transfert des installations les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat. » — (Adopté.)

« Art. 20. — Lorsque tous les établissements faisant partie d'un groupement interhospitalier de secteur adhèrent au syndicat interhospitalier créé dans ce secteur, le conseil du groupement est automatiquement dissous et ses attributions sont transférées de plein droit au conseil d'administration du syndicat.

« Il en va de même pour le conseil d'un groupement interhospitalier régional lorsque tous les établissements qui en font partie adhèrent soit directement, soit par l'intermédiaire d'un syndicat interhospitalier de secteur, au syndicat interhospitalier régional. » — (Adopté.)

« Art. 21. — Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée à but non lucratif, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.

« Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.

« L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral sur avis conforme du conseil du groupement ou du conseil d'administration du syndicat intéressé. » — (Adopté.)

Article 22.

M. le président. « Art. 22. — Un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier avec le consentement du conseil d'administration de ce syndicat. Celui-ci fixe en accord avec le conseil d'administration de l'établissement intéressé les conditions dans lesquelles s'opère le retrait.

« Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par arrêté préfectoral. »

Par amendement n° 42, M. Blanchet, au nom de la commission, propose au premier alinéa de cet article, après les mots : « le consentement », d'ajouter les mots : « d'un tiers au moins des membres ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission retire son amendement, compte tenu de l'adoption par le Sénat de l'article 17.

M. le président. L'amendement n° 42 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article 22.

(L'article 22 est adopté.)

Article 23.

SECTION IV

De la participation du service public hospitalier à l'enseignement médical.

M. le président. « Art. 23. — Dans le cadre des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, les unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques, ou les universités qui agissent en leur nom, et les centres hospitaliers régionaux peuvent conclure conjointement des conventions avec les syndicats interhospitaliers. »

Par amendement n° 43, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* cet article par les dispositions suivantes :

« ... ou avec des établissements du groupement interhospitalier s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet article ouvre la possibilité de faire participer tous les établissements du service public hospitalier aux tâches d'enseignement. Les difficultés rencontrées pour procurer à tous les étudiants en médecine les moyens d'observation clinique dans les seuls établissements hospitaliers et universitaires ont amené les rédacteurs du projet de loi à vous proposer d'autoriser la formation des personnels médicaux dans d'autres établissements hospitaliers que les centres hospitalo-universitaires.

Cela se fera par le biais de conventions à intervenir entre, d'une part, les unités de recherche et d'enseignement (ou la faculté dont elles dépendent) et les C. H. U., et, d'autre part, les syndicats interhospitaliers qui pourront regrouper, bien entendu, des établissements privés.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 43 accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 23 ainsi complété.

(L'article 23 est adopté.)

Article 24.

M. le président. « Art. 24. — Lorsque l'association d'un ou plusieurs services d'un établissement hospitalier public ou d'un autre organisme public aux missions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établis-

sement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de le faire par décision conjointe du ministre chargé de la santé publique et du ministre de l'éducation nationale.

« Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention ; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'Etat. »

Par amendement n° 44, M. Blanchet, au nom de la commission, propose : I. — Au premier alinéa, de supprimer les mots : « ou d'un autre organisme public ».

II. — Au premier alinéa, de supprimer les mots : « ou organisme ».

III. — Au deuxième alinéa, de supprimer les mots : « ou à l'organisme ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il nous a paru nécessaire de préciser la compétence des autorités universitaires en matière de choix des disciplines enseignées et des nominations des professeurs.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement n'accepte pas cet amendement, parce que cet article est destiné à imposer dans les cas indispensables l'application des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance du 30 décembre 1958 sur la réforme de l'enseignement médical. Or l'article 6 prévoyait l'association possible, en plus des hôpitaux, d'organismes publics ou privés aux missions des centres hospitaliers universitaires. Les mots « organismes publics » peuvent recouvrir par exemple les dispensaires publics, qui ne sont pas des établissements, mais des services non personnalisés du département ou, exceptionnellement, de la commune.

M. le président. Maintenez-vous votre amendement, monsieur le rapporteur ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je le retire.

M. le président. L'amendement n° 44 est retiré.

Par amendement n° 45, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* cet article par un nouvel alinéa ainsi conçu :

« Le conseil de l'unité d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques ou le conseil de l'Université définit l'enseignement dispensé et désigne nominativement le personnel chargé de cet enseignement. »

Quel est l'avis du Gouvernement sur cet amendement ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Nous n'acceptons pas non plus cet amendement, car le conseil de l'université ne peut ni définir l'enseignement dispensé ni intervenir dans la désignation du personnel chargé de cet enseignement. La loi d'orientation, qui a réglé tout cela, ne peut être modifiée en séance publique. C'est la convention qui doit fixer les limites de cet enseignement et l'affectation du personnel est prononcée d'après le décret du 7 octobre 1967 par arrêté conjoint du ministre de la santé publique et du ministre de l'éducation nationale.

M. le président. La commission maintient-elle son amendement ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission le retire.

M. le président. L'amendement n° 45 est retiré.

Personne ne demande plus la parole sur l'article 24 ?

Je le mets aux voix.

(L'article 24 est adopté.)

Article 25.

M. le président. « Art. 25. — Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent, d'une part, des représentants du centre hospitalier régional et, le cas échéant, des syndicats hospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, d'autre part, des représentants des unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques.

« Un décret fixe les cas où l'avis du comité de coordination est requis. » — (Adopté.)

Article 26.

SECTION V

De la tenue des dossiers individuels de santé.

M. le président. « Art. 26. — Les modalités selon lesquelles sont tenus, dans chaque secteur d'action sanitaire, les dossiers individuels de santé de la population sont déterminées par des dispositions réglementaires.

« Ces dispositions précisent les conditions dans lesquelles les établissements de soins et les praticiens sont tenus de communiquer, dans le respect du secret médical, toutes indications en leur possession nécessaires à la constitution desdits dossiers.

« Ces derniers ne pourront être consultés que par un médecin et avec l'accord des patients ou de leurs ayants cause.

« Toute personne faisant l'objet d'une mention nominative portée sur un dossier de santé peut demander que ce dossier soit communiqué à un médecin de son choix. Elle peut contester l'exactitude des renseignements qui y sont portés. L'autorité chargée de la tenue du dossier doit opérer la rectification demandée ou la suppression du renseignement contesté, dans un délai de deux mois, si elle n'est pas en mesure de rapporter la preuve de l'exactitude de ces renseignements.

« Toute violation du secret professionnel entraîne l'application des peines prévues à l'article 378 du code pénal. »

Par amendement n° 119, M. Schleiter propose de rédiger comme suit cet article :

« Le plan comptable auquel sont soumis les établissements relevant du domaine hospitalier public devra être révisé et simplifié.

« La comptabilité de ces établissements devra être organisée de manière à distinguer et faire apparaître clairement les dépenses relevant du domaine de la gestion, celles concernant la recherche, d'une part, l'enseignement et la formation, d'autre part, qui devront constituer trois budgets distincts, s'ajoutant au budget des investissements.

« Le prix de journée devra faire l'objet d'une convention librement négociée avec les caisses maladie de la sécurité sociale, sous réserve, selon les cas, de l'approbation du préfet ou du ministre. Seules les dépenses de gestion devront demeurer à la charge des organismes de sécurité sociale ainsi que la part des dépenses d'investissement acceptée par eux.

« Les dépenses d'enseignement et de recherches devront être prises en charge soit par les ministères intéressés, soit par le budget social de la nation.

« Les budgets des établissements hospitaliers devront, en ce qui concerne les dépenses de gestion, présenter leurs comptes d'une manière qui distinguera clairement le prix de journée hôtelier, les frais de salle d'opération, les dépenses pharmaceutiques, les frais de laboratoire et ceux de radiologie.

« Dans le cadre de la gestion hospitalière, l'activité des chirurgiens et des médecins devra être rémunérée à l'acte. Les activités de ces mêmes praticiens concernant la recherche et l'enseignement seront rémunérées par un traitement forfaitaire.

« Des dispositions réglementaires, établies de concert avec les caisses de sécurité sociale et les organismes intéressés, prévoient les étapes et les mesures pratiques nécessaires pour réaliser la réforme financière et comptable définie au présent article. »

La parole est à M. Schleiter.

M. François Schleiter. Cet amendement est un peu abrupt, en ce sens qu'il supprime purement et simplement l'article relatif à la tenue des dossiers individuels de santé.

En effet, d'aucuns peuvent penser que des essais pratiques complémentaires auraient été souhaitables avant d'instituer une mesure qui peut apparaître comme redoutable.

Dans mon amendement, je propose en outre au Sénat de définir les mesures financières et comptables qui apparaissent nécessaires pour rendre la gestion des hôpitaux publics plus efficace, plus équilibrée, moins lourde pour la sécurité sociale.

Vous m'objecterez que mon ambition était grande, d'une part, d'aller contre le dossier individuel de santé, qui recueille certaines adhésions, même si, par ailleurs, il soulève des doutes et des appréhensions, d'autre part, de faire des propositions relatives à la comptabilité des hôpitaux publics.

Il n'est pas l'heure, d'autant que j'avais souhaité que la discussion soit poursuivie la semaine suivante, d'entreprendre un pareil débat, et je me contente de le verser au dossier à l'attention de l'Assemblée nationale.

M. le président. L'amendement n° 119 est donc retiré.

Par amendement n° 108, le Gouvernement propose de rédiger comme suit le début du premier alinéa de ce même article 26 : « Les modalités selon lesquelles sont tenus les dossiers individuels de santé... ».

La parole est à M. le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je demande la suppression des mots : « dans chaque secteur d'action sanitaire », car, en l'état actuel des études, il est prématuré de stipuler que les dossiers individuels de santé seront tenus au niveau du secteur ou à celui de la région.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 108, accepté par la commission.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 46, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, au troisième alinéa de ce même article 26, après les mots : « par un médecin », d'ajouter le mot : « traitant ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Certes, il paraît séduisant de rassembler les indications éparpillées qui concernent la santé de chaque individu, de sa naissance à sa mort, avec tous les accidents de parcours que comporte une vie. La technique de l'informatique, quasi miraculeuse dans ses possibilités, et parfois déconcertante, nous en donne le moyen, et l'on se sent partagé entre le désir de réaliser ces dossiers individuels, qui peuvent permettre de sauver des vies, et la gêne d'une immixtion dans la vie privée des êtres, dans ce qu'ils ont de plus intime, leur souffrance physique.

Comment pourra être préservé le secret médical si l'on songe à toutes ces inscriptions et à leurs transmissions de fichier en fichier dans chaque hôpital, puis au centre d'informatique rattaché au centre hospitalier régional, puis au fichier signalétique national, ce qui suppose qu'à partir de fiches archivées dans chaque hôpital un personnel qualifié, mais non médical, établisse de nouvelles fiches susceptibles, celles-ci, d'être codées ?

Quant au stade final, qui envisage l'adhésion des médecins praticiens au système de collecte des informations, nous craignons beaucoup que le mode de vie des médecins ne s'accommode assez mal de ces devoirs du soir !

Enfin, votre commission s'est préoccupée de savoir qui financerait une telle organisation, qui suppose beaucoup de personnels, dont certains très qualifiés, beaucoup de matériels extrêmement coûteux et un terminal d'ordinateur dans chaque hôpital. Le silence de M. le ministre sur ce point nous a beaucoup inquiétés. Il est une chose certaine pour l'unanimité des membres de votre commission, c'est qu'en aucun cas le prix de journée ne saurait en faire les frais.

Après bien des hésitations, votre commission a accepté le principe de la création de ces dossiers individuels de santé, mais elle a assorti l'article de trois amendements.

Ainsi, et c'est l'objet de l'amendement n° 46, votre commission estime que ces dossiers ne peuvent être consultés que par un médecin « traitant ». L'idée qu'ils pourraient l'être, même avec l'accord plus ou moins spontané des patients, par les médecins des compagnies d'assurance, pour servir de base à la fixation des primes, ou par les médecins du travail avant l'embauchage doit, en effet, être formellement écartée.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Il s'en remet à la sagesse du médecin traitant... (Sourires.)

M. le président. ...qui, ce soir, est le Sénat. (Nouveaux sourires.)

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 46, pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 47, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, au troisième alinéa de ce même article, *in fine*, de remplacer les mots : « ou de leurs ayants cause », par les mots : « ou, le cas échéant, celui de leur représentant légal ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il est bien évident que le patient doit donner son accord à cette consultation et que, dans certains cas — celui des mineurs, des interdits — son représentant légal doit pouvoir y consentir en son lieu et place. Mais nous ne pouvons pas accepter qu'un ayant cause,

par exemple un héritier en cas de contestation de la validité d'un testament, puisse avoir, lui ou son médecin, accès au dossier de la personne qui leur a transmis des droits, en général patrimoniaux. Aussi, vous proposons-nous de limiter cette faculté au représentant légal du patient.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Les mots « ayants cause » ont été introduit par le Conseil d'Etat après une longue discussion sur la question de savoir si des héritiers pourraient avoir intérêt à préserver la divulgation de renseignements figurant dans le dossier médical. Il pourrait en être ainsi, notamment, dans le cas d'un testament attaqué en invoquant l'état mental du testataire.

