

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

COMPTE RENDU INTEGRAL — 13^e SEANCE

Séance du Mercredi 24 Octobre 1979.

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MAURICE SCHUMANN

1. — Procès-verbal (p. 3456).

2. — Equipements sanitaires. — Adoption d'un projet de loi (p. 3456).

Discussion générale : MM. Louis Boyer, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale.

PRÉSIDENTE DE M. ALAIN POHER

MM. Jean Chérioux, Louis Jung, Jacques Bialski, Georges Berchet, Michel Labèguerie, Michel Moreigne, Mme Marie-Claude Beauveau, MM. Jean Mézard, Pierre Gamboa, le ministre.

Article additionnel (p. 3474).

Amendement n° 5 de M. Pierre Gamboa. — MM. Pierre Gamboa, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Art. 1^{er} A. — Adoption (p. 3475).

Art. 1^{er} (p. 3475).

Amendement n° 3 de la commission. — MM. le rapporteur, le ministre. — Adoption.

Amendements n° 17 de M. Jean Chérioux et 21 de M. Michel Labèguerie. — MM. Yves Estève, Michel Labèguerie, le rapporteur, le ministre. — Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Art. 2 A (p. 3476).

Amendements n° 25 et 4 de la commission. — MM. le rapporteur, le ministre. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

★ (1 f.)

Articles additionnels (p. 3476).

Amendement n° 6 de M. Pierre Gamboa. — MM. Pierre Gamboa, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 7 de M. Pierre Gamboa. — MM. Pierre Gamboa, Adolphe Chauvin, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 8 de M. Pierre Gamboa. — MM. Pierre Gamboa, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Suspension et reprise de la séance.

PRÉSIDENTE DE M. MAURICE SCHUMANN

Art. 2 (p. 3478).

Amendements n° 9 de M. Pierre Gamboa et 15 de M. Jacques Bialski. — MM. Pierre Gamboa, Jacques Bialski, le rapporteur, le ministre, Georges Berchet. — Rejet au scrutin public.

Amendement n° 16 de M. Jacques Bialski. — MM. Michel Moreigne, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendements n° 18 rectifié de M. Jean Chérioux, 2 de M. Georges Berchet, 19 de M. Jean Chérioux, 22 de M. Michel Labèguerie et 27 rectifié du Gouvernement. — MM. Jean Chérioux, le rapporteur, le ministre, Georges Berchet, Michel Labèguerie, Michel Moreigne. — Adoption des amendements n° 18 rectifié et 27 rectifié.

Adoption de l'article modifié.

Art. 2 bis (p. 3483).

Amendement n° 26 de la commission. — Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Art. 3 et 3 bis. — Adoption (p. 3483).

Art. 4 (p. 3483).

Amendement n° 11 de M. Pierre Gamboa. — MM. Pierre Gamboa, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Adoption de l'article.

Art. 6. — Adoption (p. 3483).

Art. 9 (p. 3484).

Amendement n° 13 de M. Pierre Gamboa. — MM. Pierre Gamboa, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Amendements n° 20 de M. Jean Chérioux et 24 de M. Michel Labèguerie. — MM. Jean Chérioux, Michel Labèguerie, le rapporteur, le ministre, Georges Berchet. — Adoption de l'amendement n° 24 rectifié.

Adoption de l'article modifié.

Art. 10 (p. 3485).

Amendement n° 14 rectifié de M. Pierre Gamboa. — MM. Pierre Gamboa, le rapporteur, le ministre. — Rejet.

Adoption de l'article.

Vote sur l'ensemble (p. 3485).

MM. Michel Moreigne, Jean Chérioux, Michel Miroudot, Pierre Gamboa.

Adoption du projet de loi.

3. — Dépôt d'une question orale avec débat (p. 3486).

4. — Retrait d'une question orale avec débat (p. 3486).

5. — Dépôt d'un rapport du Gouvernement (p. 3486).

6. — Dépôt de propositions de loi (p. 3486).

7. — Dépôt d'une proposition de résolution (p. 3486).

8. — Ordre du jour (p. 3487).

PRESIDENCE DE M. MAURICE SCHUMANN, vice-président.

La séance est ouverte à seize heures cinq 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 —

EQUIPEMENTS SANITAIRES

Adoption d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. [N°s 427 (1978-1979) et 24 (1978-1980).]

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. Louis Boyer, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, voici vingt ans, le parc hospitalier français était considéré comme très insuffisant eu égard aux besoins, et sa vétusté jugée indigne d'une nation moderne. L'expansion économique battant son plein, s'engageait une politique hardie et ambitieuse de construction et de rénovation.

Il y a dix ans, à l'aube du VI^e Plan, au moment même où s'affirmait la nécessité d'une coordination plus rationnelle entre le secteur public et le secteur privé, sur la base d'une carte sanitaire, préoccupation traduite dans la loi hospitalière du 31 décembre 1970, il fallait encore construire et l'on se désolait de ce que les objectifs du V^e Plan n'aient pas été atteints.

Mais, vers le milieu des années soixante-dix, le ton change. L'essor de l'équipement hospitalier a dépassé les besoins, qui s'avèrent surévalués compte tenu de l'évolution des techniques de soins. Certes, il importe encore de rénover, d'humaniser

l'hôpital ; mais l'accroissement des capacités d'hébergement est proscrit. Ainsi en décide le conseil des ministres en juillet 1976. La France dispose, globalement, d'assez de lits, même si ici ou là — région Nord-Pas-de-Calais surtout — on constate encore des carences. Une circulaire ministérielle du 1^{er} août 1977 remet en question les programmes d'investissement en cours.

Plus le temps passe, plus la crise économique s'affirme, plus s'avère préoccupante l'augmentation toujours rapide des dépenses de santé, et particulièrement des dépenses hospitalières — 20 p. 100 par an en moyenne — qui met en péril l'équilibre des régimes sociaux.

De la notion de stabilisation du nombre de lits, on passe à l'idée de réduire les capacités excédentaires, génératrices de coûts inutiles.

C'est à cet objectif que répond le présent projet de loi.

Sous un intitulé de caractère général, son contenu est, en fait, limité et précis. Il s'agit de donner au ministre de la santé des pouvoirs nouveaux pour supprimer les capacités d'hébergement — ainsi que les équipements lourds — qui excèdent les besoins.

A cette disposition essentielle, qui ne concerne que le service public hospitalier, s'ajoutent, outre divers aménagements de détail de la loi hospitalière de 1970, deux autres mesures.

D'une part, certains types d'établissements ou de services sanitaires privés sans moyens d'hospitalisation traditionnels — rééducation fonctionnelle, hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, hospitalisation à domicile — sont désormais soumis à autorisation.

D'autre part, les deux séries de commissions consultatives qui interviennent à des degrés divers dans la coordination des équipements — commission de l'équipement sanitaire et commissions de l'hospitalisation — sont fusionnées.

Le projet de loi a été discuté et adopté par l'Assemblée nationale les 20 et 21 juin 1979.

Depuis cette date, le Gouvernement a pris des décisions nouvelles en matière de politique hospitalière, dans le cadre du plan de redressement de l'assurance maladie adopté par le conseil des ministres du 25 juillet.

Les mesures prises, rigoureuses, ont pour objet de freiner la croissance des budgets hospitaliers.

Elles s'articulent autour de trois idées maîtresses : attirer l'attention des gestionnaires et des médecins sur le fait que les recettes des hôpitaux sont des dépenses pour les régimes d'assurance maladie, donc pour la collectivité ; les inciter à déterminer correctement le budget prévisionnel de leur établissement et à se tenir aux prévisions, moyennant un contrôle suivi de l'exécution du budget ; les appeler à raisonner désormais dans le sens, non d'un accroissement, mais d'une utilisation rationnelle des moyens en personnel et en installations existants.

Votre commission n'a pas manqué de mettre à profit l'étude du présent texte pour interroger les différentes personnalités entendues — et notamment M. le ministre de la santé — sur les développements récents de la politique hospitalière.

Mais on ne trouvera, dans le présent rapport, ni analyse ni critique des mesures adoptées car elles concernent davantage la gestion des hôpitaux que l'investissement. Il faut signaler toutefois une directive intéressante pour notre propos, à laquelle nous aurons l'occasion de faire référence : les investissements nouveaux ne sont désormais autorisés que dans la mesure où les dépenses de fonctionnement qu'ils engendrent sont gagés sur des économies — circulaire du 4 septembre 1979. Précision importante : les opérations d'humanisation échappent à cette règle.

Le présent texte ayant pour principal objet de donner au ministre de la santé des moyens d'intervention nouveaux pour supprimer les capacités excédentaires, c'est à cette innovation principale que l'exposé sera consacré.

Nous parlerons d'abord de l'opportunité du projet de loi : pourquoi donner au ministre de la santé le pouvoir de supprimer les capacités hospitalières excédentaires ?

Les motifs qui fondent le projet de loi peuvent s'articuler autour des trois propositions suivantes : il existe aujourd'hui des capacités excédentaires ; elles représentent un coût inutile pour la collectivité ; les procédures en vigueur ne suffisent pas à permettre de les résorber.

Premièrement, il existe des capacités hospitalières excédentaires.

Les investissements hospitaliers ont connu une expansion rapide au cours des quinze dernières années. Les capacités

d'hébergement, tous établissements confondus, sont passées de 663 000 lits en 1963 à 824 700 en 1979, soit une augmentation de 25 p. 100 du parc hospitalier.

Sur ce total, on évalue à environ 50 000 le nombre de lits insuffisamment occupés. Pourquoi cet excédent, alors que les équipements hospitaliers font, particulièrement depuis 1970, l'objet d'une planification en principe rigoureuse ?

Comme on le sait, la réforme hospitalière du 31 décembre 1970 a instauré une procédure de coordination des équipements publics et privés — lits et matériel médical lourd — et prévu l'instauration d'une carte hospitalière. Celle-ci définit des indices de besoins par grande région sanitaire et, à l'intérieur de celles-ci, par secteur géographique. Il s'avère que la carte hospitalière a été très longue à élaborer et qu'elle a d'abord été établie sur la base d'indices de besoins qui se sont révélés par la suite surévalués. Aussi n'a-t-elle pas constitué l'instrument de mesure adéquat que l'on espérait.

Sous l'effet de l'évolution des techniques médicales, les soins ambulatoires, l'hospitalisation de jour se sont développés et, tandis que le nombre de malades soignés à l'hôpital croissait régulièrement, la durée moyenne de séjour diminuait singulièrement, passant, en quinze ans, de vingt-huit à douze jours et demi en médecine et de seize à moins de dix jours en chirurgie. La hausse du niveau de vie, l'amélioration des logements, l'augmentation du nombre des médecins de ville ont contribué à accélérer ce phénomène.

Or, malgré ces évolutions, l'investissement s'est poursuivi, jusqu'en 1976, à un rythme fondé sur une appréciation devenue erronée des besoins. Un long délai, plus de dix ans parfois, s'écoule entre le moment où un investissement est décidé et celui où il devient opérationnel. La lourdeur des opérations engagées, souvent de grande envergure, ne permettait pas aisément la remise en question des programmes.

Les autorités locales avaient plutôt tendance naturellement à pousser à l'investissement que l'aisance financière apportée au pays par l'expansion économique rapide permettait.

Il a fallu attendre 1977 pour qu'un coup d'arrêt soit donné par la circulaire du 1^{er} août 1977 déjà citée. Mais il était déjà trop tard.

Certes, aujourd'hui encore, il existe des régions déficitaires, et plus singulièrement le Nord-Pas-de-Calais, où cependant l'exécution des programmes en cours permet d'escompter une couverture prochaine des besoins.