Par conséquent, défendant la thèse du Conseil d'Etat, je demande au Sénat de repousser cet amendement.

M. le président. L'amendement est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. L'introduction des mots « ayants cause » est dangereuse et c'est pourquoi je maintiens l'amendement, monsieur le président.

M. le président. Personne en demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 47, repoussé par le Gouvernement.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)

M. le président. Par amendement n° 48, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de supprimer le quatrième alinéa de ce même article 26.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La première phrase de l'alinéa : « Toute personne faisant l'objet d'une mention nominative portée sur un dossier de santé peut demander que ce dossier soit communiqué à un médecin de son choix » nous a paru mystérieuse. Qui peut être cette personne faisant l'objet d'une mention nominative, étant entendu qu'il ne s'agit pas du patient, visé lui à l'alinéa précédent ?

Il est absolument inopportun, si l'on veut que les indications portées dans ces dossiers aient une certaine valeur, par exemple dans le cas d'anxieux, que les patients en aient personnellement connaissance. Or, pour pouvoir contester l'inexactitude de certaines mentions, il est apparemment nécessaire qu'ils en soient informés.

Il est inconcevable que l'on puisse contester l'exactitude des mentions portées. Le contraire reviendrait à interdire aux médecins de livrer à ces dossiers des renseignements qui peuvent être très précieux. Et comment opérer la rectification longtemps après ?

Ces dispositions ont violemment heurté l'ensemble du corps médical dont l'émotion a été unanimement traduite par les délégations que nous avons reçues.

Ces observations justifient, nous semble-t-il, l'insistance avec laquelle votre commission unanime vous demande la suppression de cet alinéa.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte cet amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 48, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Il n'y a pas d'autre observation ?...

Je mets aux voix l'article 26, modifié.

(L'article 26 est adopté.)

Après l'article 26.

M. le président. Par amendement n° 120, M. Schleiter propose, avant l'article 27, d'insérer un article additionnel 27 A nouveau ainsi rédigé :

« Des dispositions seront prises, par voie réglementaire, pour que les divers établissements privés hospitaliers soient progressivement soumis aux règles suivantes :

« 1° Mêmes conditions techniques d'agrément — à spécialités et à caractéristiques égales — que l'hôpital public ;

« 2° Mêmes conditions de fonctionnement concernant la permanence pendant les congés, les permanences médicales de jour et de nuit, la prise en charge des urgences dans le cadre de la spécialité, l'admission des assurés sociaux et des bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite ;

« 3° Mêmes règles de détermination des prix de journée, qui devront faire l'objet — comme en matière d'hospitalisation publique — de convention librement débattue avec les organismes de sécurité sociale, sous réserve de l'approbation des autorités de tutelle ;

« 4° Droit à la recherche, à l'enseignement et à la formation du personnel, sous réserve de leur spécialité et dans les conditions fixées par les pouvoirs publics après avis des instances universitaires, médicales et sanitaires compétentes ;

« 5° Création subordonnée — comme pour les établissements publics — aux décisions des commissions régionales et nationale de la carte sanitaire et sociale, elles-mêmes soumises à l'approbation de l'autorité ministérielle. »

La parole est à M. Schleiter.

M. François Schleiter. Je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement est retiré.

Article 27.

CHAPITRE II

Des établissements privés.

SECTION I

Dispositions générales.

M. le président. « Art. 27. — Sont soumises à autorisation :

« 1° La création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ;

« 2° L'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 42 de la présente loi. »

Par amendement n° 78, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger comme suit le premier alinéa de cet article : « Sont soumises à autorisation, après avis du conseil national de santé ».

La parole est à M. Viron.

M. Hector Viron. Cet amendement est lié, lui aussi, à l'article 40, pour lequel nous proposons une autre formulation. Il doit donc être réservé.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

L'amendement n° 78 est donc réservé.

Par amendement n° 49, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* ce même article 27 par un nouvel alinéa ainsi conçu : « Le refus d'autorisation devra être motivé ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Actuellement, les refus d'autorisation doivent être motivés. En légalisant cette pratique, la commission veut permettre un contrôle juridictionnel des décisions de la commission régionale de l'hospitalisation, chargée par l'article 30 de donner l'autorisation.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte cet amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 49, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

L'article 27 et l'amendement n° 78 sont réservés jusqu'à l'examen de l'article 40.

Article 28.

M. le président. « Art. 28. — L'autorisation prévue à l'article 27 ci-dessus est donnée avant le début des travaux ou l'installation de l'équipement matériel.

« Elle vaut, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 272 du code de la sécurité sociale. »

Par amendement n° 79, MM. Gaudon, Aubry, Viron, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger comme suit le début de premier alinéa de cet article :

« L'autorisation prévue à l'article 27 ci-dessus ainsi que l'autorisation de fonctionnement sont données... »

La parole est à M. Gaudon.

M. Roger Gaudon. Nous demandons que cet amendement soit, lui aussi, réservé jusqu'à l'examen de l'article 40.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

L'amendement n° 79 est réservé.

Par amendement, n° 50, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit le début du deuxième alinéa de

ce même article 28 : « Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner et, sauf mention contraire, ... ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. L'étude des articles 28 à 32 a amené votre commission des affaires sociales à vous demander de compléter cet article par une disposition nouvelle. Un examen approfondi lui a permis de constater qu'en réalité trois autorisations étaient susceptibles d'être sollicitées par les établissements : premièrement, l'autorisation d'ouvrir ou d'agrandir un établissement de soins ; deuxièmement, l'autorisation de fonctionner, c'est-à-dire de recevoir des malades et de leur donner des soins intégralement à leurs frais ; troisièmement, l'autorisation de recevoir des assurés sociaux, ces derniers étant alors admis à présenter une demande de remboursement au tarif de responsabilité.

Enfin, les établissements de soins peuvent passer une convention avec les organismes de sécurité sociale. Dans ce cas, les assurés sociaux sont remboursés au tarif conventionnel et peuvent être dispensés de faire l'avance des frais d'hospitalisation, c'est le tiers payant.

Cette distinction essentielle n'apparaît pas à la lecture des différents articles où, faute de référence, l'autorisation de donner des soins aux assurés sociaux peut être confondue avec celle d'ouvrir l'établissement ou encore avec celle de le faire fonctionner.

Dans un souci de clarté, votre commission vous propose donc une série d'amendements, dont le premier se situe à l'article 28 et consiste simplement à prévoir que l'autorisation d'ouvrir ou d'agrandir un établissement de soins vaut, d'une part, de plein droit, autorisation de fonctionner et, d'autre part, mais cette fois avec possibilité de mention contraire, autorisation de dispenser les soins aux assurés sociaux.

Ainsi, la commission de l'hospitalisation, saisie d'une demande émanant d'un établissement de soins de luxe, pourra donner l'autorisation de créer et de faire fonctionner l'établissement, mais lui refuser la prise en charge, même au tarif de responsabilité, de ses patients par la sécurité sociale.

Votre commission des affaires sociales souhaite que cette mention contraire ne soit pas utilisée d'une façon systématique, obligeant ainsi les promoteurs à différer leur demande jusqu'à la conclusion d'une éventuelle convention avec la sécurité sociale ou d'un accord d'association avec le service public.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 50, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je rappelle que l'amendement n° 79 et le vote sur l'ensemble de l'article 28 sont réservés jusqu'après examen de l'article 40.

Article 29.

M. le président. « Art. 29. — L'autorisation est accordée si l'opération envisagée :

« 1° Répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 40, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;

« 2° Est conforme aux normes, définies par décret, portant notamment sur la qualification des personnels.

« L'autorisation peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique ou à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un accord d'association au fonctionnement du service public hospitalier selon les modalités prévues à l'article 39 de la présente loi.

« En outre, l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée ou retirée lorsque le prix prévu pour le fonctionnement du service est excessif. »

Par amendement n° 51, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit l'alinéa 2 de cet article :

« 2° Est conforme aux normes, définies par décret, et est assortie de l'engagement de respecter la réglementation relative à la qualification des personnels. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. L'alinéa 2° n'a pas paru pouvoir être appliqué dans la pratique. Cet alinéa prévoit que pour être autorisée, l'opération projetée doit être conforme aux normes définies par décret, notamment en ce qui concerne la qualification des personnels.

Si au moment du dépôt de la demande il est possible d'apprécier la concordance du projet avec les normes techniques concer-

nant les locaux et le matériel, il n'en va pas de même en ce qui concerne la qualification des personnels. Il a donc semblé plus réaliste à votre commission de subordonner l'autorisation à l'engagement pris par le promoteur de respecter, après l'ouverture de l'établissement, les normes visant la qualification et les effectifs du personnel.

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

M. Robert boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement n'est pas opposé à cet amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 51, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 52, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de remplacer le dernier alinéa de l'article par les dispositions suivantes :

« L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être :

« — refusée ou retirée lorsque le prix prévu ou pratiqué pour le fonctionnement du service est excessif ;

« — retirée lorsque le prix pratiqué par l'établissement ne correspond pas à celui convenu dans la convention passée entre l'établissement et une caisse d'assurance maladie. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission a décidé de vous proposer une disposition nouvelle qui confirme la possibilité de retirer cette autorisation de recevoir des assurés sociaux dans le cas où l'établissement ne respecte pas le prix prévu dans la convention passée avec la sécurité sociale. Dans cette hypothèse, l'établissement peut continuer à fonctionner, mais en privant tous les utilisateurs des remboursements des frais par la sécurité sociale au tarif de responsabilité.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 52, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 29, modifié.

(L'article 29 est adopté.)

Article 30.

M. le président. « Art. 30. — L'autorisation est donnée par le préfet de région après avis d'une commission régionale de l'hospitalisation. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé publique, qui statue sur avis d'une commission nationale de l'hospitalisation. »

« Toutefois, pour certains établissements ou catégories d'établissements répondant à des besoins nationaux ou plurirégionaux dont la liste est fixée par décret, l'autorisation relève du ministre, après avis de la commission nationale. »

« Dans chaque cas, la décision du ministre ou du préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise. »

« Les commissions régionales et la commission nationale de l'hospitalisation sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire et comprennent un représentant du conseil de l'ordre des médecins et des représentants, en nombre égal, du ministre chargé de la santé publique, des caisses d'assurances maladie, des établissements qui assurent le service public hospitalier et des établissements d'hospitalisation privés. »

Par amendement n° 53, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit le début du premier alinéa de cet article :

« L'autorisation visée à l'article 27 ci-dessus est donnée... »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. C'est un amendement de pure forme, monsieur le président.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 53, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 82, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger comme suit le premier alinéa de cet article :

« L'autorisation est donnée par le préfet de région après avis du conseil régional de santé. Un recours contre la décision peut être formé par l'intéressé devant le ministre chargé de la santé publique qui statue, sur avis du conseil national de santé. »

La parole est à M. Aubry pour soutenir l'amendement.

M. André Aubry. Je propose, monsieur le président, de réserver cet amendement jusqu'après l'examen de l'article 40 parce qu'il s'agit du conseil régional et que nous saurons alors seulement si ce conseil figure dans le présent texte législatif.

M. le président. M. Aubry demande que l'amendement n° 82 soit réservé jusqu'après le vote de l'article 40.

Il n'y a pas d'opposition ?...

Il en est ainsi décidé.

Par amendement n° 83 rectifié, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, dans le deuxième alinéa de l'article 30, de remplacer les mots : « ou catégories » par les mots : « catégories ou groupes ».

La parole est à M. Aubry pour soutenir l'amendement.

M. André Aubry. L'amendement se justifie par son texte même.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte l'amendement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ne comprends pas l'amendement, donc je serais tenté de m'y opposer.

M. le président. Monsieur le rapporteur, pourriez-vous donner une explication à M. le ministre ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je conviens qu'il peut exister des groupes comprenant certaines catégories. Les mots « groupes » et « catégories » ne sont pas synonymes.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ne comprends toujours rien mais j'accepte l'amendement. (Rires.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 83 rectifié, accepté par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 84, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, au deuxième alinéa du même article 30, *in fine*, de remplacer les mots : « après avis de la commission nationale » par les mots : « après avis du Conseil national de santé ».

La parole est à M. Aubry.

M. André Aubry. Comme pour notre amendement n° 82, je demande que cet amendement soit réservé jusqu'à ce que nous ayons statué sur l'article 40 du projet de loi.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

L'amendement n° 84 est réservé.

Par amendement n° 85, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger comme suit la dernière phrase du troisième alinéa de l'article en discussion :

« A l'expiration de ce délai le silence de l'administration équivaut à un rejet. »

La parole est à M. Aubry.

M. André Aubry. Cet amendement se justifie par son texte même.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je préfère, au contraire, que l'autorisation soit donnée automatiquement en cas de silence de l'administration. Cela paraît plus logique. Aussi, la commission repousse-t-elle l'amendement.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Et le Gouvernement fait de même.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 85, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 86, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de supprimer le dernier alinéa de l'article 30.

La parole est à M. Aubry.

M. André Aubry. Le texte de cet amendement découle logiquement des propositions que nous venons de faire.

M. le président. Monsieur Aubry, si cet amendement découle logiquement de l'amendement n° 85 qui vient d'être repoussé par le Sénat, il devient sans objet.

M. André Aubry. J'en conviens, monsieur le président, et dans ce cas cet amendement devient caduc.

M. le président. Par amendement n° 54, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* le même article 30 par la phrase suivante :

« Des représentants des syndicats médicaux siègent à ces commissions avec voix consultative. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Nous souhaitons que des représentants non seulement du conseil de l'ordre mais aussi des syndicats siègent au sein des commissions d'hospitalisation.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte cet amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?

Je mets aux voix l'amendement n° 54, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je rappelle que le vote sur l'article 30 ainsi que sur les amendements n° 82 et 84 est réservé jusqu'après l'examen de l'article 40.

Article 31.

M. le président. « Art. 31. — L'autorisation présente un caractère personnel.

Par amendement n° 109, le Gouvernement propose de rédiger comme suit cet article :

« L'autorisation est délivrée à une personne physique ou morale. Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux. »

Cet amendement est affecté d'un sous-amendement n° 137, présenté par la commission, qui tend dans le texte proposé par l'amendement n° 109, après les mots : « L'autorisation », à ajouter les mots : « visée à l'article 27 ».

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. C'est une précision que le Gouvernement devrait pouvoir accepter aisément.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte le sous-amendement de la commission.

M. le président. Personne ne demande la parole ?

Je mets aux voix le sous-amendement n° 137, accepté par le Gouvernement.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?

Je mets aux voix l'amendement n° 109 du Gouvernement, ainsi modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Blanchet, au nom de la commission, avait présenté un amendement, n° 55, qui tendait à rédiger comme suit l'article 31 :

« L'autorisation visée à l'article 27 ci-dessus présente un caractère personnel. Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux. »

Toutefois, M. le rapporteur m'a fait connaître qu'il le retirait. Personne ne demande la parole ?

Je mets aux voix l'article 31, modifié.

(L'article 31 est adopté.)

Article 32.

M. le président. « Art. 32. — Lorsque les prescriptions de l'article 29 ci-dessus cessent d'être respectées, ou lorsque sont constatées dans l'établissement des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique, l'autorisation peut être soit suspendue, soit retirée.

« Lorsque les normes sont modifiées, les établissements sont tenus de se conformer aux nouvelles normes dans un délai déterminé par décret ; ce délai court à compter de la mise en demeure qui leur est adressée.

« Les mesures de suspension ou de retrait sont prises selon les modalités prévues à l'article 30 ci-dessus. Elles ne font pas obstacle à d'éventuelles poursuites judiciaires. »

Par amendement n° 56, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, au premier alinéa de cet article, de remplacer les mots : « sont constatées, dans l'établissement, des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique », par les mots : « sont constatées des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique entraînant la responsabilité civile ou pénale de l'établissement ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Une première difficulté est apparue à l'examen de cet article : elle concerne la nature de l'autorisation qui peut faire l'objet d'une suspension ou d'un retrait. Après l'ouverture de l'établissement, il est bien évident qu'il ne peut s'agir que de l'autorisation de fonctionner ; tel est l'objet d'un premier amendement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ? ...

Je mets aux voix l'amendement n° 56, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 57, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, au premier alinéa du même article, après les mots : « l'autorisation », d'ajouter les mots : « de fonctionner ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La seconde difficulté est relative aux motifs de suspension de l'autorisation. Si l'on peut être d'accord sans réserve sur l'opportunité d'une sanction en cas de violation des prescriptions ou des engagements prévus à l'article 29, autant on doit être circonspect en ce qui concerne les infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique commises dans l'établissement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ? ...

Je mets aux voix l'amendement n° 57, présenté par la commission et accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ? ...

Je mets aux voix l'article 32, modifié.

(L'article 32 est adopté.)

Article 33.

M. le président. « Art. 33. — En cas d'urgence, le préfet peut prononcer la suspension de l'autorisation dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

Par amendement n° 8, M. Georges Portmann propose de rédiger ainsi cet article :

« En cas d'urgence justifiée par une atteinte caractérisée à la sécurité des malades, et à condition d'avoir préalablement avisé l'établissement de ladite atteinte, de l'avoir entendu en ses explications, et de lui avoir notifié un délai d'un mois, au moins, pour y remédier, le préfet régional peut prononcer la suspension de l'autorisation dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Cette suspension immédiatement applicable aura néanmoins un caractère provisoire. Elle ne deviendra définitive qu'après avoir fait l'objet d'un avis conforme de la commission régionale de l'hospitalisation, réunie au plus tard dans le délai d'un mois après la notification de la suspension. Cette commission régionale d'hospitalisation devra entendre le représentant qualifié de l'établissement, assisté du mandataire de son choix, en ses explications.

« Un recours contre la décision du préfet, devenue définitive après avis conforme de la commission régionale d'hospitalisation, pourra être formé par tout intéressé devant le ministre de la santé publique qui statuera sur avis de la commission nationale d'hospitalisation, comme prévu en l'article 30. »

La parole est à M. Schleiter pour soutenir l'amendement.

M. François Schleiter. M. le professeur Portmann m'a demandé de soutenir cet amendement en son nom. Ainsi que cela apparaît dans l'exposé des motifs il souhaite que soient inscrites dans le texte les garanties particulières qui, dans le projet, étaient fixées par voie réglementaire.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte cet amendement qui prévoit que la suspension peut faire l'objet d'un appel devant la commission qui a accordé l'autorisation.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ne suis pas du tout hostile aux garanties qui sont souhaitées par l'auteur de l'amendement, mais il s'agit là de pouvoirs de police. Nous sommes dans un domaine un peu particulier et je ne crois pas que la suspension soit susceptible d'appel. Néanmoins, je m'en remets à l'appréciation du Sénat.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 8, pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Cet amendement constitue le texte de l'article 33.

Article 34.

M. le président. « Art. 34. — Toute personne qui ouvre ou gère un établissement sanitaire privé ou installe dans un établissement privé concourant aux soins médicaux des équipements matériels lourds en infraction aux dispositions des articles 27 et 29 ci-dessus est passible d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 2.000 à 30.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

« Est passible des mêmes peines toute personne qui passe outre à la suspension ou au retrait d'autorisation prévus aux articles 32 et 33 ci-dessus.

« Le tribunal peut, en outre, prononcer la confiscation des équipements installés sans autorisation. » — (Adopté.)

Article 35.

M. le président. « Art. 35. — La comptabilité des établissements d'hospitalisation privés est tenue obligatoirement en conformité avec les dispositions du plan comptable général. Cette comptabilité doit être communiquée, sur demande, aux administrations de la santé publique et de la sécurité sociale ainsi qu'aux organismes d'assurance maladie intéressés. »

Par amendement n° 9, M. Georges Portmann propose de remplacer la dernière phrase de cet article par les dispositions suivantes :

« L'établissement est tenu à sa communication aux administrations selon les dispositions de droit commun qui lui sont applicables. En outre, l'établissement, s'il est conventionné, devra justifier auprès des organismes d'assurance maladie intéressés et à leur demande de la réalité et du montant des prestations facturées aux assurés sociaux. »

La parole est à M. Schleiter, pour soutenir l'amendement.

M. François Schleiter. Mes chers collègues, l'amendement est assorti d'un long exposé des motifs dont vous avez pu prendre connaissance. Ne voulant pas retenir davantage l'attention du Sénat, je vous demande de le voter.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La Commission repousse cet amendement, estimant que l'amendement n° 58 qui va être appelé répond au souci de M. Portmann.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement partage l'opinion de la commission.

M. le président. Monsieur Schleiter, l'amendement est-il maintenu ?

M. François Schleiter. Il est retiré.

M. le président. L'amendement n° 9 est retiré.

Par amendement n° 58, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, à la fin de l'article 35, de supprimer les mots : « ainsi qu'aux organismes d'assurance-maladie intéressés ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Un vif débat s'est instauré en commission sur cet article à propos de la communication de la comptabilité de tous les établissements privés aux organismes de sécurité sociale. La commission a admis qu'il était légitime d'autoriser les administrations de la santé publique et de la sécurité sociale à requérir ces renseignements qui leur sont indispensables pour établir, par référence, le prix de journée des établissements de soins de la région. Elle a, par contre, refusé d'étendre cette faculté aux organismes de sécurité sociale pour la raison suivante :

Lors des pourparlers ouverts en vue de conclure une convention, les caisses de sécurité sociale ont tout pouvoir pour obtenir de leur cocontractant tous les éléments du débat.

Elles peuvent alors apprécier les divers éléments du prix de journée. Mais dès que la convention est conclue, elles ne doivent plus, jusqu'au renouvellement de la convention, s'immiscer dans la gestion pour s'assurer si elles ont signé une bonne ou une mauvaise convention. Elles conservent, certes, le pouvoir de contrôler si les termes de la convention sont bien respectés mais, selon le sentiment de la majorité des commissaires, elles ne peuvent chercher à savoir si, compte tenu des tarifs arrêtés en commun, la clinique privée fait ou non des bénéfices.

Ce droit lui sera ouvert à nouveau au moment du renouvellement de la convention, mais pas avant.

Un dernier argument a décidé votre commission à supprimer le membre de phrase incriminé. C'est celui des contrôles fiscal et économique. Les établissements de soins sont déjà soumis au contrôle du ministère des finances ; cela lui a paru suffisant sans y superposer un nouveau droit de regard des nombreuses caisses ou organismes de sécurité sociale.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 58, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 35, ainsi modifié.

(L'article 35 est adopté.)

Article 36.

SECTION II

Des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier et de l'association des autres établissements d'hospitalisation privés au fonctionnement dudit service.

M. le président. « Art. 36. — Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif participent sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent à l'exécution du service public hospitalier sous réserve :

« 1° Qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

« 2° Que leurs dépenses de fonctionnement soient couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements d'hospitalisation publics.

« La liste des établissements qui remplissent les conditions prévues au présent article est établie par décret. »

Par amendement n° 10, M. Georges Portmann propose de rédiger ainsi cet article :

« Les établissements d'hospitalisation privés sont tenus de participer au service public hospitalier dans le cadre de la ou des spécialités autorisées par le préfet régional ou le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, au moment de l'autorisation prévue par l'article 27.

« A cette fin, ils assureront les services définis par l'article premier de la présente loi.

« Cette obligation comportera pour eux l'organisation de leurs services, l'accomplissement de tous les actes et la fourniture de toutes les prestations nécessaires, notamment en matière d'accueil général des malades, de réception des urgences et de maintien de la permanence des services de soins.

« Les normes d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hospitalisation privés, déjà définies par décret, pourront être modifiées par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, pour tenir compte des dispositions qui précèdent.

« Dans tous les cas et quel que soit le statut du malade admis dans l'établissement, les dépenses de ce dernier seront couvertes par un prix de journée, fixé conformément aux dispositions d'une convention nationale des prix d'hospitalisation privée, établie paritairement entre le ministère de la santé publique et les organisations représentatives de la profession. Cette convention nationale comportera, outre le règlement général de la tarification, un budget-cadre et une grille de classement pour chaque discipline concernée. La valorisation des éléments du budget-cadre sur la base des coûts réels constatés dans la région et le classement des établissements seront faits régionalement, par convention paritaire entre les autorités compétentes régionales ou départementales, et les organisations régionales représentatives de la profession. Des commissions paritaires nationale,

régionales ou départementales seront instituées aux fins de régler les difficultés éventuelles d'interprétation ou d'application. »

La parole est à M. Schleiter, pour défendre l'amendement.

M. François Schleiter. Monsieur le président, étant donné le sens dans lequel le Sénat s'est prononcé au début de ce débat, je suis autorisé par M. le professeur Portmann à retirer l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 10 est retiré.