Mais presque partout ailleurs, les capacités sont suffisantes et mêmes excédentaires. Les excédents sont particulièrement notables dans certaines disciplines comme l'obstétrique — compte tenu de la baisse de la natalité — les services de réanimation, trop nombreux et présentant parfois des garanties de sécurité insuffisantes dans les établissements de moyenne importance, et la psychiatrie. Dans cette discipline, les investissements ont été poursuivis sans tenir compte des moyens thérapeutiques nouveaux et de la mise en œuvre de la politique de sectorisation, avec pour corollaire le développement des traitements ambulatoires. On évalue aujourd'hui à environ cinquante mille — comme je l'ai dit précédemment — le nombre de lits insuffisamment occupés, soit 8 p. 100 du parc hospitalier, hospices non compris.

Deuxièmement, ces capacités excédentaires représentent un coût inutile pour la collectivité.

A l'heure où l'on s'inquiète de l'accroissement continu des dépenses de santé, alors même que les ressources des régimes sociaux sont tarées par le freinage des salaires et le chômage, il est inévitable de porter son regard sur la masse considérable que représentent les dépenses d'hospitalisation. Ces dépenses constituent aujourd'hui plus de la moitié des charges de l'assurance maladie, soit 55 milliards de francs en 1978, et continuent à croître très rapidement — 22 p. 100 d'augmentation au début de l'année 1979.

On connaît les facteurs qui ont conduit et conduisent encore à l'aggravation des coûts de l'hospitalisation. Les techniques nouvelles de diagnostic et de soins font appel à des installations de plus en plus onéreuses et à un personnel de plus en plus qualifié en radiologie et pour les analyses médicales notamment. L'accroissement des effectifs en personnel médical a été multiplié en dix ans, de 1966 à 1976, par 2,5. L'amélioration concurrente du statut de ces personnels s'est traduite par des augmentations de rémunération et par des allègements de service, de telle sorte, d'ailleurs, que l'augmentation des effectifs est peu ressentie au niveau de la vie courante des établissements.

L'effet de ces évolutions sur le coût paraît inéluctable et difficilement compressible. Tout au plus peut-on espérer infléchir ces évolutions en incitant les hôpitaux à une gestion plus rigoureuse, au besoin moyennant une réforme de la tarification hospitalière, attendue depuis longtemps et en cours d'expérimentation mais dont il ne faut cependant pas attendre de miracle. Sur tout, par tous moyens et notamment par l'instauration de budgets de services, il faut sensibiliser les médecins hospitaliers aux responsabilités qui leur incombent en vue d'une rationalisation de leur comportement en tant que prescripteurs, demandeurs d'installations nouvelles et gestionnaires de leurs services.

Sans doute conviendrait-il de mettre en place une planification plus fine des installations médicales et, dans un avenir plus ou moins proche, de remettre en cause les structures mêmes de l'hôpital. Mais les réformes de structures, génératrices d'économies à terme, sont en général plutôt coûteuses à brève échéance.

Pour l'heure, et pour qui cherche les moyens les plus certains de cerner les dépenses inutiles pour les supprimer, les mesures les plus efficaces à prendre concernent certainement la résorption des capacités d'hébergement excédentaires.

Elles engendrent, en effet, des dépenses de fonctionnement, en personnel surtout : il est vrai qu'un lit vide coûte presque aussi cher qu'un lit occupé. Elles incitent gestionnaires et médecins à les utiliser, donc éventuellement à gonfler sans nécessité absolue l'activité de l'établissement, génératrice de rentrées de prix de journée. Lorsque des frais sont exposés, il est naturel de tenter de les couvrir par tous moyens.

Troisièmement, les procédures en vigueur ne permettent pas de résorber les capacités excédentaires.

Les indices officiels de besoins sur lesquels est fondée la carte hospitalière ont été révisés en baisse, par arrêtés ministériels, au cours de l'année 1977. Une procédure de révision de la carte hospitalière est donc en cours. Les régions qui étaient en retard dans l'élaboration de la carte — Ile-de-France, Centre et Provence-Côte d'Azur notamment — ont publié leur carte récemment en tenant compte des nouveaux indices. L'Aquitaine, dont la carte a été annulée en Conseil d'Etat, devrait suivre prochainement le même chemin. Les autres régions s'attachent, plus lentement, à réviser leurs indices.

Il résultera de ces travaux que, pratiquement dans toutes les régions de France, apparaîtront des capacités excédentaires.

Dès lors se pose le problème : comment les résorber ?

La politique d'humanisation — suppression des salles communes et rénovation des plateaux techniques — a fait en la matière œuvre positive, mais non suffisante.

Les établissements eux-mêmes ne sont guère enclins à réduire leurs capacités, même lorsque les taux d'occupation de certains services sont manifestement trop bas. Plusieurs raisons y contribuent, et tout d'abord le statut des directeurs d'hôpitaux dont la rémunération est liée au nombre de lits. Les chefs de service mesurent trop souvent leur prestige au nombre potentiel de malades qu'ils peuvent héberger. Le même état d'esprit règne le plus souvent au sein des conseils d'administration. Ces facteurs ont été analysés avec la plus grande pertinence pas notre collègue M. Barbier, dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée nationale sur le présent projet de loi.

Certes, le préfet peut, en application du décret n° 73-935 du 24 septembre 1973, transformer ou supprimer des établissements hospitaliers publics. Mais cette notion de transformation a été interprétée de manière restrictive comme un changement de collectivité territoriale de rattachement.

En tout état de cause, le préfet du département paraît mal placé pour imposer une révision de programme, une fermeture de service ou d'établissement.

Dans ces conditions, le transfert au ministre de la santé — autorité de tutelle suprême — du pouvoir de fermer d'autorité un service ou un établissement peut apparaître comme une solution efficace, à condition d'être entourée d'une procédure permettant d'éviter l'arbitraire et facilitant la négociation avec les conseils d'administration, naturellement défavorables *a priori* à une telle ingérence dans leurs attributions. Un certain nombre d'organismes sont cependant opposés à conférer au ministre des pouvoirs nouveaux pour fermer les établissements.

On peut relever dans une loi récente, celle du 4 janvier 1978, une mesure témoignant déjà du même esprit. En effet, le législateur avait alors conféré au ministre le pouvoir de procéder à la transformation des hospices soit en maisons de retraite, soit en établissements pour invalides afin d'accélérer le processus engagé en application de la loi sociale du 30 juin 1975.

Cette disposition n'avait pas alors soulevé, de la part des responsables hospitaliers, les mêmes réserves que le présent projet de loi.

On doit également signaler un autre précédent : un décret du 4 janvier 1963 donnait pratiquement les mêmes pouvoirs de fermeture de lits hospitaliers au ministre de la santé. Mais cette mesure avait été prise dans un contexte différent dû à l'arrivée des rapatriés d'Algérie. Elle n'a pratiquement jamais été appliquée et le vote de la loi hospitalière de 1970 l'a rendue caduque.

Il convient que les pouvoirs conférés au ministre soient entourés de garanties suffisantes afin d'éviter l'arbitraire et de permettre un dialogue constructif avec les conseils d'administration. Tel semble le cas. En effet, la fermeture ou la transformation de lits ou de services, ou encore la suppression d'équipements lourds ne pourront être effectuées que pour deux motifs particuliers : soit si l'intérêt des malades est en cause ; soit si le fonctionnement de l'établissement n'est pas satisfaisant.

Derrière ces indications relativement larges données par le projet de loi, sont visés essentiellement les services qui n'offrent pas aux malades une sécurité suffisante — comme un certain nombre de maternités rurales — et les services dont le taux d'occupation, manifestement insuffisant, pèse lourdement sur la gestion des établissements.

Ne pourront être supprimées que les capacités excédentaires par rapport aux besoins définis par la carte sanitaire, ce qui exclut la fermeture de lits dans les secteurs déficitaires.

La procédure prévue par le projet de loi tel qu'il a été modifié par l'Assemblée nationale est la suivante : le ministre demandera à l'établissement de prendre les mesures qui lui paraissent souhaitables après avoir consulté la commission nationale de l'équipement sanitaire ainsi que la commission régionale compétente.

Le conseil d'administration disposera d'un délai de quatre mois pour mettre en œuvre les directives ministérielles ; à défaut, le ministre pourra prendre ces mesures au lieu et place du conseil d'administration.

Ces dispositions s'appliquent exclusivement au secteur public, autrement dit aux hôpitaux publics à proprement parler, ainsi qu'aux établissements qui participent au service public hospitalier. Pour ces derniers, la sanction en cas de non-exécution des directives ministérielles ne sera pas la fermeture autoritaire des lits par le ministre ; mais l'établissement à but non lucratif pourra être rayé de la liste des établissements participant au service public.

Pourquoi une procédure analogue n'est-elle pas prévue pour le secteur hospitalier privé dans lequel existent également des capacités d'hébergement excédentaires ? Tout d'abord, il faut noter que ces capacités excédentaires ne pèsent pas de la même manière sur le budget de la sécurité sociale que celles du secteur public puisque les déficits ne sont pas réincorporés dans le prix de journée. Du mode de tarification applicable dans le secteur privé, il résulte que les cliniques ne peuvent pas supporter pendant de nombreuses années la charge très lourde de services non rentables, ce qui les contraint à des fermetures spontanées. On a vu ainsi acculées à la faillite de nombreuses cliniques privées qui ne réussissaient pas à remplir leurs lits, soit du fait d'une surcapacité liée à la baisse de la natalité, soit parce qu'elles faisaient l'objet d'une désaffectation de la part du public parce que n'offrant pas d'équipements suffisamment modernes.

Ainsi joue, dans le secteur privé libéral, la loi de l'offre et de la demande. En outre, l'autorité de tutelle se trouve d'ores et déjà investie, par la loi hospitalière de 1970, du pouvoir de retirer l'autorisation de fonctionner aux cliniques privées dans des hypothèses très comparables à celles qui sont prévues pour les établissements publics de la présente loi.

Ainsi, aux termes de l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970, l'autorisation de création d'un équipement privé peut être retirée, d'une part, lorsque l'équipement ne répond plus aux besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire ; d'autre part, lorsqu'il n'est pas conforme aux normes réglementaires.

En l'espèce, l'autorité administrative concernée n'est pas le ministre, mais le préfet de région.

La loi prévoit donc, d'ores et déjà, des dispositions applicables aux cliniques privées. Mais ces dispositions n'ont, semble-t-il, jamais été appliquées. Il faut d'ailleurs reconnaître qu'il est difficile, pour la puissance publique, de fermer autoritairement tout ou partie d'un établissement privé, sauf dans l'hypothèse où ses conditions de fonctionnement met-

traient manifestement en danger la sécurité des malades. Dans le cas de capacités excédentaires, l'établissement concerné pourrait être tenté de demander une indemnisation, ce qui constitue un frein aux initiatives de l'autorité administrative malgré les pouvoirs théoriques que lui donne la loi.

On pourrait s'interroger sur l'opportunité d'étendre aux établissements sociaux et médico-sociaux les mesures prévues par le projet de loi pour le secteur sanitaire. En effet, il existe également, dans le secteur social, des capacités excédentaires qui grèvent les dépenses d'assurance maladie et d'aide sociale.

Votre commission n'a pas voulu, cependant, prendre une telle initiative qui aurait considérablement élargi la portée du présent texte. Mais il serait bon que le Gouvernement étudie la question en vue de l'élaboration d'un projet de loi distinct de celui-ci et applicable aux établissements sanitaires et sociaux.

On doit noter, à ce propos, que la loi sociale du 30 juin 1975 — article 14 — donne à l'autorité de tutelle le pouvoir de fermer les établissements sociaux privés dans plusieurs cas : non-respect des normes réglementaires, infraction à la législation ou à la réglementation, menace pesant sur la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral des usagers.

L'hypothèse d'un excédent de capacités par rapport aux besoins n'est pas envisagée. Cependant, l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux ou de recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée lorsque le prix pratiqué est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement de l'établissement.

Mais ces dispositions ne sont applicables qu'aux établissements privés. La loi sociale ne contient aucune mesure particulière donnant base légale à une éventuelle intervention de l'autorité de tutelle pour prendre l'initiative de supprimer les capacités excédentaires des établissements publics.

Dans ces établissements, la création, la transformation ou la suppression de services entre dans les attributions des conseils d'administration.

Après avoir ainsi souligné l'opportunité du dispositif proposé et présenté ses caractéristiques, il importe de s'interroger sur sa portée pratique.

Il serait illusoire d'attendre des mesures proposées aujourd'hui à l'approbation du Parlement qu'elles permettent la résorption de toutes les capacités excédentaires du secteur hospitalier public. En effet, le ministre de la santé sera contraint d'user avec précaution des prérogatives nouvelles que le législateur va lui conférer. Son action ne sera efficace que si elle est prudente, donc limitée — du moins dans un premier temps — à quelques situations incontestablement abusives, et ce pour plusieurs raisons que l'on peut ainsi tenter de qualifier : premièrement, la difficulté de l'appréciation, cas par cas, des capacités excédentaires manifestes, donc de l'opportunité des interventions ministérielles ; deuxièmement, les problèmes de personnel ; troisièmement, la nécessité d'éviter autant que possible l'hostilité des conseils d'administration et de disposer à cette fin de moyens de négociation.

Compte tenu des obligations du service public qui pèsent sur les établissements relevant du secteur public, on considère en général qu'un service tourne efficacement avec un taux d'occupation moyen de l'ordre de 80 à 85 p. 100. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'un service occupé à 70 p. 100 doive fermer ou être réduit. Encore faut-il savoir que faire des malades qui s'y trouvent et tenir compte des moyens de soins existant à l'entour. En revanche, un établissement ou un service qui tourne, plusieurs années de suite, avec un taux d'occupation de 15 à 20 p. 100 — il en existe, paraît-il — représente un cas beaucoup plus simple.

Le projet de loi, comme nous l'avons déjà souligné, laisse au ministre de la santé une large latitude pour apprécier l'opportunité de ses interventions : aucun taux d'occupation, par exemple, n'est cité. Aucun même n'a été avancé avec précision par les interlocuteurs du ministère avec lesquels votre rapporteur s'est entretenu. L'imprécision de la loi est, certes, gage de souplesse, mais elle peut être aussi source de contentieux, surtout dans les régions ou secteurs dans lesquels la carte hospitalière est en cours de revision ou inexistante. Or, on sait que, s'il existe maintenant partout une carte pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la carte M. C. O., on attend encore celles du moyen séjour, du long séjour et surtout du psychiatrique. Nous n'insisterons pas ici sur les insuffisances de la carte sanitaire M. C. O. comme mesure adéquate de la couverture des besoins d'hospitalisation soulignées par l'inspection générale des affaires sociales dans son rapport de 1977-1978 et fort opportunément commentées par notre collègue M. Barbier dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée nationale.

Plus grave encore paraît l'absence pure et simple de carte de la psychiatrie, secteur dans lequel existent des excédents de capacités d'hébergement importants, car une carte sanitaire, lorsqu'elle existe, offre malgré tous ses défauts une base de discussion.

En outre, qu'on veuille ou non l'admettre, il sera difficile de supprimer des capacités dans le secteur public lorsque le secteur privé sera déficitaire dans la même discipline ou lorsque, à l'inverse, la clinique privée voisine de l'hôpital public sera occupée à plus de 100 p. 100.

Enfin, il est permis de s'interroger sur la précision avec laquelle le ministère de la santé connaît effectivement le taux d'occupation des lits — du public et du privé — et le degré d'utilisation des matériels.

Pour toutes ces raisons, il est probable que tant que l'instrument statistique ne sera pas plus affiné et tant que la carte sanitaire ne sera pas achevée, le ministre se limitera à des interventions ponctuelles dans des établissements d'ores et déjà bien connus de lui, par exemple ceux qui font l'objet d'une mission d'assistance technique.

Dans le cas d'établissements déficients sur le plan de la sécurité des malades — par exemple, certaines maternités rurales — l'opportunité d'une intervention ministérielle paraît moins délicate à apprécier.

Examinons les problèmes de personnel.

Les difficultés liées à l'emploi des personnels seront limitées au minimum dans les cas de fermeture partielle d'établissement, car les agents concernés pourront, en général, être transférés dans d'autres services. Mais il n'est pas question, bien entendu, de mettre à pied le personnel titulaire. Seuls, les agents contractuels risqueront de perdre leur emploi, mais les personnels auxiliaires sont rares dans les services sous-occupés.

Une question vient alors immédiatement à l'esprit : si les personnels continuent d'être employés par l'établissement, quelle sera l'incidence de la fermeture de lits sur le budget de l'établissement ? Peut-être sera-t-elle nulle dans un premier temps. Mais, si les personnels se trouvent en surnombre par rapport aux besoins des services, les excédents pourront être résorbés à terme assez rapidement, même pour des catégories à fort taux de rotation comme les infirmiers et les aides soignants. Il faut s'attendre à ce que la suppression de lits entraîne non une diminution des effectifs, mais plutôt leur stabilisation. Il se peut aussi qu'il y ait dans l'ensemble de l'établissement une pénurie de personnel qui se trouve ainsi opportunément résorbée. Dans ce cas, l'hôpital ne fera pas d'économies, mais l'efficacité du service rendu sera améliorée.

En tout état de cause, il paraît plus efficace, pour obtenir un freinage de la dépense, de fermer des services hospitaliers entiers que de réduire les capacités d'un service. La suppression de quelques lits, en effet, n'impose pas nécessairement de mouvements de personnel.

Si donc il n'y a guère de grave problème d'emploi en cas de fermeture partielle d'établissement, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de fermer un établissement entier, surtout s'il est isolé. L'éventualité peut pourtant se présenter, par exemple, pour des établissements publics de moyen séjour ou des hôpitaux psychiatriques insuffisamment occupés.

Dans le secteur psychiatrique, le réemploi du personnel est rendu particulièrement difficile étant donné sa qualification et son statut particulier ; c'est vrai tant pour les médecins que pour les infirmiers. Pourtant, c'est là que l'on devrait procéder aux restructurations de plus grande envergure pour supprimer les établissements trop grands, mal localisés, isolés et développer en revanche des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Il ne faut pas fonder trop d'espoir sur le présent texte pour résorber les excédents des hôpitaux psychiatriques, nous semble-t-il, malheureusement.

En ce qui concerne la nécessité pour le ministre de la santé de disposer de moyens de négociation avec les conseils d'administration, une mesure imposée d'autorité est rarement convenablement appliquée. Aussi conviendrait-il pour le ministre de la santé d'éviter autant que possible d'être contraint d'user jusqu'au bout des pouvoirs que lui confère le législateur.

Rigoureuse dans sa lettre, la loi doit être appliquée avec modération pour être efficace. Aussi la mise en jeu de la procédure nouvelle ne devrait-elle intervenir que dans les cas rares où, en amont, les négociations avec le conseil d'administration auront échoué.

Pour cela, il faut que le ministre dispose de moyens de négociation, de moyens d'échange, afin de réduire les réticences, voire l'hostilité, *a priori*, des conseils d'administration, des

directeurs et des chefs de service. La suppression de lits ne doit en aucun cas apparaître, sauf cas particulier, comme une sanction. Tel est d'ailleurs l'esprit de la loi, qui permet d'effectuer des aménagements, des restructurations, au besoin en jouant sur plusieurs établissements, concentrant telle discipline ici, telle autre là.

A cet effet, dans une perspective de négociation ouverte avec l'autorité de tutelle, la circulaire ministérielle n° 2507 du 4 septembre 1979 prise en application du plan de redressement de la sécurité sociale du 25 juillet de la même année comporte des dispositions intéressantes.

Le plan du 25 juillet a préconisé de suspendre l'engagement d'investissements nouveaux sans réalisation d'économies permettant de couvrir les frais de fonctionnement ainsi engendrés. Précisons que ne sont touchées, en l'espèce, ni les opérations déjà engagées, ni les opérations relatives à l'humanisation et aux services d'urgence, type S. A. M. U.

Les conditions d'application de cette directive ont été précisées par la circulaire susvisée, qui invite les conseils d'administration des établissements publics à faire l'inventaire « des équipements ou des moyens de fonctionnement insuffisamment utilisés ou en excédent par rapport à la carte sanitaire ».

En clair, les établissements sont ainsi préparés à négocier telle installation nouvelle contre tel équipement sous-utilisé ou tel nombre de lits insuffisamment occupés.

C'est déjà, en quelque sorte, une mesure d'application de la présente loi, mais qui offre même des perspectives supplémentaires, car ainsi peuvent être remis en cause non seulement des capacités excédentaires et des équipements lourds, mais même des installations techniques de diagnostic ou de traitement, qui échappent à la planification.

Pour conclure ces observations, nous insisterons sur le fait que l'application du présent projet de loi ne doit, en aucun cas, conduire à mettre en cause l'intérêt des malades et la qualité des soins et doit reposer sur une large concertation avec les conseils d'administration concernés et les professions de santé.

Nous nous permettrons de formuler quelques recommandations.

Premièrement, que la procédure de révision de la carte hospitalière médecine, chirurgie, obstétrique soit, autant que possible, accélérée.

Deuxièmement, que les cartes du long séjour, du moyen séjour et de la psychiatrie voient le jour rapidement.

Troisièmement, qu'il soit tenu compte, dans l'évolution des besoins hospitaliers, du développement des formes nouvelles de traitement : hôpital de jour, sectorisation psychiatrique, etc.

Quatrièmement, que, pour le long séjour, il soit tenu compte des capacités d'hébergement du secteur social et que soit envisagée l'élaboration d'une carte commune au long séjour sanitaire et social.

Cinquièmement, qu'une discussion s'engage avec les professions de santé pour leur faire prendre conscience que, si, en aucun cas, la qualité des soins et l'intérêt des malades ne doivent être mis en cause, ces conditions ne passent pas obligatoirement par les solutions les plus onéreuses ; au contraire, la qualité des soins passe par la possibilité de continuer à les assurer.

Sixièmement, que soit mise en œuvre, à l'échelon régional, une planification plus fine pour certaines disciplines permettant d'effectuer des arbitrages dans les investissements.

Septièmement, que le préfet de région soit l'autorité de tutelle unique pour les établissements publics et privés en matière d'équipement. (*Applaudissements.*)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons entendre d'abord M. le ministre de la santé, ensuite les différents orateurs inscrits, après quoi M. le ministre de la santé m'a d'ores et déjà fait savoir qu'il reprendrait la parole pour répondre aux orateurs.

M. Etienne Dailly. Je demande la parole pour une motion d'ordre.

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

M. Etienne Dailly. Permettez-moi de vous demander, monsieur le président, si l'on peut conclure de vos propos que la discussion des articles serait abordée à la reprise de la séance de ce soir ou, au contraire, qu'elle pourrait l'être avant le dîner, dans la mesure où je ne suis pas indiscret et où vous avez la possibilité de me répondre, ce qui n'est pas prouvé.

M. le président. Monsieur Dailly, vous avez assez d'expérience et de sagacité pour savoir que, dans ce domaine, toute prévision est imprudente. Je crois pouvoir dire qu'il n'est pas exclu que l'on commence à aborder la discussion des articles avant le dîner, mais je m'empresse d'ajouter que je n'en mettrais pas ma main au feu. (*Sourires.*)

La parole est à M. le ministre.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je voudrais d'abord rendre hommage à votre rapporteur, M. Boyer, qui vient de nous faire une présentation à vrai dire très complète et très objective de ce projet de loi. Pour ma part, je m'en tiendrai donc aux aspects essentiels de ce texte, en essayant d'expliquer au Sénat l'esprit dans lequel le ministre de la santé et de la sécurité sociale entend ensuite en faire application.

Ce texte s'inscrit, bien sûr, dans l'action menée par le Gouvernement pour maîtriser l'accroissement des dépenses de santé, en particulier des dépenses hospitalières. Il a pour objectif principal de concourir à une adaptation précise et permanente des équipements hospitaliers aux besoins des malades.

J'exposerai d'abord les raisons qui ont conduit le Gouvernement à déposer ce projet de loi, après quoi je vous préciserai l'esprit de ses principales dispositions.