Par amendement n° 59, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de remplacer les trois premiers alinéas de cet article par les dispositions suivantes :

« Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif participent, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

« Toutefois, les établissements régis par le code de la mutualité ne sont tenus que de recevoir ceux de leurs membres dont l'état requiert leur service. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Selon le texte du Gouvernement, l'intégration suppose que l'établissement ou la personne morale dont il dépend s'engage à respecter les obligations que la législation ou la réglementation impose aux établissements publics. Sur ce point, votre commission n'a pas fait d'objection car il lui a paru intéressant de voir fonctionner côte à côte des établissements privés et des établissements publics astreints aux mêmes obligations.

En revanche, elle n'a pu accepter la seconde condition qui oblige les hôpitaux privés à couvrir leurs dépenses de fonctionnement dans les mêmes conditions que celles des établissements publics.

Actuellement, il est impossible de faire une comparaison valable entre le coût réel des soins dispensés, d'une part, dans les établissements privés et, d'autre part, dans les établissements publics parce que leurs obligations sont différentes, ainsi que leurs méthodes de facturation.

Depuis de nombreuses années, on discute, sans parvenir à un accord, sur les mérites et les inconvénients du tarif tout compris communément appelé « prix de journée » et du tarif détaillé où, en plus du coût de « l'hôtellerie », sont facturés à part les honoraires médicaux, les médicaments coûteux, l'utilisation de la salle d'opération ou les examens de laboratoire. C'est donc le moment même où la loi va imposer un régime réel de concurrence que le Gouvernement choisit pour obliger les établissements privés à s'aligner sur les hôpitaux publics en leur faisant pratiquer le prix de journée.

Votre commission estime, au contraire, que l'occasion est favorable à une véritable confrontation pour juger, à obligations égales, de l'efficacité de la gestion privée ou publique et de leurs méthodes de facturation du coût des soins.

L'amendement tend à permettre aux établissements mutualistes de s'intégrer dans le service public hospitalier en respectant toutes les obligations qui en découlent, sauf une que leur interdit leur statut légal, à savoir recevoir d'autres usagers que leurs affiliés. Cet amendement est le corollaire de celui que par ailleurs, à l'article 2, le Sénat a adopté.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je laisse le Sénat apprécier cet amendement : ces problèmes de prix font l'objet d'une très longue réflexion de notre part et ce n'est évidemment pas aujourd'hui que nous pouvons trancher. L'amendement proposé par la commission supprime l'obligation que les dépenses de fonctionnement soient couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements publics, ce que nous souhaitons, tout en conservant la gestion, les méthodes propres pour pouvoir faire des comparaisons qui nous paraissent souhaitables.

S'agissant d'établissements qui participent au service public, la comparaison doit pouvoir être faite, qu'ils soient publics ou privés. Cela suppose évidemment que le même système soit utilisé pour leurs dépenses et que le prix de journée soit établi sur les mêmes bases, c'est-à-dire le tout compris ou le tout exclu.

J'ajoute — ce qui me paraît très important — que cette disposition ne vise en rien les recettes des établissements et ne touche donc pas la tarification de la sécurité sociale, ni les honoraires médicaux qui constituent un autre problème.

C'est vous dire combien ces questions sont complexes. C'est pourquoi nous ne sommes pas favorables à cet amendement qui

préjuge déjà les dispositions futures et qui n'établit pas une parité, sauf dans le domaine des recettes où les problèmes se posent séparément.

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets donc aux voix l'amendement n° 59, repoussé par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 87, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de compléter *in fine* le dernier alinéa de cet article par les dispositions suivantes : « ..., après avis du conseil national de santé. »

Le Sénat ne peut être appelé à se prononcer sur cet amendement avant le vote de l'article 40.

En conséquence, il convient de réserver à la fois l'amendement n° 87 et l'article 36.

Article 37.

M. le président. « Art. 37. — Les établissements mentionnés à l'article 36 ci-dessus font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et peuvent faire partie, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.

« Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.

« Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les statuts du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.

« Ils sont assimilés aux établissements publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale. » — (Adopté.)

Article 38.

M. le président. « Art. 38. — Les contrats de concession conclus pour l'exécution du service public hospitalier en vertu de l'article 2 (3°) de la présente loi comportent :

« 1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement d'hospitalisation, public ou privé, de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ;

« 2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article 36 ci-dessus sous réserve de l'adaptation des règles comptables au caractère lucratif de l'établissement.

« Ils comportent assimilation de l'établissement aux établissements d'hospitalisation publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide médicale.

« Ces contrats sont approuvés selon les modalités prévues à l'article 30 ci-dessus.

« Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement. »

Par amendement n° 88, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de supprimer cet article.

La parole est à M. Aubry.

M. André Aubry. Nous avons donné des justifications assez longues au sujet de cet amendement. Je n'y reviens pas pour ne pas prolonger le débat.

M. le président. Monsieur Aubry, l'amendement est-il maintenu, après le rejet de votre amendement à l'article 2 ?

M. André Aubry. Nous le maintenons néanmoins.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission émet un avis défavorable.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement s'oppose également à l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 88, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...
Je mets aux voix l'article 38.
(L'article 38 est adopté.)

Article 39.

M. le président. « Art. 39. — Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure pour un objectif déterminé, soit avec un établissement d'hospitalisation public, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de sécurité sociale.

« Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du secteur sur lequel ils sont implantés. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 21 ci-dessus. » — (Adopté.)

Article 40.

CHAPITRE III

De l'équipement sanitaire.

M. le président. « Art. 40. — Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale de l'équipement sanitaire, la carte sanitaire de la France.

« Ce document détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :

« 1° Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;

« 2° Pour chaque secteur et pour chaque région sanitaire, la nature, l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ;

« 3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.

« Pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipements matériels lourds à réaliser.

« La carte sanitaire peut être révisée à tout moment ; elle est révisée obligatoirement avant l'adoption de chaque plan de modernisation et d'équipement. »

Par amendement n° 89, Mme Goutmann, MM. Aubry, Gaudon, Viron et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger comme suit cet article :

« Afin d'assurer une gestion coordonnée de l'ensemble sanitaire et social à tous les échelons et pour associer étroitement tous les intéressés à l'élaboration et à l'application des mesures qui ont trait à l'organisation de la santé et permettre au ministre de la santé publique et de la sécurité sociale d'assumer ses responsabilités, un conseil national de santé est constitué.

« Il sera composé de représentants des pouvoirs publics, d'élus, de représentants de l'ensemble du corps médical et du corps de santé, ainsi que de la sécurité sociale.

« Il aura notamment pour tâche :

« 1° De déterminer les limites des régions sanitaires et d'assurer leur coordination ;

« 2° De dresser l'inventaire permanent des besoins de la nation : la carte sanitaire de la France. Celle-ci pourra être révisée à tout moment ; elle le sera obligatoirement avant l'adoption de chaque plan de modernisation et d'équipement ;

« 3° De formuler des propositions pour l'établissement du plan de développement sanitaire du pays et de déterminer la nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions ;

« 4° De rechercher et de proposer toutes les mesures susceptibles d'accroître l'efficacité de l'appareil sanitaire du pays par le développement de la collaboration entre ses différents composants.

« A l'image du conseil national, seront constitués des conseils régionaux et de secteurs. Dans les limites qui leur sont imparties, ils auront les mêmes tâches que le conseil national. »

La parole est à M. Aubry.

M. André Aubry. Nous vous soumettons une nouvelle rédaction conforme à ce que nous avons proposé, au cours du débat, par nos amendements précédents, concernant la composition du conseil national et des conseils régionaux.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. C'est là la clef de voûte de tout un édifice que nous contestons et la suite logique de la philosophie développée par nos collègues. C'est la raison pour laquelle la commission repousse l'amendement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement s'y oppose également.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 89, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Toujours sur l'article 40, je suis saisi de deux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 60, présenté par M. Blanchet au nom de la commission, a pour objet :

I. — Après le premier alinéa de cet article, d'insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« La composition des commissions régionales et de la commission nationale de l'équipement sanitaire, qui comprendront notamment des représentants des ministères intéressés, des représentants élus des collectivités locales, des représentants des caisses d'assurance maladie et des représentants des établissements d'hospitalisation publics et privés, sera définie par décret. »

II. — En conséquence, de rédiger comme suit le début de l'alinéa suivant :

« La carte sanitaire de la France détermine... »

Le second, n° 11, présenté par M. Georges Portmann, tend, après le premier alinéa de cet article, à insérer le nouvel alinéa suivant :

« La composition des commissions régionales et de la commission nationale de l'équipement sanitaire sera définie par un décret d'application, de manière que les établissements d'hospitalisation privés y soient représentés au même titre que les établissements d'hospitalisation publics. »

La parole est à M. le rapporteur pour défendre l'amendement n° 60.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet article est essentiel au succès de la réforme hospitalière que nous examinons. Aux méthodes empiriques jusqu'ici pratiquées pour assurer la coordination des établissements sanitaires va se substituer une méthode rationnelle et logique. La période des études coup par coup est révolue. Dès que les dispositions en discussion seront réellement appliquées, chacun saura dans chaque région et dans chaque secteur sanitaire quels sont les besoins en équipements sanitaires et les implantations prévues pour recevoir les futures installations. Chacun, promoteur public ou privé, pourra alors en toute connaissance de cause étudier ses projets et les soumettre sans risque d'arbitraire à l'approbation soit des autorités de tutelle pour les promoteurs publics, soit de la commission d'hospitalisation pour les promoteurs privés.

Il ne faut toutefois pas s'illusionner sur la difficulté de la tâche à accomplir ; la carte sanitaire et hospitalière demandera de longues et minutieuses études qui devront être menées avec le concours des compétences locales, que celles-ci soient administratives ou médicales.

C'est pourquoi il vous est proposé de prévoir que la commission régionale sanitaire comprendra, en plus des fonctionnaires, des représentants élus des collectivités locales et des représentants des établissements publics, des représentants des caisses de sécurité sociale et privés d'hospitalisation.

C'est à cette condition que les conclusions de cette commission pourront être admises par tous comme reflétant les besoins réels en équipement sanitaire des régions.

M. le président. Monsieur Schleiter, l'amendement n° 60 de la commission ne donne-t-il pas satisfaction à M. Portmann ?

M. François Schleiter. Précisément, monsieur le président ; M. le professeur Portmann ne peut donc que retirer son amendement, en rejoignant la position de la commission.

M. le président. L'amendement n° 11 est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 60 ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Nous sommes là à la limite des domaines réglementaire et législatif, mais je n'oppose pas l'article 42.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 60, auquel le Gouvernement ne s'oppose pas, sans toutefois l'approuver. (Sourires.)

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 61, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter l'alinéa 2° de cet article par les mots suivants : « ... et aux besoins de l'enseignement médical ; »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission vous propose de compléter l'alinéa 2° de l'article par les mots : « et aux besoins de l'enseignement médical », pour tenir compte des nécessités d'implantation des centres hospitaliers universitaires.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Une carte sanitaire correspond aux besoins sanitaires. On ne peut pas établir une carte sanitaire en fonction du nombre des étudiants. Bien entendu, c'est un problème dont il faut tenir compte, mais la carte sanitaire, encore une fois, ne doit pas tenir compte des problèmes d'enseignement médical. Ce n'est pas son objet.

M. le président. Monsieur le rapporteur, maintenez-vous votre amendement ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission le retire.

M. le président. L'amendement n° 61 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article 40, modifié par l'amendement n° 60.

(L'article 40 est adopté.)

M. le président. L'article 40 étant adopté, nous reprenons l'examen des articles qui avaient été précédemment réservés.

Article 13 (suite).

M. le président. L'article 13 avait été réservé en raison de l'amendement n° 76 présenté par M. Viron. Après le vote intervenu sur l'article 40, cet amendement n'a plus d'objet.

Dans ces conditions, je mets aux voix l'article 13, modifié par l'amendement n° 106 rectifié du Gouvernement.

(L'article 13 est adopté.)

Article 27 (suite).

M. le président. L'article 27 avait été réservé en raison de l'amendement n° 78 de M. Viron. Cet amendement n'a plus d'objet, pour les mêmes motifs.

Dans ces conditions, je mets aux voix l'article 27, complété par l'amendement n° 49.

(L'article 27 est adopté.)

Article 28 (suite).

M. le président. L'article 28 avait été réservé en raison de l'amendement n° 79 de M. Gaudon.

Cet amendement n'a plus d'objet.

Dans ces conditions, je mets aux voix l'article 28, modifié par l'amendement n° 50.

(L'article 28 est adopté.)

Article 30 (suite).