D'abord, le pourquoi de ce projet de loi. Pour bien comprendre les raisons qui ont conduit au dépôt de ce projet de loi, il convient d'avoir en mémoire l'évolution de notre potentiel hospitalier pendant la dernière période. Sur ce point, M. le rapporteur a déjà donné des chiffres intéressants, que je ne ferai que compléter.

La capacité de nos hôpitaux s'est considérablement accrue depuis quinze ans. On oublie trop vite que, pendant cette période, nous avons ouvert plus de cent hôpitaux, plus de 160 000 lits, soit près de 30 p. 100 d'augmentation dans toutes les disciplines.

Pendant la même période, le nombre des praticiens a triplé. Un effort sans précédent de formation des personnels médicaux et paramédicaux a été conduit. Le chiffre que je vais vous indiquer illustre peut-être mieux que les autres les progrès réalisés : aujourd'hui, chaque malade hospitalisé dispose autour de lui d'un personnel deux fois plus nombreux que voilà dix ans.

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que les emplois créés chaque année dans les hôpitaux publics se soient comptés par dizaines de milliers : plus de 70 000 pendant les trois dernières années.

Cet effort quantitatif s'est accompagné, bien sûr, d'une amélioration de la qualité du service hospitalier. La suppression des salles communes était une action prioritaire. Elle est maintenant réalisée à près de 70 p. 100 et je disais hier devant votre commission des affaires sociales que nous pensions bien tenir les délais prévus pour la suppression des salles communes, c'est-à-dire la fin de l'année 1981.

Cette modernisation permet — il faut bien le dire — de mettre à la disposition des malades les équipements techniques les plus modernes. Sait-on qu'aujourd'hui plus de 2 200 appareils d'hémodialyse, près de 300 appareils lourds de radiothérapie fonctionnent en France, que 55 scanographes sont autorisés dans toutes les régions ? Voilà un bilan positif.

La qualité des soins dispensés a bénéficié de cet effort national : grâce au progrès technique, on est mieux soigné à l'hôpital et l'on y reste moins longtemps. En quinze ans, les séjours moyens sont passés de vingt-huit jours à moins de treize jours dans les services de médecine, de seize jours à moins de dix jours dans les services de chirurgie.

Dans le même temps, l'ensemble de la politique hospitalière doit se fixer comme objectif de limiter les admissions aux cas qui ne peuvent pas être traités à l'extérieur de l'hôpital. Il faut donc développer les consultations externes et les traitements ambulatoires de façon à réserver la technicité de l'hôpital à ceux qui en ont réellement besoin.

Ces évolutions provoquent aujourd'hui une sous-utilisation de certains lits ou de certains équipements. Pour éviter qu'elles ne se traduisent par des coûts inutiles, car un lit vide coûte presque aussi cher qu'un lit occupé — M. Boyer le disait tout à l'heure — il faut adapter les capacités hospitalières. La nécessité de cette adaptation est illustrée par les excédents que nous constatons aujourd'hui par rapport à la carte sanitaire.

Cette analyse n'est pas théorique, je peux en donner au Sénat quelques exemples.

J'ai eu récemment connaissance, dans un petit hôpital du Sud-Ouest, d'un service d'obstétrique de vingt lits qui a réalisé 127 accouchements dans une année. Ce service coûte cher et il ne garantit pas totalement, en cas de difficultés, la sécurité des femmes qui y sont admises. Il faut remodeler cet établissement, ce que, pour des raisons diverses, bien sûr, dans l'état actuel des choses, on aurait les plus grandes difficultés à faire.

Je pourrais citer aussi l'exemple de la psychiatrie. Il faut veiller à ce que l'existence de grands asiles psychiatriques construits au siècle dernier se concilie avec le développement et les progrès de la politique de secteur. Il est certain que pour une large partie des malades en psychiatrie, il faut maintenant veiller au rapprochement du malade de son domicile ou de sa famille. Ce projet de loi nous aidera à vaincre les résistances humainement compréhensibles et inévitables, et à amorcer les reconversions progressives nécessaires.

Voici un troisième exemple : un service de chirurgie d'un hôpital du centre de la France est aujourd'hui très vétuste. La circulation des opérés s'y fait dans des conditions d'inconfort, je dirais même de risques non négligeables. Or il n'est pas sûr que l'amélioration puisse se faire sur place et qu'il ne faille pas regrouper ces lits avec ceux d'un établissement voisin, autour d'un plateau technique bien équipé. Mais regrouper ces deux unités est actuellement très difficile, voire impossible ; les établissements s'y refuseraient.

Ces exemples font apparaître clairement les obstacles que peut rencontrer l'adaptation des équipements hospitaliers. Votre rapporteur a analysé de près ces phénomènes et je voudrais simplement les rappeler très brièvement.

Il est naturel que le changement, menaçant ou semblant menacer les habitudes, suscite des réactions ou des résistances à l'hôpital comme dans toute institution humaine. Je sais que nombreux sont les responsables hospitaliers qui sont prêts à accepter ou à favoriser les évolutions nécessaires ; mais il est difficile de réunir un accord général capable de faire décider par l'hôpital lui-même une réorganisation ou une modification de ses services et surtout une réduction de ses capacités d'hospitalisation.

Voilà pourquoi aucune évolution ne s'est faite spontanément, alors que les difficultés de financement de l'assurance maladie nous font un devoir de bien gérer l'ensemble du système hospitalier.

Or aucune disposition juridique explicite ne permet aujourd'hui au ministre de donner le coup de pouce nécessaire pour débloquer l'obstacle soulevé par les uns ou par les autres.

L'article 2 de ce projet de loi permettra d'introduire cette possibilité et de garantir, grâce à l'intervention du ministère, que les négociations nécessaires pour adapter les établissements pourront aboutir à des solutions raisonnables. A ce sujet, un certain nombre de gestionnaires m'ont dit en confiance que la possibilité de l'intervention du ministre les aiderait à faire prévaloir les solutions qu'en leur âme et conscience ils jugeaient nécessaires.

Alors, certains — et M. Boyer en a fait justice — reprochent que l'effort ne soit demandé qu'au seul secteur public. En réalité, ce reproche n'est pas justifié, car l'adaptation du secteur privé se fait en permanence.

Dans celui-ci, l'excédent de capacité entraîne un déséquilibre financier qui conduit, à terme, à la faillite, puisque les déficits ne peuvent pas être réintroduits dans les prix de journée. Ce n'est pas une hypothèse d'école, M. Boyer le disait tout à l'heure : plusieurs centaines de lits ont disparu.

En outre, dans le cas où cette régulation ne se ferait pas spontanément, l'article 36 de la loi hospitalière permet au ministre de fermer les lits de cliniques privées excédentaires par rapport à la carte sanitaire. Même si cette arme absolue ne peut pas être systématiquement utilisée, elle existe et nous pourrions nous en servir en cas de besoin.

Il me semble donc inexact que les uns disent que le secteur public est étranglé et d'autres que le secteur privé va être asphyxié. En réalité, la politique suivie, comme le montre ce projet de loi, s'inspire du souci de maintenir l'équilibre actuel entre établissements publics et privés.

Telles sont donc, mesdames, messieurs, brièvement résumées, les raisons qui nous ont conduits à déposer ce projet de loi.

J'en viens aux dispositions principales de ce texte.

La loi permet donc au ministre d'obliger les établissements publics et privés participant au service public, à l'image de ce qu'elle autorise pour les établissements publics, à transformer ou supprimer des lits ou des équipements excédentaires. Dans

le secteur public, le ministre pourra se substituer au conseil d'administration si celui-ci refuse de répondre à sa demande. C'est l'article 2, article fondamental du projet. Les pouvoirs publics pourront parallèlement exclure du service public hospitalier les établissements privés qui refuseraient d'adapter leur capacité aux besoins.

Un « mais » cependant demeure, que je voudrais expliciter ici. Il n'est pas question que cette intervention du ministre puisse s'exercer de façon aveugle ou discriminatoire. Le projet de loi donne toutes assurances sur ce point en encadrant le droit donné au ministre dans des limites précises. Je voudrais énumérer ces limites, que décrit d'ailleurs le projet de loi.

En premier lieu, les suppressions de lits ne peuvent intervenir que lorsqu'elles sont justifiées par l'intérêt des malades ; par exemple, en cas d'inadaptation ou de vétusté des équipements ; en deuxième lieu, par les conditions de fonctionnement des établissements, en cas de sous-occupation manifeste et dans la mesure où un excédent existe par rapport à la carte sanitaire.

Ainsi que le disait tout à l'heure M. Boyer, il faudrait peut-être avoir des coefficients d'occupation des lits qui soient beaucoup plus précis. Je comprends son souci, mais j'estime qu'il ne faut pas en faire un critère absolu, car cela pourrait conduire des gestionnaires hospitaliers, comme cela a été le cas parfois, à maintenir des occupations un peu fictives. Par conséquent, ce critère ne saurait être le seul.

La carte sanitaire doit, dans cette affaire, devenir de plus en plus le guide absolu pour l'adaptation du potentiel sanitaire. Je compte l'utiliser pleinement comme une base de référence incontestable. Je rappelle que la carte sanitaire est aujourd'hui réalisée pour l'ensemble des disciplines de soins aigus, soit 340 000 lits sur 570 000 au total.

Pour les disciplines de moyen séjour, nous avons fixé les limites entre lesquelles les indices de besoins locaux pourront varier. Il reste à achever cette étude par une phase de discussion entre le niveau central et le niveau local. Il en résultera des indices de besoins précis par secteur sanitaire.

Mais je précise au Sénat que j'envisage de compléter ce dispositif de manière à le rendre totalement opérationnel, notamment pour la psychiatrie et les lits de long séjour. Dans ces deux domaines, il conviendra de tenir compte de l'évolution des méthodes de soins qui favorisent le maintien à domicile. Mais il est certain qu'il faudra très vite prolonger la carte sanitaire dans ces deux orientations.

La deuxième condition est que la décision du ministre n'interviendra qu'après le refus du conseil d'administration de modifier les capacités de l'établissement. Cela signifie qu'une large place est laissée au dialogue entre les établissements et l'administration.

D'autre part, la demande du ministre pour modifier des équipements excédentaires devra être motivée. La loi ne laisse donc aucune place pour des décisions arbitraires, d'autant moins que les commissions régionales et nationale de l'équipement sanitaire seront obligatoirement consultées avant la décision ministérielle. Le projet de loi prévoit par ailleurs la fusion de ces commissions de l'équipement sanitaire avec celles de l'hospitalisation. Il est, en effet, normal que la confection de la carte sanitaire et son application sur le terrain fassent appel à la même instance consultative.

Il s'ensuivra, me semble-t-il, une simplification tout à fait souhaitable.

Troisième et ultime garantie pour les établissements hospitaliers publics : dans l'hypothèse où l'évolution des besoins ferait à nouveau réapparaître un déficit après une suppression décidée dans le cadre du présent projet de loi, c'est l'hôpital public où ont été supprimés les lits en question qui bénéficierait d'une priorité pour l'ouverture de lits nouveaux.

Le droit donné au ministre par le projet de loi est donc entouré, pour les établissements hospitaliers publics, de garanties très strictes. J'ajoute que je m'engage personnellement à en faire un usage raisonnable, en laissant une large place à la concertation avec les hospitaliers. Chaque situation particulière sera examinée dans le détail, avec les conseils d'administration et les directeurs d'établissements intéressés.

En réalité, ainsi que l'a analysé avec beaucoup de précision votre rapporteur, le texte présenté donne au ministre une arme dissuasive capable de débloquer certaines situations locales, où la juxtaposition de préoccupations particulières ne permettrait pas de faire évoluer l'hôpital public pour l'adapter aux besoins des malades.

Je voudrais maintenant conclure. En vérité, l'hôpital public français est parmi les meilleurs du monde, chacun le reconnaît.

Les problèmes de capacités d'hospitalisation sont largement résolus quantitativement, grâce aux efforts accomplis depuis vingt ans.

Il ne s'agit plus aujourd'hui d'accroître le nombre des lits ou des journées d'hôpital, mais d'élever le niveau qualitatif des soins aux malades. Ainsi chaque malade trouvera, à l'hôpital, mais aussi grâce aux autres formes de soins — notamment la médecine généraliste à laquelle vous me savez particulièrement attaché — une réponse efficace, adaptée à ses problèmes de santé.

Le temps est fini où la croissance économique rapide permettait à chaque sous-système de soins de se développer en s'ignorant les uns les autres.

D'ailleurs, tous les pays qui ont, d'une manière ou d'une autre, tenté ce que nous avons appelé, dans un jargon qui est discutable, mais qui exprime bien ce qu'il veut dire, « l'hospitalo-centrisme » — système qui consiste à traiter le plus grand nombre de malades à l'hôpital — s'en sont largement repentis.

L'hôpital a une fonction essentielle dans le système de soins, mais il n'est pas nécessaire pour autant qu'il veuille absolument accroître le nombre des personnes qu'il soigne. Ce qui importe, c'est que l'hôpital remplisse bien sa fonction, et, à cet égard, il est nécessaire que l'hôpital fasse porter ses moyens et ses efforts sur les maladies qui vraiment ressortissent de sa compétence. C'est pourquoi l'hôpital doit maintenant poursuivre des objectifs de qualité des soins. C'est là essentiellement que devront porter les efforts au cours des prochaines années et cela exige une adaptation précise et permanente du potentiel hospitalier aux besoins des malades. Il va de soi, mesdames, messieurs, que nous réaliserons cette adaptation avec la participation des hospitaliers, notamment les médecins dont le rôle est primordial.

Le projet de loi qui vous est soumis permettra d'accélérer cette adaptation. Je vous demande, en l'approuvant, de nous y aider. (*Applaudissements sur les travées de l'U.C.D.P., du R.P.R., de l'U.R.E.I. et du C.N.I.P.*)

(M. Alain Poher remplace M. Maurice Schumann au fauteuil de la présidence.)

PRESIDENCE DE M. ALAIN POHER

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

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, si vous le permettez, je voudrais tout d'abord remercier notre collègue, M. Georges Berchet, qui a bien voulu me céder la première place dans cette discussion générale, me donnant ainsi la possibilité de faire face à d'autres obligations. C'est là un geste auquel j'ai été particulièrement sensible.

Nul n'oserait prétendre que le problème du déficit de la sécurité sociale pourrait être réglé en se contentant d'accroître les ressources de cet organisme.

Une nouvelle augmentation des cotisations d'assurance maladie n'est pas possible, qu'il s'agisse de la faire subir aux salariés ou aux entreprises ; le seuil du supportable est atteint dans ce domaine, pour ne pas dire franchi.

Il n'est pas non plus envisageable de recourir au budget de l'Etat, et encore moins admissible de procéder à des transferts plus ou moins avoués à la charge des collectivités locales. Nous connaissons, en effet, en matière de dépenses sanitaires et sociales un taux de prélèvement sur le produit intérieur brut qu'il serait dangereux pour notre économie et, en définitive, pour la prospérité des Français de dépasser.

Aussi comprenons-nous fort bien le souci du Gouvernement de mieux contrôler cette catégorie de dépenses. Je me permettrai même de constater que ce souci, le Gouvernement l'a manifesté ouvertement avec un certain retard.

En effet, l'année dernière, lorsque votre prédécesseur, monsieur le ministre, était venu devant notre commission des affaires sociales pour l'informer de son intention de relever les cotisations d'assurance maladie, je m'étais permis de lui suggérer d'envisager la limitation dans le temps — plus précisément à dix-huit mois — de cette mesure, afin de bien marquer la volonté du Gouvernement de procéder à des économies au cours de cette période.

Ma suggestion n'a malheureusement pas été retenue à cette époque.

Depuis quelques mois, devant l'ampleur du problème, le Gouvernement a élaboré un certain nombre de mesures très sévères, « drastiques », comme on dit en français, mesures dont certaines ont déjà été mises en œuvre sous la forme de circulaires et dont le projet de loi que nous examinons aujourd'hui est une des pièces maîtresses.

Aujourd'hui, monsieur le ministre, vous nous demandez de vous donner les moyens juridiques de procéder à la fermeture autoritaire de lits hospitaliers, voire de services entiers. Vous estimez, en effet, qu'il existerait un excédent global de quelque 40 000 lits.

Cela est peut-être exact, encore qu'un diagnostic précis soit difficile à établir — comme l'a indiqué notre rapporteur — faute d'éléments statistiques de référence suffisants. Nous y reviendrons d'ailleurs.

Je ne saurais toutefois vous contredire dans un secteur sur lequel vous avez insisté, monsieur le ministre, celui de la psychiatrie. Le rapport pour avis de la commission de affaires sociales sur le budget de la santé pour 1979 a suffisamment insisté sur l'ampleur et la gravité de ce problème.

De même, il est évident que, par suite de la crise démographique, les maternités et les services de pédiatrie rencontrent des difficultés et connaissent et connaîtront sans doute encore plus sensiblement au cours des années à venir des taux d'occupation parfois très faibles.

Mais vous considérez que les directeurs d'établissements et les conseils d'administration ne sont pas en état de procéder aux adaptations nécessaires. Aussi demandez-vous au Parlement de vous donner le pouvoir de vous substituer à eux. Il n'est peut-être pas toujours aisé pour ces responsables de la gestion des établissements hospitaliers de se résoudre à prendre des mesures susceptibles d'amputer leurs moyens d'action ou de provoquer des réactions défavorables de l'opinion publique au plan local. Je vous le concède.

Il n'en demeure pas moins que notre groupe ne saurait adopter le texte que vous soumettez à notre assemblée sans formuler un certain nombre de réserves et sans assortir son vote d'un certain nombre de conditions.

Nous avons assisté, au cours des dernières années — vous l'avez souligné — à une croissance extrêmement rapide des dépenses d'hospitalisation. Cela est exact. Mais n'oublions pas pour autant combien la modernisation et l'humanisation de nos hôpitaux étaient indispensables.

Rappelez-vous, mes chers collègues — M. Boyer y a d'ailleurs fait allusion — dans quelle situation, dans quel état se trouvait notre équipement hospitalier il y a à peine vingt ans. Nous pouvons être fiers, à juste titre, de l'effort accompli au cours de cette période.

Aussi, cet équipement hospitalier, nous y tenons et nous voulons qu'il continue de répondre aux besoins de santé de la population.

Il ne saurait donc être question pour nous d'admettre qu'il y soit porté atteinte; nous ne pourrions, en particulier, nous associer à des mesures qui se traduiraient par la récession, puis sans doute le démantèlement de l'hospitalisation publique. Cela doit être clair dans tous les esprits.

D'autre part, malgré l'effort considérable déjà consenti, il subsiste encore des établissements vétustes, des équipements inadaptés. N'existe-t-il pas toujours des salles communes dans certains de nos hôpitaux les plus renommés, et ce à la fin du XX^e siècle !

Il est donc indispensable de poursuivre jusqu'à son terme le programme d'humanisation entrepris. Vous nous avez donné des assurances sur ce point, monsieur le ministre, mais je crains que vous ne soyez un peu optimiste. Je pense en particulier, si vous me permettez de me souvenir que je suis un élu parisien, aux hôpitaux de Paris et plus précisément de Paris intra-muros. Nombreux sont les établissements encore vétustes, car le programme de modernisation de l'Assistance publique de Paris a porté en priorité sur la construction d'hôpitaux neufs en banlieue. Il serait inéquitable, je dirai même inadmissible de pénaliser les Parisiens parce qu'ils ont fait preuve de solidarité vis-à-vis de leurs concitoyens de banlieue.

J'ajouterai que ces opérations d'humanisation peuvent se traduire par la reconstruction complète de certains établissements particulièrement vétustes.

Aussi j'insiste, monsieur le ministre, pour que vous donniez votre accord à des projets de construction d'hôpitaux neufs, lorsque ceux-ci sont destinés à remplacer des équipements anciens.

Et puis, ne le perdons pas de vue, ces opérations d'humanisation ne sont pas incompatibles avec l'objectif poursuivi par le Gouvernement. Elles se traduisent toujours par des réductions de capacité et, en définitive, par la suppression de lits. De plus, certaines reconstructions complètes permettraient une utilisation beaucoup plus rationnelle et, par conséquent, plus rentable des équipements, notamment des plateaux techniques. J'en prendrai pour exemple le projet de construction d'un hôpital neuf parisien regroupant des services actuellement dispersés dans trois établissements différents. Je pense, monsieur le ministre, que vous voyez de quel hôpital il peut s'agir, et que vous donnerez votre accord à ce projet.

Si l'action d'humanisation doit être poursuivie, il ne semble pas, en revanche, possible que vous utilisiez les moyens juridiques que vous nous demandez autrement que de façon tout à fait ponctuelle et avec une extrême prudence, car vous ne disposez pas de l'armement statistique suffisant pour entreprendre une action d'une certaine envergure.

Vous ne pouvez pas prétendre réformer l'appareil hospitalier et l'adapter aux besoins actuels et futurs de la population sans le secours d'une carte sanitaire complète, détaillée et évolutive.

Certes, l'apport de la loi de 1970 en matière de classement des établissements, de carte sanitaire, de concession et d'association au service public hospitalier n'est pas négligeable, mais les résultats n'ont pas été aussi bons qu'on pouvait l'escompter.

La carte sanitaire a permis des progrès, mais son application a été lente et parsemée d'écueils, et surtout, nous le verrons, elle est manifestement incomplète.

En outre, le classement des hôpitaux laisse à désirer; la notion de lit telle qu'elle est conçue expose à des erreurs de méthode. L'action menée par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale — D. D. A. S. S. — a parfois manqué de cohérence et l'absence d'un fichier des équipements programmés s'est fait lourdement sentir.

Mais surtout, je le répète, la carte sanitaire est tout à fait incomplète. La carte des hôpitaux « d'aigus » elle-même — médecine, chirurgie, maternité — n'est pas à jour, on l'a dit tout à l'heure. Elle est en cours de révision et les résultats de ces travaux de révision sont très différents selon les régions.

Mais, ce qui est beaucoup plus grave, et vous l'avez reconnu vous-même, monsieur le ministre, nous ne disposons d'aucune carte des hôpitaux psychiatriques non plus que des établissements de moyen et long séjour. Comment, dans ces conditions, entreprendre une réorganisation d'une quelconque portée, avec un outil aussi incomplet ?

Peut-on prendre le risque de fermer des lits d'« aigus » utilisés abusivement, certes, pour l'hébergement de convalescents ou de personnes âgées, lorsqu'on ne connaît pas l'équipement dont on dispose en matière de maisons de cure médicale, ni non plus les besoins auxquels on doit faire face ?

Comment, dans le domaine du « quatrième âge », prétendre mettre en place une politique d'hébergement en long séjour alors que, dans les hôpitaux psychiatriques, se trouvent de nombreux vieillards qu'il est indigne d'y laisser ? Indigne de la part de la collectivité, qui n'a pas encore défini la politique qu'elle entend mener en matière de géronto-psychiatrie, indigne de la part de certaines familles qui préfèrent envoyer leur parent dans un établissement où il est totalement pris en charge par la sécurité sociale et où il ne leur est rien réclamé au titre de l'obligation alimentaire.

Voilà d'ailleurs un exemple de dépenses supportées abusivement par la sécurité sociale.

Je le répète, monsieur le ministre, rien de sérieux ne peut être entrepris tant que vous ne disposerez pas de l'instrument essentiel que constitue une carte sanitaire complète et à jour.

Vous ne pouvez pas non plus prétendre utiliser les pouvoirs que vous nous demandez sans que soit mise en œuvre une large concertation préalable avec ceux qui ont la responsabilité des établissements hospitaliers et qui assument cette responsabilité avec compétence et dévouement, je veux dire les conseils d'administration et les administrateurs locaux.