M. le président. L'article 30 avait été réservé en raison de deux amendements, n°s 82 et 84, de Mme Goutmann.

Ces amendements n'ont plus d'objet.

Dans ces conditions, je mets aux voix l'article 30, modifié et complété par les amendements n°s 53, 83 rectifié et 54.

(L'article 30 est adopté.)

Article 36 (suite).

M. le président. L'article 36 avait été réservé en raison de l'amendement n° 87 présenté par Mme Goutmann.

Cet amendement n'a plus d'objet.

Dans ces conditions, je mets aux voix l'article 36, modifié par l'amendement n° 59.

(L'article 36 est adopté.)

Article 41.

M. le président. « Art. 41. — Pour l'élaboration de la carte sanitaire, les établissements qui assurent le service public hospitalier sont répartis en deux catégories :

« 1° Les hôpitaux, qui ont pour mission principale les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée et les traitements ambulatoires ; lorsqu'un hôpital a une vocation régionale, il porte le nom de centre hospitalier régional ;

« 2° Les centres de cure ou de réadaptation, qui ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées ; certains de ces établissements ont une vocation régionale ou nationale. »

Par amendement n° 62, M. Blanchet, au nom de la commission des affaires sociales, propose de supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet article doit être supprimé car ses dispositions font double emploi avec celles que prévoit l'article 3 et qu'il ne fait que reproduire, d'ailleurs d'une manière incomplète.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 62, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'article 41 est donc supprimé.

Article 41 bis (nouveau).

M. le président. Par amendement n° 63, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, après l'article 41 d'insérer un article additionnel 41 bis (nouveau) ainsi conçu :

« Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé, sont fixées par voie réglementaire. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. L'insertion de cet article 41 bis est la conséquence de la suppression de l'article 11, les dispositions en cause trouvant mieux leur place dans un chapitre applicable à la fois aux établissements publics et privés.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 63.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Il est donc inséré un article 41 bis nouveau dans le projet de loi.

Article 42.

M. le président. « Art. 42. — Sont considérés comme équipements matériels lourds au sens de la présente loi les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique, ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information, et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation particulières ou par des personnels spécialisés. La liste de ces équipements est établie par décret. » — (Adopté.)

Article 43.

M. le président. « Art. 43. — La carte sanitaire sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service public hospitalier ainsi qu'aux autorisations prévues à l'article 27 de la présente loi. »

Sur cet article, je suis saisi d'un amendement et d'un sous-amendement qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Par amendement n° 64, M. Blanchet, au nom de la commission, propose de compléter *in fine* cet article par les dispositions suivantes :

« Tout refus d'autorisation prévu à l'article 27 ci-dessus motivé par l'existence d'un programme susceptible de couvrir les besoins définis par la carte sanitaire est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de :

« — cinq ans s'il s'agit d'un établissement public ;

« — deux ans s'il s'agit d'un établissement privé.

« L'autorisation est alors accordée de plein droit, sous réserve des dispositions de l'article 29 ci-dessus à l'auteur de la demande s'il la confirme. »

Par un sous-amendement n° 132 le Gouvernement propose, dans le texte présenté pour compléter cet article par l'amendement n° 64, au 2° alinéa, de remplacer les mots : « ... cinq ans... », par les mots : « ... six ans... ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission des affaires sociales n'a eu que trop d'occasions, au cours de toutes ces dernières années, de déplorer l'insuffisance et l'inadaptation de la politique de coordination des équipements sanitaires pour ne pas se réjouir à l'avance des effets bénéfiques qu'il est permis d'attendre en la matière de l'établissement d'une carte sanitaire digne de ce nom.

Elle désirerait cependant obtenir du Gouvernement quelques explications complémentaires faisant ressortir comment les « travaux de planification et de programmation » trouveront leur place dans les procédures nouvelles qui seront instituées pour le VI° Plan.

Elle ne peut oublier non plus les très vives critiques qu'elle a souvent formulées à propos de la complication et de la longueur des formalités administratives applicables aux projets d'équipement et de la lenteur des réalisations. Se fondant sur ces deux ordres de considérations, elle propose au Sénat l'adjonction d'un alinéa instituant des règles nouvelles inspirées par le désir, d'abord de favoriser une très sensible accélération des procédures concernant le secteur public comme le secteur privé, et ensuite de mettre fin au privilège exorbitant institué sans contrepartie valable en faveur du secteur public. Les explications déjà données à propos d'articles précédents permettent de comprendre les différents aspects de son sentiment sur ces problèmes.

Pour des raisons logiques, historiques et juridiques, elle est très attachée au rôle fondamental et en quelque sorte préférentiel que le secteur public doit jouer dans le fonctionnement d'un service public ; il s'agit, en l'occurrence, du rôle de l'hospitalisation publique dans le service public hospitalier. Mais à partir du moment où est admise la participation du secteur privé à des missions de service public, votre commission estime que, sous réserve bien entendu du respect des diverses garanties exigibles, cette participation doit être assurée à part entière, sans *capitis diminutio* imposée dès le départ. Il n'est pas admissible qu'un projet du secteur public, si éventuel qu'il pourrait ne jamais voir le jour, puisse bloquer pour l'éternité la réalisation possible d'un projet du secteur privé.

Tel est le sens de l'amendement qui vous est présenté.

Au cas où la caducité d'une autorisation pour absence dans les délais prévus d'un commencement d'exécution des travaux interviendrait, il semble juste de réserver prioritairement celle-ci à son auteur originaire, dès lors qu'il le souhaite.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement accepte cet amendement sous la seule réserve que la commission accepte de remplacer les mots : « cinq ans », par les mots : « six ans ». Il ne s'agit pas d'une querelle de mots. Nous voulons que le préfet puisse inscrire de telles réalisations dans l'année qui suit le Plan.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement du Gouvernement ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte le sous-amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...
Je mets aux voix le sous-amendement n° 132, accepté par la commission.
(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...
Je mets aux voix l'amendement n° 64, modifié par le sous-amendement n° 132.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...
Je mets aux voix l'article 43 ainsi complété.
(L'article 43 est adopté.)

Article 44.

M. le président. « Art. 44. — Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 42 de la présente loi.

« Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Notre commission a adopté cet article sans modification puisqu'elle a complété l'article 43 par un certain nombre de dispositions de garantie.

La commission souhaite toutefois que des éclaircissements et des précisions lui soient fournis sur l'« approbation » prévue au début de cet article, notamment en ce qui concerne ses modalités et, surtout, l'autorité habilitée à la délivrer.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je demande la parole.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Selon le cas cette approbation sera donnée par le ministre ou par le préfet. Le Gouvernement a délibéré ce matin du programme de déconcentration. Un décret qui va être publié vous fixera à ce sujet.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix l'article 44.
(L'article 44 est adopté.)

Article 45.

CHAPITRE IV

Dispositions diverses.

M. le président. « Art. 45. — Des mesures réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

« Un décret fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier. »

Par amendement n° 90, MM. Gaudon, Aubry, Viron, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de compléter *in fine* le premier alinéa de cet article par les dispositions suivantes : « après avis du conseil national de santé ».

Cet amendement n'a plus d'objet, en raison du vote intervenu sur l'article 40.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 45.

(L'article 45 est adopté.)

Article 46.

M. le président. « Art. 46. — Les dispositions du chapitre premier de la présente loi peuvent être adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, des hospices civils de Lyon et de l'assistance publique de Marseille.

« Le statut du personnel de l'administration générale de l'assistance publique à Paris demeure fixé par règlement d'administration publique. »

Par amendement n° 110, le Gouvernement propose de rédiger comme suit le début de cet article : « Les dispositions du chapitre premier de la présente loi seront adaptées par décret en Conseil d'Etat... ».

La parole est à M. le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Nous prévoyons que les dispositions du chapitre I^{er} de la présente loi seront adaptées par décret en Conseil d'Etat.

La substitution du mot « seront » aux mots « peuvent être » fait obligation au Gouvernement d'adapter le texte aux conditions particulières de fonctionnement de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, des hospices civils de Lyon et de l'assistance publique de Marseille dans les trois domaines suivants : la composition et le fonctionnement du conseil d'administration, la tutelle et le statut du personnel.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix l'amendement n° 110 du Gouvernement, accepté par la commission.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 91, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, au premier alinéa de cet article, après les mots : « Conseil d'Etat », d'ajouter les mots : « après avis du Conseil national de santé ».

Cet amendement n'a plus d'objet.

Par amendement n° 113 rectifié, M. Taittinger propose de compléter ainsi le premier alinéa de cet article : « ... et des établissements nationaux de bienfaisance dont les missions répondent à celles définies à l'article 3 de la présente loi ».

La parole est à M. Taittinger.

M. Pierre-Christian Taittinger. Cet amendement a pour objet d'adapter les dispositions qui sont prévues par le premier alinéa de l'article 46, aux conditions particulières d'un certain nombre d'établissements nationaux de bienfaisance et je vise là encore le centre national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts qui a un statut malheureusement affreusement archaïque.

Si ce projet de loi apporte un certain nombre d'améliorations par l'article 5 et surtout par l'article 9 qui a été amendé tout à l'heure, il serait néanmoins nécessaire, à l'occasion de ce projet de loi, d'engager le Gouvernement à prendre par décret en Conseil d'Etat des décisions qui intéressent vivement tous ceux qui sont préoccupés de l'avenir du centre national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts.

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

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte cet amendement.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement l'accepte également.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 113 rectifié, accepté par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. J'appelle maintenant deux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Par amendement n° 95, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, au deuxième alinéa de cet article, après les mots : « Assistance publique à Paris », d'insérer les mots : « et à Lyon ».

Par amendement n° 136, le Gouvernement propose de compléter *in fine* l'article 46 par un nouvel alinéa ainsi rédigé : « Le personnel des hospices civils de Lyon est soumis aux dispositions du Livre IX du code de la santé publique sauf dérogations prévues par décret en Conseil d'Etat. »

La parole est à M. Viron.

M. Hector Viron. Cet amendement propose d'étendre le statut du personnel de l'Assistance publique de Paris au personnel de l'Assistance publique de Lyon.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 136.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Il me semble que l'amendement du Gouvernement est plus conforme à ce que souhaite M. Viron. Je peux lui dire que ce matin a paru au *Journal officiel* un décret intéressant les catégories C et D qui, selon votre texte, ne s'appliquerait pas au personnel de l'Assistance publique de Lyon.

Notre amendement est donc plus conforme à ce que vous souhaitez, je vous le dis en toute objectivité.

M. le président. Monsieur Viron, maintenez-vous votre amendement n° 95 ?

M. Hector Viron. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 95, est donc retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 136 du Gouvernement ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?

Je mets aux voix l'amendement n° 136 du Gouvernement, accepté par la commission.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?

Je mets aux voix l'article 46, modifié et complété.

(L'article 46 est adopté.)

Article 47.

M. le président. « Art. 47. — A titre provisoire les dispositions prévues aux chapitres II et III de la présente loi s'appliquent aux établissements à caractère social dont la liste sera définie par décret en Conseil d'Etat. »

Par amendement n° 65, M. Blanchet, au nom de la commission propose de supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Cet article a été longuement étudié par la commission qui a très attentivement discuté des diverses solutions possibles en la matière : exclusion pure et simple des établissements à caractère social du champ d'application de la loi ; rédaction d'un texte fixant définitivement un régime commun pour les établissements d'hospitalisation ; adoption de la formule transitoire retenue par le Gouvernement.

La seconde hypothèse a dû être écartée en raison du très court délai imparti à la commission pour examiner le projet de loi, de la nécessité absolue de pouvoir procéder posément aux très amples consultations et études qui s'imposent, de la constatation enfin que, même s'il avait été matériellement possible d'élaborer ce statut dans un très court laps de temps, celui-ci n'aurait pas trouvé sa place dans un projet de réforme hospitalière.

La commission n'a pas non plus retenu la troisième des formules possibles.

Les établissements faisant partie de l'armement social du pays souhaitent très légitimement être un jour dotés d'un statut légal à la condition que celui-ci tienne compte de leur vocation spécifique et technique et leur assure une place qui tienne véritablement compte du caractère des équipements qu'ils représentent.

Il ne semble pas que la « mise en remorque » prévue par l'article 47 réponde à ces exigences.

C'est la raison pour laquelle votre commission propose la disjonction pure et simple de l'article. Il est bien entendu qu'elle fera, le moment venu, toute diligence pour examiner le projet de loi portant statut des établissements sociaux qui pourrait lui être renvoyé.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur cet amendement n° 65 ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ne crois pas que nous puissions suivre la commission, puisque la suppression de cet article nous placerait devant un vide juridique absolu. En effet, ces établissements, qui ne figurent pas dans la carte hospitalière, ne bénéficieraient pas d'un statut provisoire. Il faut donc faire le raccord en attendant la sortie du texte sur la carte sanitaire et sociale, que l'on ne peut improviser.

C'est pourquoi le Gouvernement a déposé un amendement n° 111 qui résout le problème pour cette période transitoire.

M. le président. L'amendement n° 65 est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Il est retiré, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 65 est donc retiré.

J'appelle maintenant l'amendement n° 111 que vient d'évoquer le Gouvernement et le sous-amendement n° 134 de la commission qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Par amendement n° 111, le Gouvernement propose de rédiger comme suit cet article :

« A titre provisoire les dispositions de la présente loi s'appliquent aux établissements à caractère social dont la liste sera définie par décret en Conseil d'Etat. »

« Ce décret procédera aux adaptations nécessaires pour les établissements publics en ce qui concerne leur création, leur gestion et leur statut du personnel et, pour les établissements privés, en ce qui concerne les modalités d'autorisation et de coordination. »

Par sous-amendement n° 134, M. Blanchet au nom de la commission propose de rédiger comme suit le début du texte présenté pour le premier alinéa de cet article par l'amendement n° 111 du Gouvernement :

« A titre provisoire et jusqu'au 31 décembre 1971, les dispositions de la présente loi... »

La parole est à M. le ministre, pour défendre l'amendement du Gouvernement.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Ce texte tend à aménager la période transitoire.

J'accepterai le texte de la commission, mais j'aimerais que la date du « 31 décembre 1972 » fût substituée à celle du « 31 décembre 1971 », pour laisser au Gouvernement le temps d'établir ce texte réglementaire très important. Je crois que ce délai est nécessaire.

M. le président. Monsieur le rapporteur, acceptez-vous de modifier dans ce sens votre sous-amendement ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le sous-amendement n° 134 de la commission, avec la date du « 31 décembre 1972 », au lieu de celle du « 31 décembre 1971 », sous-amendement accepté par le Gouvernement.

(Ce texte est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 111, modifié par le vote du sous-amendement précédent.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'article 47 se trouve donc ainsi rédigé.

Par amendement n° 92, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de compléter *in fine* cet article par les dispositions suivantes : « après avis du conseil national de santé. »

Cet amendement n'a plus d'objet, puisque le Sénat vient d'adopter une nouvelle rédaction de l'article 47.

Article 48.

M. le président. « Art. 48. — L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des personnels dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances. »

Je suis saisi sur cet article de deux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 66, présenté par M. Blanchet, au nom de la commission tend à remplacer les mots : « ...participe aux... », par les mots : « ...prend à sa charge les... ».

Le deuxième, n° 93, présenté par Mme Goutmann, MM. Aubry, Viron, Gaudon et les membres du groupe communiste et apparenté tend, au début de cet article, à remplacer les mots : « L'Etat participe aux dépenses », par les mots : « L'Etat couvre les dépenses ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Votre commission a considéré qu'à partir du moment où était créé un service public hospitalier auquel sont imparties, entre autres missions, celle de concourir à la formation et au perfectionnement du corps médical et du personnel paramédical et celle de participer à la recherche médicale, il n'était pas possible de ne pas mettre à la charge de l'Etat sous l'égide juridique duquel fonctionnera précisément ce service, les dépenses de formation des personnels et de recherche pour la part de ces missions qu'il exercera.

C'est, en l'état actuel des choses, le seul moyen de ne pas voir ces dépenses peser sur le prix de journée, comme l'exposé des motifs du projet de loi montre que le Gouvernement le désire, au moins pour les premières d'entre elles.

Telle est la portée de l'amendement qui vous est présenté.

L'inspiration générale de la loi a, par ailleurs, conduit votre commission à estimer que, dans la limite également des crédits ouverts par la loi de finances, il n'existait aucune raison de ne pas subventionner les établissements privés qui se consacrent à la formation des personnels et à la recherche médicale, au prorata de la contribution apportée par eux au service public de l'enseignement et de la recherche.

M. le président. J'ai le sentiment que l'amendement n° 93 de Mme Goutmann tend au même but dans une rédaction différente.

M. André Aubry. En effet, monsieur le président. Nous le retirons au profit de l'amendement de la commission.

M. le président. L'amendement n° 93 est retiré.
Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 66 ?

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Il ne faut pas être trop gourmand ! L'Etat a décidé cette année, et c'est très important, de participer aux dépenses de formation. Il a inscrit, à cet effet, dans le budget que vous aurez bientôt à voter, 114 millions de francs.

Nous avons mis dans le texte le mot « participe » parce que le Gouvernement ne prend pas en charge la totalité. Je ne dis pas qu'il n'est pas dans nos intentions de le faire ; notre désir est d'aller chaque année un peu plus loin. Mais il faut rester dans les limites compatibles avec ce qui figure dans la loi de finances. Le mot « participe » me paraît donc plus juste.

M. le président. L'amendement n° 66 est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission le retire.

M. André Aubry. Dans ces conditions, je reprends l'amendement n° 93.

M. le président. L'amendement n° 66 est retiré, mais l'amendement n° 93 est repris.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 93 ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. La commission laisse le Sénat juge.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 93, repoussé par le Gouvernement et pour lequel la commission s'en remet à la sagesse de l'assemblée.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 67, M. Blanchet, au nom de la commission, propose, après les mots : « pour la formation des personnels », d'ajouter les mots : « et la recherche médicale ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Mes explications sur cet amendement sont identiques à celles qui ont été données à propos de l'amendement n° 66.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Je ferai la même réflexion que pour l'amendement n° 66. Nous participons aux dépenses de formation du personnel et, à cette fin, nous inscrivons 114 millions de francs au budget. Il n'est pas spécifié que nous participons aux dépenses de recherche qui

sont financées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et par le Centre national de la recherche scientifique, dans la limite des crédits qui figurent dans la loi de finances. Si cela n'est pas mentionné dans l'article 48, cela ne veut pas dire que nous ne dépensons rien en faveur de la recherche. C'est simplement parce que tel n'est pas l'objet de l'article. Je suis donc hostile à l'amendement.

M. le président. L'amendement est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 67 est retiré.
Personne ne demande la parole sur l'article 48 ?...
Je le mets aux voix.

(L'article 48 est adopté.)

Article 49.

M. le président. « Art. 49. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi, notamment les articles L. 230, le premier et le second alinéas de l'article L. 678 (sauf en ce qui concerne les hospices), les articles L. 679, L. 681 à L. 683, L. 686, L. 733, L. 734 et L. 734-2 à L. 734-5 du code de la santé publique, ainsi que le premier alinéa de l'article L. 893 dudit code, sauf en ce qui concerne l'administration générale de l'assistance publique à Paris. »

Par amendement n° 94 rectifié, MM. Viron, Aubry, Gaudon, Mme Goutmann et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de compléter, *in fine*, cet article par les mots suivants : « et les hospices civils de Lyon. »

La parole est à M. Aubry.

M. André Aubry. Cet amendement ayant le même objet qu'un amendement précédent, M. le ministre adoptera sans doute à son égard la même attitude ?

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Cet amendement n'a plus d'objet. L'article 46 stipulait que les hospices de Lyon échappaient au livre IX du code de la santé publique. Or vous venez d'adopter un amendement indiquant qu'ils y étaient assujettis, sauf dispositions contraires. Vous ne pouvez donc pas maintenir votre position.

M. André Aubry. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 94 rectifié est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article 49.

(L'article 49 est adopté.)

Articles 50 et 51.

M. le président. « Art. 50. — Les dispositions du chapitre II, section I, de la présente loi sont applicables aux établissements privés d'accouchement visés par l'article L. 176 du code de la santé publique. » — (Adopté.)

« Art. 51. — I. — A l'article L. 271 du code de la sécurité sociale, les mots : « établissements hospitaliers publics » sont remplacés par les mots : « établissements qui assurent le service public hospitalier ».

« II. — Le dernier alinéa de l'article L. 272 du code de la sécurité sociale est abrogé.

« III. — Le premier alinéa de l'article L. 275 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sous réserve des dispositions des articles L. 276 et L. 277 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier, fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative.

« IV. — Aux premier et second alinéas de l'article L. 276 du code de la sécurité sociale, les mots : « par les commissions prévues à l'article L. 272 » sont remplacés par les mots : « prévus à l'article L. 275 ».

« Au cinquième alinéa du même article, les mots : « par les commissions prévues à l'article L. 272 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 275 ». — (Adopté.)

Article 52.

M. le président. « Art. 52. — Les dispositions de la présente loi seront adaptées, en tant que de besoin, à la situation particulière des départements d'outre-mer par décret en Conseil d'Etat. »

Par amendement n° 68, M. Blanchet, au nom de la commission des affaires sociales, propose de rédiger ainsi cet article :

« Dans les départements d'outre-mer, les attributions dévolues par la présente loi aux préfets de région sont dévolues aux préfets des départements. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Blanchet, rapporteur. Comme il est, hélas ! trop souvent de tradition, le projet de loi qui nous est soumis comporte dans ses dispositions finales un article qui tend à régler de façon particulière la situation dans les départements d'outre-mer.

Votre commission se doit de déplorer une fois encore l'annonce d'une grave entorse aux règles qui devraient découler de la « départementalisation » de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion.

Dans l'esprit de la commission, l'article 73 de la Constitution et sa référence à la « situation particulière » des départements d'outre-mer doivent s'entendre au sens étroit : les mesures d'adaptation ne sont fondées, à son sens, que si d'évidentes exceptions ou adaptations s'imposent, pour des raisons locales de fait ou d'harmonisation avec les séquelles de législations particulières antérieures.

Tel ne semble pas être le cas en matière hospitalière ; la seule particularité qui paraît justifier l'introduction d'un article visant spécialement les départements d'outre-mer réside dans l'inexistence en ce qui les concerne de régions ou de rattachement à des régions.

Dans ces conditions, il paraît nécessaire de prévoir que les attributions confiées par divers articles du projet aux préfets des régions seront dévolues aux préfets des départements.

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

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique. Le Gouvernement l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 68, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Cet amendement constitue le texte de l'article 52.

Article 53.

M. le président. « Art. 53. — Dans le délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, ses dispositions seront insérées dans le code de la santé publique par décret en Conseil d'Etat.

« Ce décret procédera aux aménagements de forme qui s'avèreraient nécessaires. » — (Adopté.)

Avant de mettre aux voix l'ensemble du projet de loi, je donne la parole à M. Souquet pour explication de vote.

M. Marcel Souquet. Le groupe socialiste reconnaît les efforts réalisés en vue d'une coordination efficace entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée.

Il prend acte de la priorité réservée au service public qui reste privilégié par rapport à toutes les autres options. Mais il demeure persuadé, après les propos tenus par M. le ministre de la santé publique, que nous ne pourrions pas avant longtemps mener à bien la réforme envisagée. L'application immédiate de cette loi s'imposait, mais elle ne sera en fait qu'une loi d'intention en raison de l'indigence des crédits mis à la disposition du ministère de la santé publique.

En raison de ces insuffisances, le groupe socialiste votera donc contre le projet présenté.

M. André Aubry. Je demande la parole.

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

M. André Aubry. Le groupe communiste votera également contre le projet de loi.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions réglementaires.

(Le scrutin a lieu.)

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

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 6 :

Nombre des votants.....	271
Nombre des suffrages exprimés.....	268
Majorité absolue des suffrages exprimés..	135
Pour l'adoption	198
Contre	70

Le Sénat a adopté.

— 5 —

DEPOT DE RAPPORTS

M. le président. J'ai reçu de M. Michel Kauffmann un rapport, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'adhésion de la France au protocole relatif au statut des réfugiés, signé à New York le 31 janvier 1967 par le président de l'Assemblée générale et par le secrétaire général des Nations Unies. (N° 22, 1970-1971.)

Le rapport sera imprimé sous le numéro 43 et distribué.

J'ai reçu de M. Léon Motais de Narbonne un rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de la convention additionnelle à la convention du 6 janvier 1909 relative à l'extradition entre la France et les Etats-Unis d'Amérique, signée à Paris le 12 février 1970. (N° 21, 1970-1971.)

Le rapport sera imprimé sous le numéro 44 et distribué.

— 6 —

REPRESENTATION**A UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE**

M. le président. J'ai reçu une lettre par laquelle M. le ministre d'Etat chargé des relations avec le Parlement demande au Sénat de procéder au renouvellement des mandats de deux de ses représentants au sein du conseil supérieur de l'aménagement rural, en application de l'article 29 du décret n° 64-862 du 3 août 1964.

J'invite la commission des affaires économiques et du plan à présenter des candidatures pour cet organisme.