Ce serait, en effet, porter gravement atteinte à une autonomie de gestion qui est indispensable, ce serait faire un pas dans la voie de la nationalisation de fait de l'appareil hospitalier. Il est vrai que nos craintes dans ce domaine sont encore renforcées par la perspective de voir un jour la réforme de la tarification hospitalière déboucher sur l'adoption du budget global de fonctionnement.

Ce qui est certain, c'est qu'une concertation est nécessaire, qu'un dialogue doit s'établir entre le ministère et les conseils d'administration. Dans cette perspective, l'amendement de

l'Assemblée nationale — c'est bien elle, n'est-ce pas, qui a ajouté ce texte au projet de loi qui nous a été présenté, vous avez d'ailleurs insisté sur ce point — prévoyant l'avis de la commission régionale d'équipement sanitaire, et celui qui exige que la demande du ministre soit motivée et les motifs exposés au conseil d'administration — c'est encore l'Assemblée nationale qui a pris cette initiative — nous semblent aller dans le bon sens.

Nous souhaiterions, en outre, que le délai de réflexion de quatre mois adopté par les députés soit porté à huit mois pour que l'établissement hospitalier soit réellement en mesure d'exécuter la demande du ministre. Je déposerais d'ailleurs un amendement dans ce sens au cours de la discussion des articles.

Pour résumer la position de mon groupe, je vous dirai, monsieur le ministre, que nous ne sommes pas systématiquement hostiles aux dispositions du projet de loi que vous nous présentez, dans la mesure où vous vous engagez à tenir compte des réserves que nous avons formulées. J'insisterai en particulier sur la mise en œuvre de la plus large concertation avec les conseils d'administration des établissements. Celle-ci est d'autant plus nécessaire que les problèmes à résoudre sont plus délicats. C'est en effet dans les discussions difficiles qu'apparaît la nécessité du dialogue.

Qu'il me soit permis d'évoquer un instant le problème de la maîtrise des dépenses médicales et hospitalières. Rien dans cette affaire ne pourra être entrepris valablement sans une franche concertation avec le corps médical.

Il n'est pas convenable de faire des médecins les boucs émissaires du déficit de la sécurité sociale. Leur rôle est déterminant, certes, mais on ne pourrait les mettre en cause que dans la mesure où ils disposeraient des moyens d'exercer pleinement leurs responsabilités dans le domaine administratif et financier.

Cela suppose qu'on les associe réellement à l'action entreprise, en particulier à la gestion de leurs services dans le cadre de l'hospitalisation publique.

Une fois encore, nous pensons que la solution du problème se trouve dans la participation.

Comme je l'ai indiqué, c'est également notre position vis-à-vis du texte que nous examinons aujourd'hui.

Pour nous, il n'est pas possible de concevoir de liberté sans responsabilité. C'est là une position de principe sur laquelle nous ne saurions transiger.

Souhaitons, monsieur le ministre, que vous nous ayez entendus et que vous voudrez bien tenir compte de nos propositions ! Les déclarations que vous venez de faire à la tribune sont, je tiens à le reconnaître, extrêmement encourageantes sur ce point. (*Applaudissements sur les travées du R. P. R., de l'U. C. D. P., de l'U. R. E. I. et du C. N. I. P.*)

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

M. Louis Jung. Après le rapport de M. Boyer et l'excellente intervention de M. Chérioux, je serai très bref.

Vous venez de nous faire connaître votre position, mais le projet que vous nous soumettez appelle de ma part de nombreuses questions.

Quelle est la finalité de ce projet ? Voulez-vous renforcer le centralisme ? Voulez-vous renforcer les pouvoirs du ministre et de ses services ? N'avez-vous plus confiance dans vos préfets ? Considérez-vous les élus locaux et les membres des conseils d'administration comme des incapables ? Voulez-vous tuer les cliniques privées à but non lucratif ? Voulez-vous démolir ce qui fonctionne bien ? Estimez-vous que c'est là le moyen de camoufler — je vous prie d'excuser cette expression — les erreurs du passé, erreurs qui sont souvent le fait de votre ministère ?

Ce n'est pas en vous, monsieur le ministre, que je n'ai pas confiance, bien au contraire. Permettez-moi de profiter de ce débat pour vous féliciter de la manière dont vous avez expliqué à l'ensemble des Français les problèmes de la sécurité sociale. Mais, vous le savez, les hommes passent et les ministres passent souvent encore plus vite ! (*Sourires.*)

Je pense donc que le projet de loi que l'on nous propose a quelque chose d'immoral. Devons-nous renforcer les droits de ceux qui portent effectivement la responsabilité de la situation actuelle ? Le gigantisme que nous constatons dans certaines constructions, les erreurs, le gâchis, qui en est responsable ? Bien sûr, on peut dire que vous ne disposez pas des chiffres exacts, qu'il y a eu des évolutions. Permettez-moi de répondre que, au moins dans une région que je connais bien, des inquiétudes naissent. D'énormes hôpitaux y ont été construits et vos

services, par suite de la multiplication des lettres et des circulaires — il y en a une cinquantaine, je crois — donnent l'impression de mettre en cause les cliniques privées à but non lucratif afin de remplir les hôpitaux publics. Cette région a été à l'avant-garde pendant au moins une centaine d'années : certaines cliniques sont remplies à 95 p. 100 et 100 p. 100, alors qu'à côté les hôpitaux publics ne sont remplis qu'à 25, 30 ou 40 p. 100. Il serait quand même malheureux que nous, parlementaires, permettions à un ministre de trouver ici un quelconque moyen de supprimer ce qui fonctionne bien afin de remédier aux erreurs.

Vous allez me dire que telle n'est sûrement pas votre intention. Mais, encore dernièrement, j'ai constaté que, dans une clinique privée — donc rattachée au service public — on a défendu l'achat d'un appareil lourd sous prétexte que celui-ci existait dans un hôpital public. N'est-ce pas le début d'une lutte contre la médecine libérale ? Des expériences à travers le monde ont quand même prouvé que la situation de la France était privilégiée.

Personnellement, je voterai contre ce projet, à moins que vous puissiez prendre des engagements formels allant dans le sens des observations de M. Chérioux. Vous devez vraiment donner au Sénat la confirmation la plus totale du fait que l'intention du ministère n'est pas d'éliminer ce qui, dans nos régions, a quand même apporté, à notre point de vue, des fruits très positifs. (*Applaudissements sur les travées de l'U. C. D. P. ainsi que sur plusieurs travées de la gauche démocratique, du R. P. R., du C. N. I. P. et de l'U. R. E. I.*)

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

M. Jacques Bialski. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi relatif aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318, du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, est encore un bel exemple de la politique d'austérité menée par le Gouvernement qui, sous prétexte de freiner les dépenses de santé, manifeste une fois de plus sa volonté autoritariste et centralisatrice.

Nous sommes loin des beaux discours et des belles promesses ; vous leur tournez le dos. Je dirai sans forcer la mesure que l'on se moque à la fois des élus et de la population.

L'ensemble des mesures prises portent atteinte de façon choquante, non seulement au droit à la santé, mais aussi aux principes démocratiques. N'est-il pas, en effet, paradoxal de prôner une politique de décentralisation et de faire le contraire à la première occasion ?

Le projet de loi déposé par le Gouvernement n'a, à mes yeux, pour seul objectif que de limiter davantage encore les pouvoirs des collectivités locales, et plus particulièrement ceux des conseils d'administration des hôpitaux. Il ne vise qu'à transférer à l'Etat l'essentiel des responsabilités du niveau local. Les conseils d'administration ne seront plus, désormais, que des chambres d'enregistrement. Ils vont perdre les dernières prérogatives que leur laissait encore la loi de 1970 et subir la tutelle complète du préfet et de l'administration.

Tel est bien l'esprit de la loi que Mme Veil a présentée devant l'Assemblée nationale et que vous avez, monsieur le ministre, la lourde responsabilité de défendre aujourd'hui.

Nous sommes donc, de par votre fait, en présence d'un projet cohérent qui, en définitive, va soumettre les établissements à un carcan, tant sur le plan économique qu'au niveau des structures.

D'autre part — et cela nous ne pouvons pas l'admettre non plus — le contenu de ce projet de loi fait nettement apparaître une volonté déterminée de favoriser un redéploiement de l'hospitalisation privée à but lucratif et commercial aux dépens, bien évidemment, du service public.

Curieusement — et tout le monde l'a constaté — le projet ignore les établissements privés. Vous ne pouvez pas nous empêcher de penser que cet oubli correspond à une volonté déterminée de saborder petit à petit le secteur privé.

Regardons froidement la situation que vous nous proposez. Si l'on adopte ce texte qui limite les moyens du secteur public, l'expression des besoins de la population se traduira obligatoirement par un transfert vers le secteur privé, et cela sans aucune économie pour la sécurité sociale. Or, n'est-ce pas là l'objectif prioritaire que vous vous étiez fixé ?

Au nom d'une « meilleure maîtrise des dépenses de santé », laquelle passe par la maîtrise de l'équipement sanitaire, vous envisagez, que vous le vouliez ou non, des mesures qui concourent à une récession de l'activité de l'hôpital et à une réduction de la qualité des soins.

Déjà, en 1977, un projet de loi sur la suppression impérative des lits publics, par décision unilatérale du ministre, contre ou sans l'avis du conseil d'administration, plaçait les hôpitaux dans l'impossibilité de répondre valablement aux besoins de la santé de la population. Le même projet prévoyait une réduction des moyens d'équipement. Et ce n'est pas tout : on limitait arbitrairement à 1 p. 100 par an les effectifs en personnel de toutes catégories, alors qu'on enregistrait des insuffisances dans de nombreux secteurs.

Ajoutons encore le projet de loi portant réforme des études médicales et de l'internat conduisant à une réduction de 60 p. 100 des postes d'internes dans les hôpitaux.

Tout cela n'étant pas suffisant, la circulaire du 29 mars 1979, en réduisant encore les moyens financiers, contribue à organiser — rationnellement — la pénurie.

Comment pourrait-on décemment accepter de cautionner une telle politique ?

S'il s'agit réellement de limiter les dépenses de la sécurité sociale, il serait peut-être temps, les analyses étant faites, d'apporter des solutions qui, pour une fois, ne pénaliseraient pas l'ensemble des Français, et surtout les plus défavorisés.

Pour parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses de santé, passant en partie par une maîtrise de l'offre, il est absurde d'envisager un certain nombre de mesures limitées au seul service hospitalier public, car on ne parviendra pas à rechercher une meilleure efficacité au meilleur coût sans associer à cette politique l'ensemble des secteurs de santé.

Si des mesures doivent être prises, encore faut-il qu'elles soient efficaces et non discriminatoires.

Si l'on veut réellement maîtriser les dépenses de santé, il est indispensable de réfléchir au problème de la multiplication des demandes de soins. Vous savez très bien que vouloir limiter la demande par la seule réduction de l'offre, qui — je le répète encore — porte atteinte au seul service public, procède, monsieur le ministre, d'un choix politique que nous ne pouvons pas accepter.

Nous estimons donc que les mesures proposées par le Gouvernement ont d'autres objectifs que ceux que l'on veut bien avouer.

Ce n'est pas en déposant les conseils d'administration des hôpitaux, et par là même les élus et les usagers locaux, que l'on parviendra à maîtriser les dépenses de santé.

Donner à M. le ministre de la santé les pleins pouvoirs en matière de création, d'extension et — surtout, devrais-je dire — de suppression de lits du secteur public hospitalier, c'est presque être assuré qu'on ne fera plus référence à la carte hospitalière. C'est presque aussi être assuré que M. le ministre — oserai-je le dire dans cette Assemblée ? — pourra, selon son bon plaisir, privilégier telle ou telle région pour des raisons politiques évidentes, mais objectivement intolérables.

En ce qui concerne la carte hospitalière, je voudrais préciser que le fait d'affirmer que la capacité hospitalière globale est aujourd'hui satisfaisante ne repose pas sur la réalité dans ma région du Nord-Pas-de-Calais.