La nomination des représentants du Sénat aura lieu dans les conditions prévues par l'article 9 du règlement.

— 7 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à ce jour jeudi 5 novembre 1970 à quinze heures :

Discussion du projet de loi de programme relative aux équipements militaires de la période 1971-1975, adopté par l'Assemblée nationale. [N° 16 et 38 (1970-1971). — M. Yvon Coudé du Foresto, rapporteur de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation, et n° 41 (1970-1971), avis de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées. — M. Pierre-Christian Taittinger, rapporteur.]

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(La séance est levée le jeudi 5 novembre, à trois heures quinze minutes.)

Le Directeur
du service du compte rendu sténographique,
RAOUL JOURON.

QUESTIONS ORALES

REMISES A LA PRESIDENCE DU SENAT LE 4 NOVEMBRE 1970
(Application des articles 76 et 78 du règlement.)

Equipement routier (Bretagne).

1078. — 4 novembre 1970. — **Mme Catherine Lagatu** appelle l'attention de **M. le Premier ministre** sur les questions angoissantes que se posent les Bretons concernant la réalisation des travaux promis à la Bretagne par le conseil des ministres du 9 octobre 1968. En effet, deux axes à quatre voies allant de Brest à Saint-Brieuc et de Brest à Nantes étaient compris dans ce « Plan breton ». Le général de Gaulle le confirmait à Quimper le 2 février 1969. M. Pompidou a donné à son tour des assurances formelles aux Bretons, le 11 juin 1969, à Guingamp. Enfin M. le ministre de l'équipement et du logement a fait savoir aux Bretons, le 28 mai dernier, que les travaux seraient réalisés dans les délais prévus. Or on vient d'apprendre que l'important ouvrage de déviation de la R. N. 12 qui doit permettre à l'axe Brest-Saint-Brieuc de franchir la vallée de Morlaix est en cours de construction mais qu'il est seulement à deux voies. Elle aimerait donc connaître : a) les raisons qui ont amené à la construction d'un pont étroit sur cette voie nationale dont l'importance, pour un début de désenclavement de cette région, ne peut échapper à personne ; b) s'il n'entend pas faire respecter les engagements pris dès maintenant pour l'édification de ce pont sur quatre voies. Par ailleurs elle lui demande : 1° de bien vouloir lui confirmer les engagements pris par le Président de la République à Guingamp concernant la mise en service de l'axe à quatre voies Brest-Saint-Brieuc en 1974 et de l'itinéraire Brest-Vannes en 1975 ; 2° de lui indiquer l'évaluation des travaux prévus au « Plan breton » d'octobre 1968, ainsi que le calendrier de financement et de réalisation ; 3° s'il est exact qu'il est envisagé l'institution du péage sur tout ou partie de ces axes routiers, considérée par les Bretons comme une injustice supplémentaire à leur égard en raison du retard dont est déjà victime leur province en matière de voies rapides de liaison.

QUESTIONS ECRITES

REMISES A LA PRESIDENCE DU SENAT LE 4 NOVEMBRE 1970

Application des articles 74 et 75 du règlement, ainsi conçus :

« Art. 74. — Tout sénateur qui désire poser une question écrite au Gouvernement en remet le texte au président du Sénat, qui le communique au Gouvernement.

« Les questions écrites doivent être sommairement rédigées et ne contenir aucune imputation d'ordre personnel à l'égard de tiers nommément désignés ; elles ne peuvent être posées que par un seul sénateur et à un seul ministre.

« Art. 75. — Les questions écrites sont publiées durant les sessions et hors sessions au Journal officiel ; dans le mois qui suit cette publication, les réponses des ministres doivent également y être publiées.

« Les ministres ont toutefois la faculté de déclarer par écrit que l'intérêt public leur interdit de répondre ou, à titre exceptionnel, qu'ils réclament un délai supplémentaire pour rassembler les éléments de leur réponse ; ce délai supplémentaire ne peut excéder un mois.

« Toute question écrite à laquelle il n'a pas été répondu dans les délais prévus ci-dessus est convertie en question orale si son auteur le demande. Elle prend rang au rôle des questions orales à la date de cette demande de conversion. »

Fiscalité (T. V. A. des hôtels non homologués).

9944. — 4 novembre 1970. — **M. Fernand Verdelle** expose à **M. le ministre de l'économie et des finances** que, dans le régime actuel de la T. V. A. les hôtels classés « Tourisme » relèvent du taux réduit (7,5 p. 100) alors que les hôtels « non homologués » sont assujettis au taux intermédiaire (17,6 p. 100). Il lui rappelle sa réponse faite sur le même objet à M. Planeix, député, en date du 24 mai 1969 tentant d'expliquer cette discrimination en ces termes : « L'attribution du taux réduit n'est justifiée pour les entreprises hôtelières que par le souci d'encourager ces établissements à la modernisation en vue d'obtenir leur classement comme hôtels de tourisme agréés ». Il lui fait observer que, d'une part, en dépit des hausses subies, les prix des hôtels non homologués font l'objet d'un quasi-blocage au niveau des valeurs 1968 et que, d'autre part, ces mêmes établissements supportent la charge fiscale la plus lourde. Ces faits les placent dans une situation financière délicate et nombre d'entre eux doivent suspendre leur exploita-

tion. A plus forte raison, ils ne leur permettent aucun auto-financement pour investissements et comme par ailleurs les crédits restent encore soumis à un encadrement, l'ensemble de ces circonstances fait que la modernisation des établissements concernés est très aléatoire, sinon impossible, ce qui va manifestement à l'inverse du but recherché. Il lui signale par ailleurs que la direction du contrôle intérieur et des prix se propose de modifier le régime de limitation des prix et d'en effectuer un rattrapage par comparaison avec ceux déterminés sur engagement national pour les hôtels de tourisme de standing équivalent, restant entendu que, dans sa phase finale, il y aura toujours un décalage de 5 p. 100 en faveur des établissements classés « tourisme », ce qui constitue dès lors, une incitation importante à la modernisation. Mais ces dispositions souhaitées ne peuvent être appliquées que si les deux secteurs d'établissements supportent des charges fiscales égales. Il lui demande dans ces conditions : de vouloir bien, étant donné ces faits nouveaux, reconsidérer sa position qui, à l'expérience, se révèle inopérante et néfaste ; en cas de refus, de lui donner les motifs et les raisons qui s'opposent à l'attribution du taux réduit de T. V. A. aux hôtels non homologués.

Fiscalité (impôt sur le revenu des invalides).

9945. — 4 novembre 1970. — **M. Jean Bertaud** croit devoir attirer l'attention de **M. le ministre de l'économie et des finances** sur la situation préjudiciable faite à une certaine catégorie de titulaires de pension d'invalidité en ce qui concerne les affectations de parts servant de base au calcul de l'impôt sur le revenu des personnes physiques. Des renseignements qui lui ont été fournis, il apparaît qu'un célibataire titulaire d'une invalidité d'au moins 40 p. 100 bénéficie pour le calcul de l'impôt sur le revenu d'une part et demie. S'il a cru devoir se marier, il ne bénéficie plus que d'une part à laquelle s'ajoute la part de sa femme, soit deux parts, mais si le mutilé vit en concubinage et que sa compagne fasse une déclaration séparée, ils bénéficient au total de deux parts et demie. S'il en est bien ainsi, il lui demande s'il ne serait pas possible d'assurer le bénéfice du même avantage au titulaire d'une pension légitimement marié.

Redevance O. R. T. F.

9946. — 4 novembre 1970. — **M. Jean Bertaud** signale à **M. le Premier ministre** que des renseignements qui lui sont parvenus, il apparaît que l'article 15 du décret n° 69-579 du 13 juin 1969 stipule que sont exonérés de la taxe radiodiffusion divers bénéficiaires dont les mutilés de guerre de l'oreille. Par contre, l'article 16 ne prévoit l'exonération de la taxe de télévision que pour les mutilés de l'oreille pensionnés à 100 p. 100 et exempts de l'impôt sur le revenu. Il lui demande s'il ne serait pas possible de faire bénéficier de l'exonération de la taxe de télévision tous les mutilés de guerre de l'oreille sans distinction, ou tout au moins de prévoir pour eux une taxe réduite. Cette disposition ne visant qu'un nombre de plus en plus restreint de bénéficiaires, notamment lorsqu'il s'agit d'anciens combattants de la guerre 1914-1918, cette mesure ne devrait pas avoir de répercussion bien grande sur les ressources de l'O. R. T. F.

ANNEXE AU PROCES-VERBAL

DE LA

séance du mercredi 4 novembre 1970.

SCRUTIN (N° 5)

Sur les deux premières lignes de l'amendement de **M. François Schleiter** à l'article 1^{er} du projet de loi portant réforme hospitalière (opposition au caractère de « service public »).

Nombre des votants.....	264
Nombre des suffrages exprimés.....	263
Majorité absolue des suffrages exprimés.....	132

Pour l'adoption	14
Contre	249

Le Sénat n'a pas adopté.

Ont voté pour :

MM.	Pierre de Chevigny.	André Mignot.
André Armengaud.	Paul Driant.	Dominique Pado.
Edmond Barrachin.	Jean Legaret.	Henri Parisot.
Joseph Beaujannot.	Henry Loste.	Georges Portmann.
Robert Bruyneel.	Ladislas du Luart.	François Schleiter.

Ont voté contre :

MM.
 Ahmed Abdallah.
 Hubert d'Andigné.
 Jean Aubin.
 André Aubry.
 Jean de Bagneux.
 Octave Bajeux.
 Clément Balestra.
 Pierre Barbier.
 Jean Bardol.
 Hamadou Barkat Gourat.
 André Barroux.
 Maurice Bayrou.
 Jean Bène.
 Aimé Bergeal.
 Jean Bertaud.
 Jean Berthoin.
 Roger Besson.
 Général Antoine Béthouart.
 Auguste Billiemaz.
 Jean-Pierre Blanc.
 Jean-Pierre Blanchet.
 René Blondelle.
 Raymond Boin.
 Edouard Bonnefous (Yvelines).
 Charles Bosson.
 Serge Boucheny.
 Marcel Boulangé.
 Jean-Marie Bouloux.
 Pierre Bouneau.
 Amédée Bouquerel.
 Pierre Bourda.
 Philippe de Bourgoing.
 Jean-Éric Bousch.
 Joseph Brayard.
 Marcel Brégégère.
 Louis Brives.
 Martial Brousse (Meuse).
 Pierre Brousse (Hérault).
 Pierre Brun (Seine-et-Marne).
 Henri Caillavet.
 Jacques Carat.
 Roger Carcassonne.
 Mme Marie-Hélène Cardot.
 Pierre Carous.
 Maurice Carrier.
 Charles Cathala.
 Léon Chambaretaud.
 Marcel Champeix.
 Fernand Chatelain.
 Michel Chauty.
 Adolphe Chauvin.
 Albert Chavanac.
 Georges Cogniot.
 André Colin (Finistère).
 Jean Collety.
 Francisque Collomb.
 André Cornu.
 Yvon Coudé du Foresto.
 Roger Courbatère.
 Antoine Courrière.
 Louis Courroy.
 Maurice Coutrot.
 Mme Suzanne Crémieux.
 Georges Dardel.
 Marcel Darou.
 Michel Darras.
 Léon David.
 Roger Deblock.
 Jean Deguise.
 Roger Delagnes.
 Claudius Delorme.
 Jacques Descours Desacres.
 Henri Desseigne.
 André Diligent.
 Emile Dubois (Nord).
 Hector Dubois (Oise).
 Jacques Duclos.
 Baptiste Dufeu.
 André Dulin.
 Charles Durand (Cher).

Yves Durand (Vendée).
 Emile Durieux.
 François Duval.
 Jacques Eberhard.
 Jean Errecart.
 Fernand Esseul.
 Yves Estève.
 Pierre de Félice.
 Charles Ferrant.
 Jean Filippi.
 Jean Fleury.
 Marcel Fortier.
 André Fosset.
 Pierre Garet.
 Marcel Gargar.
 Roger Gaudon.
 Abel Gauthier (Puy-de-Dôme).
 Lucien Gautier (Maine-et-Loire).
 Jean Geoffroy.
 François Giacobbi.
 Pierre Giraud.
 Victor Golvan.
 Mme Marie-Thérèse Goutmann.
 Lucien Grand.
 Jean Gravier (Jura).
 Robert Gravier (Meurthe-et-Moselle).
 Léon-Jean Grégory.
 Louis Gros.
 Paul Guillard.
 Paul Guillaumot.
 Louis Guillou.
 Marcel Guislain.
 Raymond Guyot.
 Jacques Habert.
 Roger du Halgouet.
 Yves Hamon.
 Baudouin de Haute-cloque.
 Henri Henneguelle.
 Jacques Henriet.
 Gustave Héon.
 René Jager.
 Maxime Javelly.
 Léon Jozeau-Marigné.
 Louis Jung.
 Lucien Junillon.
 Michel Kauffmann.
 Alfred Kieffer.
 Michel Kistler.
 Jean Lacaze.
 Jean de Lachomette.
 Mme Catherine Lagatu.
 Maurice Lalloy.
 Marcel Lambert.
 Georges Lamousse.
 Adrien Laplace.
 Emmanuel Lartigue.
 Robert Laucournet.
 Charles Laurent-Thouverey.
 Guy de La Vasselais.
 Arthur Lavy.
 Edouard Le Bellegou.
 Jean Lecanuet.
 Fernand Lefort.
 Modeste Legouez.
 Marcel Legros.
 Marcel Lemaire.
 Bernard Lemarié.
 François Levacher.
 Jean Lhopied.
 Robert Liot.
 Pierre Mailhe (Hautes-Pyrénées).
 Pierre Maille (Somme).
 Georges Marie-Anne.
 Louis Martin (Loire).
 Marcel Martin (Meurthe-et-Moselle).
 Paul Massa.
 Pierre-René Mathey.
 Jean-Baptiste Mathias.
 Marcel Mathy.
 Michel Maurice-Bokanowski.
 Jacques Maury.

André Méric.
 André Messenger.
 Léon Messaud.
 Paul Minot.
 Gérard Minvielle.
 Michel Miroudot.
 Paul Mistral.
 Marcel Molle.
 Gaston Monnerville.
 René Monory.
 Claude Mont.
 Geoffroy de Montalembert.
 André Monteil.
 Lucien De Montigny.
 Gabriel Montpied.
 Roger Morève.
 André Morice.
 Léon Motais de Narbonne.
 Louis Namy.
 Jean Natali.
 Jean Nayrou.
 Jean Noury.
 Marcel Nuninger.
 Gaston Pams.
 Guy Pascaud.
 François Patenôtre.
 Paul Pauly.
 Paul Pelleray.
 Jacques Pelletier.
 Albert Pen.
 Lucien Perdereau.
 Jean Périquier.
 Guy Petit.
 Paul Piales.
 André Picard.
 Jules Pinsard.
 Auguste Pinton.
 Jacques Piot.
 Fernand Poignant.
 Alfred Poroi.
 Roger Poudonson.
 Marcel Prélôt.
 Henri Prêtre.
 Pierre Prost.
 Mlle Irma Rapuzzi.
 Jacques Rastoin.
 Joseph Raybaud.
 Georges Repiquet.
 Etienne Restat.
 Paul Ribeyre.
 Eugène Romaine.
 Vincent Rotinat.
 Alex Roubert.
 Georges Rougeron.
 Maurice Sambron.
 Jean Sauvage.
 Pierre Schiélé.
 Guy Schmaus.
 Robert Schmitt.
 Abel Sempé.
 Charles Sinsout.
 Edouard Soldani.
 Robert Soudant.
 Jacques Soufflet.
 Marcel Souquet.
 Charles Suran.
 Edgar Tailhades.
 Pierre-Christian Taittinger.
 Louis Talamoni.
 Henri Terré.
 Louis Thioleron.
 René Tinant.
 Henri Tournan.
 René Travert.
 Raoul Vadepiet.
 Amédée Valeau.
 Jacques Vassor.
 Fernand Verdeille.
 Maurice Vérillon.
 Jacques Verneuil.
 Jean-Louis Vigier.
 Robert Vignon.
 Hector Viron.
 Joseph Voyant.
 Raymond de Wazières.
 Michel Yver.
 Joseph Yvon.
 Charles Zwickert.

S'est abstenu :

M. Jean Colin (Essonne).

N'ont pas pris part au vote :

MM. Louis André. Raymond Bonnefous (Aveyron). Georges Bonnet. Robert Bouvard. Raymond Brun (Gironde).	Roger Duchet. Hubert Durand (Vendée). Roger Houdet. Henri Lafleur. Robert Laurens.	Pierre Marcihacy. Jacques Ménard. Max Monichon. Marc Pautet. Marcel Pellenc. Yves Villard.
--	--	---

Absent par congé :

M. Alfred Isautier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Alain Poher, président du Sénat, et M. Etienne Dailly, qui présidait la séance.

A délégué son droit de vote :

(Art. 63 et 64 du règlement.)

M. Pierre Barbier à M. Lucien Grand.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre des votants.....	270
Nombre des suffrages exprimés.....	269
Majorité absolue des suffrages exprimés.....	135
Pour l'adoption	13
Contre	256

Mais, après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN (N° 6)

Sur l'ensemble du projet de loi portant réforme hospitalière.

Nombre des votants.....	270
Nombre des suffrages exprimés.....	267
Majorité absolue des suffrages exprimés.....	134
Pour l'adoption.....	197
Contre	70

Le Sénat a adopté.

Ont voté pour :

MM. Ahmed Abdallah. Hubert d'Andigné. Louis André. Jean Aubin. Jean de Bagneux. Octave Bajeux. Pierre Barbier. Hamadou Barkat Gourat. Maurice Bayrou. Jean Bertaud. Jean Berthoin. Général Antoine Béthouart. Auguste Billiemaz. Jean-Pierre Blanc. Jean-Pierre Blanchet. René Blondelle. Raymond Boin. Edouard Bonnefous (Yvelines). Raymond Bonnefous (Aveyron). Georges Bonnet. Charles Bosson. Jean-Marie Bouloux. Pierre Bouneau. Amédée Bouquerel. Pierre Bourda.	Philippe de Bourgoing. Jean-Éric Bousch. Robert Bouvard. Joseph Brayard. Louis Brives. Martial Brousse (Meuse). Pierre Brousse (Hérault). Pierre Brun (Seine-et-Marne). Henri Caillavet. Mme Marie-Hélène Cardot. Pierre Carous. Maurice Carrier. Charles Cathala. Léon Chambaretaud. Michel Chauty. Adolphe Chauvin. Albert Chavanac. Pierre de Chevigny. André Colin (Finistère). Jean Collety. Francisque Collomb. André Cornu. Yvon Coudé du Foresto. Roger Courbatère.	Louis Courroy. Mme Suzanne Crémieux. Roger Deblock. Jean Deguise. Claudius Delorme. Jacques Descours Desacres. Henri Desseigne. André Diligent. Paul Driant. Hector Dubois (Oise). Baptiste Dufeu. André Dulin. Charles Durand (Cher). Hubert Durand (Vendée). Yves Durand (Vendée). François Duval. Jean Errecart. Fernand Esseul. Yves Estève. Pierre de Félice. Charles Ferrant. Jean Filippi. Jean Fleury. Marcel Fortier. André Fosset.
--	--	--

Pierre Garet.
Lucien Gautier
(Maine-et-Loire).
François Giacobbi.
Victor Golvan.
Lucien Grand.
Jean Gravier (Jura).
Robert Gravier (Meur-
the-et-Moselle).
Louis Gros.
Paul Guillard.
Paul Guillaumot.
Louis Guillou.
Jacques Habert.
Roger du Halgouet.
Yves Hamon.
Baudouin de Haute-
clocque.
Jacques Henriet.
Gustave Héon.
Roger Houdet.
René Jager.
Léon Jozeau-Marigné.
Louis Jung.
Lucien Junillon.
Michel Kauffmann.
Alfred Kieffer.
Michel Kistler.
Jean de Lachomette.
Henri Lafleur.
Maurice Lalloy.
Marcel Lambert.
Emmanuel Lartigue.
Robert Laurens.
Charles Laurent-
Thouvery.
Guy de La Vasselais.
Arthur Lavy.
Jean Lecanuet.
Jean Legaret.
Modeste Legouez.
Marcel Legros.
Marcel Lemaire.
Bernard Lemarié.
François Levacher.

Robert Liot.
Henry Loste.
Ladislas du Luart.
Pierre Mailhe (Hautes-
Pyrénées).
Pierre Maille
(Somme).
Georges Marie-Anne.
Louis Martin (Loire).
Marcel Martin (Meur-
the-et-Moselle).
Paul Massa.
Pierre-René Mathey.
Jean-Baptiste Mathias.
Michel Maurice-Boka-
nowski.
Jacques Maury.
Jacques Ménard.
André Messager.
André Mignot.
Paul Minot.
Michel Miroudot.
Marcel Molle.
Max Monichon.
Gaston Monnerville.
René Monory.
Claude Mont.
Geoffroy de Monta-
lembert.
André Monteil.
Lucien De Montigny.
Roger Morève.
André Morice.
Léon Motais de Nar-
bonne.
Jean Natali.
Jean Noury.
Marcel Nuninger.
Gaston Pams.
Henri Parisot.
Guy Pascaud.
François Patenôtre.
Marc Pautzet.
Paul Pelleray.
Jacques Pelletier.

Albert Pen.
Lucien Perdereau.
Guy Petit.
Paul Piales.
André Picard.
Jules Pinsard.
Auguste Pinton.
Jacques Piot.
Alfred Poroi.
Roger Poudonson.
Marcel Prêlot.
Henri Prêtre.
Pierre Prost.
Jacques Rastoin.
Joseph Raybaud.
Georges Repiquet.
Etienne Restat.
Paul Ribeyre.
Eugène Romaine.
Vincent Rotinat.
Maurice Sambron.
Jean Sauvage.
Pierre Schiélé.
Robert Schmitt.
Charles Sinsout.
Robert Soudant.
Jacques Soufflet.
Pierre-Christian Tait-
tinger.
Henri Terré.
Louis Thioleron.
René Tinant.
René Travert.
Raoul Vadepied.
Amédée Valeau.
Jacques Vassor.
Jacques Verneuil.
Jean-Louis Vigier.
Robert Vignon.
Joseph Voyant.
Raymond de Wazières.
Michel Yver.
Joseph Yvon.
Charles Zwickert.

Abel Gauthier
(Puy-de-Dôme).
Jean Geoffroy.
Pierre Giraud.
Mme Marie-Thérèse
Goutmann.
Léon-Jean Grégory.
Marcel Guislain.
Raymond Guyot.
Henri Henneguelle.
Maxime Javelly.
Jean Lacaze.
Mme Catherine
Lagatu.
Georges Lamousse.

Adrien Laplace.
Robert Laucournet.
Edouard Le Bellegou.
Fernand Lefort.
Jean Lhospiéd.
Marcel Mathy.
André Méric.
Léon Messaud.
Gérard Minvielle.
Paul Mistral.
Gabriel Montpied.
Louis Namy.
Jean Nayrou.
Paul Pauly.
Jean Périquier.

Mlle Irma Rapuzzi.
Alex Roubert.
Georges Rougeron.
Guy Schmaus.
Abel Sempé.
Edouard Soldani.
Marcel Souquet.
Charles Suran.
Edgar Tailhades.
Louis Talamoni.
Henri Tournan.
Fernand Verdeille.
Maurice Vérillon.
Hector Viron.

Se sont abstenus volontairement :

MM. Jean Colin (Essonne), Pierre Marcilhacy et Fernand Poignant.

N'ont pas pris part au vote :

MM. Edmond Barrachin. Joseph Beaujannot. Raymond Brun (Gironde).	Robert Bruyneel. Roger Duchet. Dominique Pado. Marcel Pellenc.	Georges Portmann. François Schleiter. Yves Villard.
--	---	---

Absent par congé :

M. Alfred Isautier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Alain Poher, président du Sénat, et M. Etienne Dailly, qui pré-
sidait la séance.

A délégué son droit de vote :

(Art. 63 et 64 du règlement.)

M. Pierre Barbier à M. Lucien Grand.

Ont voté contre :

MM.
André Armengaud.
André Aubry.
Clément Balestra.
Jean Bardol.
André Barroux.
Jean Bène.
Aimé Bergeal.
Roger Besson.
Serge Boucheny.

Marcel Boulangé.
Marcel Brégégère.
Jacques Carat.
Roger Carcassonne.
Marcel Champeix.
Fernand Chatelain.
Georges Cogniot.
Antoine Courrière.
Maurice Coutrot.
Georges Dardel.

Marcel Darou.
Michel Darras.
Léon David.
Roger Delagnes.
Emile Dubois (Nord).
Jacques Duclos.
Emile Durieux.
Jacques Eberhard.
Marcel Gargar.
Roger Gaudon.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre des votants.....	271
Nombre des suffrages exprimés.....	268
Majorité absolue des suffrages exprimés.....	135
Pour l'adoption	198
Contre	70

Mais, après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformé-
ment à la liste de scrutin ci-dessus.