Qui ne connaît dans cette région l'insuffisance notoire des lits d'hôpitaux ? Pourtant, cela n'a pas empêché Mme le ministre de la santé de supprimer, lors de l'élaboration de la carte sanitaire de la région, le secteur d'Hazebrouck-Merville en le rattachant artificiellement à celui de Lille, considéré comme excédentaire.

N'est-il pas également paradoxal de créer de nouveaux établissements et de ne pas leur donner ensuite les moyens de fonctionner dans les meilleures conditions, comme à Boulogne-sur-Mer, à Valenciennes ou au Cateau, dont notre collègue Grimaldi pourrait parler savamment.

N'est-il pas paradoxal d'opérer des licenciements d'auxiliaires alors que les établissements du Nord-Pas-de-Calais manquent de personnels de toutes catégories ?

En matière de subventions, permettez-moi, monsieur le ministre, d'ajouter encore quelques mots.

Les aides de l'Etat sont, pour la plupart, insuffisantes, comme le prouve l'exemple du centre Oscar-Lambret de Lille, où l'on soigne les malades atteints du cancer. Ce centre n'a pu acquérir un scanner qu'avec l'aide de l'établissement public régional. Entendez bien : la subvention de l'Etat, qui s'élève théoriquement à 20 p. 100, n'a été en réalité que de 2,4 p. 100, en tenant compte des 17,6 p. 100 de T. V. A. récupérés.

En vous priant d'excuser cette digression régionale, vous comprendrez, mes chers collègues, pourquoi les socialistes disent non à la limitation arbitraire des moyens, notamment par la suppression des possibilités d'ajustements budgétaires.

Soyons réalistes ! Vous savez très bien qu'on ne peut cerner les besoins d'un exercice au travers du seul budget primitif ; cela n'existe pas. Il faudra des budgets supplémentaires.

Les socialistes disent non à la limitation arbitraire des admissions dans le seul service public car — faut-il le rappeler ? — l'hôpital est tenu, en vertu de l'obligation légale du service public, de répondre à toute demande de soins et se retrouve totalement responsable s'il n'est pas en mesure de fournir l'assistance requise.

Les socialistes disent non au budget global qui, en tant que procédure de financement des seules dépenses de santé, ne peut que conduire à une détérioration rapide de l'appareil hospitalier public et, par voie de conséquence, à une baisse de la qualité des soins.

Justifier votre projet en faisant référence, entre autres, au déficit de la sécurité sociale, dont certains ont pu dire et écrire qu'il était à « géométrie variable » en fonction des circonstances, n'est pas acceptable à nos yeux.

Nous voterons contre votre texte, car nous ne pouvons admettre que l'on favorise la croissance de l'hospitalisation privée tout en réduisant celle de l'hospitalisation publique.

Pour que le droit à la santé soit respecté, nous récusons une attitude et une politique qui soumettent, malgré vos dénégations, les établissements hospitaliers à un véritable centralisme dirigiste qui est finalement, comme le déclarait mon collègue François Autain à la tribune de l'Assemblée nationale, la logique même du libéralisme avancé. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

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

M. Georges Berchet. Le projet que vous nous présentez, monsieur le ministre — vous nous l'avez dit — tend à compléter la loi du 31 décembre 1970 et à vous permettre de « donner un coup de pouce ».

Il a pour but de donner des pouvoirs nouveaux pour aider, avez-vous dit dans d'autres lieux, plutôt que pour contraindre les conseils d'administration des centres hospitaliers.

L'objectif paraît clair : mieux adapter l'équipement sanitaire aux besoins de la santé et corriger, de ce fait, les déséquilibres nés d'erreurs de programmation — il ne faut pas le nier — ou conséquences de nouvelles techniques médicales et de la réduction corrélative de la durée d'hospitalisation.

L'immense effort d'équipement développé dans notre pays depuis quinze ans est certain. Il n'est contesté par personne et il pèse très lourd, par le jeu des amortissements, sur le déficit annuel de la sécurité sociale.

Mais est-ce bien une raison pour considérer que tout est parfait et qu'une pause devient nécessaire ?

Le pays a réalisé une tentative de mise à niveau de son équipement hospitalier, car le retard était grand.

On parle beaucoup — et vous y avez fait allusion, monsieur le ministre — de formules nouvelles, de soins sans hospitalisation, de soins à domicile. Certes, ces solutions, pour des affections particulières, présentent une certaine souplesse et sont bien adaptées, notamment au plan humain. Elles pourraient être, dit-on, à efficacité égale, moins onéreuses. Cela reste à démontrer.

Monsieur le ministre, il ne serait pas inutile de nous faire part de vos conclusions sur ce point.

Le texte proposé, comme beaucoup de ceux que nous examinons ces jours-ci, est un texte de circonstance dont l'objet est bien la mise en place d'une action ponctuelle destinée à réduire le déficit de la sécurité sociale.

Mais il est, à notre avis, trop ponctuel et il est grand temps qu'un véritable débat sur le coût de la santé et le déficit de la sécurité sociale intervienne au Parlement et que des mesures globales et coordonnées soient prises afin d'y porter remède.

Il est certain que le coût de la santé est sous l'influence de plusieurs facteurs, mais l'hospitalisation n'est pas seule en cause.

Elle comporte, elle-même, trois volets qui devraient faire l'objet d'une analyse très stricte : les équipements, la gestion financière, le personnel médical et sa sensibilisation.

Le problème des équipements m'apparaît fort marginal. Vous avez déjà bloqué le recrutement du personnel. Vous souhaitez,

aujourd'hui, réduire, de façon autoritaire, le nombre de lits à faible taux d'occupation — 8 p. 100, dit-on — mais tous ces lits sont dispersés dans les services.

Que ferez-vous du personnel, si peu nombreux soit-il ? Et les médecins, quelle sera leur destinée ? Et quelles seront, finalement, les économies réelles ?

Je regrette que, dans le préambule de ce projet de loi, ne figurent pas les réductions de charges escomptées.

Ne conviendrait-il pas mieux d'affecter les lits à faible taux d'occupation à des disciplines encore peu développées, tout en imposant, par ailleurs au secteur privé et au secteur public une véritable complémentarité en supprimant les doubles emplois ?

Vous pourriez alors faire preuve d'une véritable autorité du même type que celle que vous attendez de ce texte.

La gestion des hôpitaux ne peut être isolée du contexte général.

La composition du prix de journée et son principe même sont à remettre en cause très rapidement.

J'ai apprécié le dépôt, par le Gouvernement, de l'amendement n° 1 étendant timidement les expériences de prix éclaté et de dotation globale. Mais qu'a-t-on fait de l'article 52 de la loi de 1970, qui prévoyait que la réforme de la tarification hospitalière devait intervenir dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi ?

Il est certain que, dans cette direction, des économies peuvent être réalisées.

Votre texte ne vise qu'un aspect marginal, mais il met gravement en cause la capacité et l'autorité déjà bien faible des conseils d'administration.

Lorsqu'on a l'honneur de présider un de ces conseils, que constate-t-on ?

Le corps médical ordonnance les dépenses sans contrôle. Il n'a aucun rôle dans la gestion et il est, de ce fait, en position d'indifférence face au fonctionnement.

La direction du centre hospitalier tente de canaliser les dépenses. Elle subit — et comment pourrait-il en être autrement ? — les exigences du corps médical.

Les frais de personnel représentent 70 p. 100 du budget de fonctionnement et nous sommes certains qu'il n'y a pas double emploi.

Les pouvoirs publics contrôlent, imposent, alors même qu'ils ne sont pas impliqués dans la gestion.

Et le conseil d'administration, que fait-il ? Il enregistre, il tente, à l'intérieur des marges de hausses imposées par vos services, de faire en sorte que l'humanisation soit effective, que les soins soient parfaits et que l'image de marque de l'hospitalisation publique ne soit pas ternie.

Le budget que vote le conseil d'administration, vous le savez, est fort souvent censuré par l'autorité de tutelle.

Les prix de journée qu'elle détermine lui reviennent, bien souvent, minorés et, dans ces conditions, il ne peut que majorer le nombre de journées prévisionnel car les masses de dépenses, à 1 ou 2 p. 100 près, sont, bien entendu, incompressibles.

Dans tous les cas, le conseil d'administration apparaît comme le seul responsable de tout alors qu'il n'a aucune latitude.

On a beaucoup parlé du rôle des élus locaux dans ces conseils. Or, à titre d'exemple, celui que je préside et qui administre un centre hospitalier de deuxième catégorie, comporte quatorze membres et je n'ai dénombré parmi eux que quatre élus locaux : trois conseillers municipaux, dont le maire président, et un conseiller général, représentant le département.

Si l'on reprend, d'une façon systématique, la composition des conseils d'administration, on peut se demander s'il est toujours normal qu'un centre hospitalier soit encore un établissement public communal.

Dans ces conditions, monsieur le ministre, laisser dire que le suréquipement est le fait d'un conseil d'administration, plus soucieux de prestige que d'efficacité, est fort injuste. Toutes les délibérations sont soumises à approbation. Les réalisations, à défaut de fonds libres, ont pour base financière des emprunts et chacun sait le pouvoir des organismes prêteurs et les limites qu'ils imposent. Les dernières consignes que vous avez fait donner aux receveurs des hôpitaux, sans que soient prévenus leurs présidents, soulignent bien le peu d'importance qui est reconnue à l'organe de gestion de ces établissements.

J'ai déposé un amendement tendant à ce que le conseil d'administration, dans la « fourchette » des quatre mois que vous avez acceptée, puisse au moins vous exprimer son point de vue sur les mesures que vous avez décidées de prendre en matière de fermetures ou de restructurations.

Cette façon de procéder me paraît plus démocratique. Elle n'annihilerait pas les efforts de gestion du conseil d'administration et ne vous priverait pas pour autant de l'autorité que vous recherchez en vue de supprimer quelques lits.

Rien dans le texte de ce projet de loi n'impose la concertation préalable du conseil d'administration. Vous avez laissé entendre que vous prendriez beaucoup de précautions. Certes, vous vous engagez personnellement, mais acceptez que soit mentionné dans le texte de loi que vous consulterez le conseil d'administration ! En effet, le texte prévoit que vous consulterez le comité régional ou national mais non le conseil d'administration, si bien que tout ministre pourra appliquer la loi comme il l'entendra, sans que le conseil d'administration ait le droit ou la possibilité de répondre.

En outre, ce texte me paraît trop ponctuel. Il devrait s'inscrire dans une politique plus globale de soins mais peut-être aussi dans une meilleure définition des niveaux d'intervention des différents établissements.

A quel niveau, par exemple, doit-on limiter le plateau technique d'un hôpital de deuxième catégorie ?

En fonction de votre réponse et des études que vous pourriez produire, nous en déduirions peut-être, nous, administrateurs locaux, qu'il serait préférable de développer les services mobiles d'urgence et de réanimation et les services d'aide médicale urgente, à base, s'il le fallait, d'hélicoptères, et de centraliser les soins importants dans les C. H. U. quand les distances ne sont pas trop grandes.

Le texte est muet sur ce point alors même que l'orientation prise par vos services tend à restreindre globalement le développement des spécialités en dehors des C. H. U.

Dès lors, je vous pose la question : comment nos hôpitaux de deuxième catégorie trouveront-ils des spécialistes à large compétence alors qu'au niveau des études médicales les spécialités deviennent de plus en plus étroites, de plus en plus « pointues », de plus en plus avancées ?

Telles sont, monsieur le ministre, les quelques observations que m'a inspirées votre texte.

Nul ici ne contestera la nécessité de canaliser les dépenses de sécurité sociale, mais encore faudrait-il, avant d'arrêter les moyens à mettre en œuvre, bien définir les objectifs à atteindre.

Ne pensez-vous pas — je vous l'ai dit — qu'un grand débat sur la santé et la sécurité sociale s'impose ? Le Gouvernement est muet sur ce sujet alors que l'on parle beaucoup de la peine de mort. La « peine de vie » ou la « joie de vivre », selon le moment, mérite votre attention.

Que vous le souhaitiez ou non, il faudra bien, à court terme, fiscaliser au moins partiellement la sécurité sociale et cesser de pénaliser les industries de main-d'œuvre.

Vous avez accepté une mission difficile et impopulaire, monsieur le ministre. Poursuivez-la avec courage en vous appuyant sur le Parlement, après une large concertation !

Le freinage des charges de la sécurité sociale passe peut-être — je dis bien peut-être — par la suppression de quelques lits, mais il dépend, à coup sûr, d'une politique globale de la santé et d'une prise de conscience nationale.

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

M. Michel Labèguerie. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi qui nous est soumis aujourd'hui participe d'une analyse — que je crois cohérente — sur l'évolution des dépenses de santé dans notre pays et sur le rôle du secteur hospitalier dont l'accroissement est démesuré.

J'ai, comme vous tous, sans doute, mes chers collègues, reçu une correspondance nourrie à propos de ce texte que d'aucuns accusent de délabrer le service public de la santé.

Je dirai *a contrario*, mes chers collègues, que le fait que le Gouvernement nous demande de discuter ce texte montre à quel point le système français de santé est l'un des plus riches qui soient, tant par l'abondance de lits que par la qualité de sa technicité.

En effet, les progrès considérables de la médecine ont, depuis deux décennies, considérablement modifié la fonction de l'hôpital.

tal devenu, pour l'opinion publique comme pour les médecins, la structure normale des soins, où est garantie la sécurité la plus souhaitable.

Le monde rural et les agriculteurs ont accédé à l'hôpital. Par exemple, aucun accouchement n'a plus lieu à domicile, même dans les campagnes les plus reculées.

Par ailleurs, l'exode rural, modifiant la répartition de la population sur le territoire, a fait naître des besoins considérables d'hospitalisation dans les agglomérations urbaines.

Enfin, la vétusté du parc hospitalier nécessitait d'indispensables améliorations. Elles ont eu lieu, ou elles sont en cours, et c'est le troisième élément qui explique le développement de ce secteur.

En bref, l'hôpital est devenu l'élément normal de notre système de santé, et quelquefois même l'élément trop dominant de ce système, un certain « hospitalo-centrisme », que vous évoquiez tout à l'heure, monsieur le ministre, étant une tentative pour beaucoup de jeunes médecins.

Aussi le nombre de lits du secteur hospitalier est-il passé de 465 000 en 1963 à 569 000 en 1978. Dans le même temps, la technicité croissante de la médecine hospitalière, tout en augmentant la fréquentation de ces établissements, a souvent raccourci, M. le ministre l'a fait remarquer dans son discours, la durée d'hospitalisation dans les services de soins lourds et a contribué au développement des services à moyen ou très long séjour, ce qui explique peut-être l'augmentation, qui nous paraît paradoxale, de la part de l'hospitalisation dans le budget de la santé.

Les statistiques du personnel médical montre que celui-ci a été multiplié par 2,5 — en termes d'équivalent temps plein — de 1966 à 1976.

Le développement des techniques a bouleversé également les conditions d'exercice de la médecine. Ainsi, outre le recul de la maladie et l'accroissement de l'espérance de vie, le pourcentage de la population qui peut accéder physiquement ou financièrement aux soins est de 100 p. 100. C'est donc bien à une transformation fondamentale de la situation hospitalière que nous avons assisté et que nous assistons encore actuellement.

Nous le savons bien, la croissance des dépenses consacrées à la santé ne peut plus se poursuivre au même rythme.

Le projet de loi que vous nous présentez aujourd'hui, monsieur le ministre, s'inscrit dans le cadre de la maîtrise de ces dépenses par le biais de mesures que votre prédécesseur et vous-même avez mises en place.

A ce sujet, je vous rappelle que, l'an dernier, j'avais déposé un amendement tendant à faire adopter par le Parlement le budget social de la nation. Un amendement semblable vient d'être adopté par l'Assemblée nationale.

Le malheur, c'est que la commission, chargée d'examiner les comptes de la sécurité sociale — que votre prédécesseur avait nommée — a uniquement pu constater que ses fonctionnaires étaient incapables de fournir des précisions cohérentes, non seulement sur l'avenir mais sur le passé. (*Sourires.*) C'est un exemple typique, comme l'écrivait récemment un journaliste, du dessaisissement de la démocratie car le Parlement ne contrôle pas, le Gouvernement n'est pas vraiment informé et la bureaucratie se perd dans ses propres dédales.

N'est-il pas paradoxal de constater que l'homme, pour aller dans la lune, se dirige fort bien dans la complexité des espaces sidéraux, mais que nous sommes incapables de nous y retrouver dans l'inextricable fouillis du cosmos que constitue le budget de la sécurité sociale, pourtant conçu et géré par nous-mêmes ?

M. Jacques Henriot, vice-président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. Michel Labèguerie. Vous admettez que nous sommes là en présence d'une technocratie délirante ou, pour le moins, aberrante ! (*Applaudissements sur les travées de l'U.C.D.P., du R.P.R., de l'U.R.E.I. et du C.N.I.P.*)

Quant aux mesures mises en place en vue de la maîtrise des dépenses d'hospitalisation, je les rappellerai brièvement. Il s'agit de l'arrêté du 15 avril 1977 revisant en baisse les indices des besoins. Il s'agit aussi de la circulaire du 6 juin 1979 donnant instruction aux préfets de procéder à la révision de la carte sanitaire en fonction des nouveaux besoins. Encore faudrait-il que cette carte sanitaire fût complétée pour le moyen et le long séjour, qu'elle fût révisée en plus comme en moins, compte tenu des besoins, et qu'on ne nous opposât pas toujours des chiffres périmés, vieux de plus de dix ans.

Il s'agit également des mesures d'humanisation, de l'hébergement et des plateaux techniques, mises en œuvre depuis 1973, que nous avons évoquées longuement.

Il s'agit encore de l'arrêt donné aux surinvestissements en équipements lourds, dont la somme et l'implantation avaient été mal calculées.

Il s'agit, enfin, de la loi du 4 janvier 1978 instituant la distinction entre court, moyen et long séjour dans la loi hospitalière et permettant l'insertion de cette distinction dans la carte sanitaire.

Le texte en discussion aujourd'hui s'ajoute à ce train de mesures.

Cependant, monsieur le ministre, vous n'ignorez pas les inquiétudes que son dépôt a provoquées dans le secteur hospitalier, qu'il soit public ou privé.

Aussi souhaiterais-je que vous preniez devant la Haute Assemblée l'engagement de procéder aux éventuelles modifications ou suppressions, sans discrimination, dans le souci d'assurer, en particulier, une véritable coordination impartiale entre les secteurs d'hospitalisation public et privé.

M. Jacques Henriot, vice-président de la commission. Très bien !

M. Michel Labèguerie. Il ne s'agit pas, monsieur le ministre, de déshabiller Pierre, secteur privé, qui a fait des efforts d'investissements considérables, pour habiller Paul, secteur public, pour contribuer à aider celui-ci et rattraper le retard qu'il a pris,...

M. Jacques Henriot, vice-président de la commission. Très bien !

M. Michel Labèguerie. ... ce rattrapage étant souvent complètement inutile, si ce n'est pour sauver des établissements publics aux lits vides et récemment réalisés par simple mégalomanie administrative ou même par mégalomanie des élus locaux.

Le champ d'application de ce texte de loi, je le sais, est limité au secteur public, mais je le dis parce que de tels cas survenus dans ma région ont mis en difficulté des établissements privés présentant d'excellentes qualités techniques.

De même, monsieur le ministre, je souhaite que vous teniez compte des nécessités de conversion des établissements privés, par exemple les anciens établissements antituberculeux...

M. Jacques Henriot, vice-président de la commission. Très bien !

M. Michel Labèguerie. ... auxquels les textes donnent priorité pour les conversions, textes qui sont, hélas ! très souvent méconnus par vos services, même centraux, au profit de créations de lits dans le secteur public, ou même, quelquefois, dans le secteur privé. On constate des créations de lits privés, qui n'existaient pas, aux dépens de la conversion de lits existants. C'est du gaspillage. Je le dis d'autant plus que je suis préoccupé par la crise actuelle de l'emploi. Je ne tiens pas à assister à la fermeture de certains établissements, sous prétexte qu'ils sont privés et à but lucratif, lorsqu'ils emploient, par exemple, 700 personnes dans un village de 4 000 habitants.

Bien d'autres mesures ont été prises pour infléchir les dépenses de santé.

Je souhaite néanmoins rappeler que le secteur hospitalier n'est pas le seul à fournir l'effort que vous avez demandé, monsieur le ministre, à tous les partenaires de la santé.

La loi que vous nous présentez aujourd'hui, monsieur le ministre, et que vous défendez s'inscrit donc dans le cadre de ces mesures.

Elle me paraît bonne. Je vous présenterai tout à l'heure trois amendements, qui pourraient, je pense encore l'améliorer.

Je souhaite, pour conclure, insister sur deux points.

Tout d'abord, comme je l'ai dit au début de mon propos, cette loi me paraît découler de la trop grande richesse de notre pays en équipements hospitaliers, ce qui constitue implicitement un hommage à tous ceux qui les ont conçus et réalisés.

Le second point — et il est aussi important que le vote de la présente loi — concerne la réforme du prix de journée.

Vous avez récemment annoncé, monsieur le ministre, que vous comptiez nous proposer un texte étendant les expérimentations

de tarification actuellement en cours. Pensez-vous nous le présenter prochainement ? Quand comptez-vous entreprendre une profonde réforme de ce problème épineux ?

Telles sont, monsieur le ministre, les deux questions que je souhaitais vous poser pour conclure.

Je crois pouvoir vous dire, monsieur le ministre, que, sous réserve de la discussion des articles et du sort que vous comptez réserver aux amendements que j'ai déposés, la majorité des membres de mon groupe votera ce texte. (*Applaudissements sur les travées de l'U.C.D.P., du C.N.I.P. et de l'U.R.E.I.*)

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

M. Michel Moreigne. « L'institution d'un contrôle de l'offre en matière de santé est une des principales orientations de la politique sanitaire récente », dit le rapport de l'inspection générale des affaires sociales, qui ajoute : « Le pouvoir de fermer d'autorité un service ou un établissement après consultation de la commission régionale de l'équipement devrait être confié au ministre. » C'est bien là l'objet essentiel du projet de loi que nous examinons.

Ainsi le ministre pourra-t-il, en quelque sorte — je vous prie d'excuser la comparaison ! — jouer au chirurgien en amputant l'appareil hospitalier public du pays, ses capacités d'accueil ou ses équipements.

Quelle a été la démarche suivie ?

A la révision en baisse, en avril 1977, des indices de besoins de la carte hospitalière, a succédé, en août 1977, le blocage des décisions d'investissements nouveaux puis l'instauration d'indices de moyen et long séjour, en application de la loi du 4 janvier 1978, puis — j'en passe ! — la circulaire du 29 mars 1979 interdisant l'ouverture de crédits nouveaux même gagés par des recettes supplémentaires provenant d'un surcroît d'activité, enfin, en août — qualifié de mois des « mauvais coups » — l'interdiction de tout budget supplémentaire pour les hôpitaux.

La révision en baisse des indices de besoins de la carte hospitalière a eu comme conséquence une fausse démonstration de la satisfaction des besoins. Mais les populations ne sont pas dupes de ce type de raisonnement quand elles constatent elles-mêmes les difficultés qu'elles ont à accéder réellement aux soins.

Allez expliquer, monsieur le ministre — ce sera sans doute difficile — aux habitants de la région de La Souterraine que l'indice est satisfaisant ! Ils réclament avec force et avec conviction l'ouverture d'un établissement public de soins avec lits chirurgicaux, et leur motivation est telle qu'une collecte dans la population a permis de réunir plus de trente millions de centimes pour combler ce manque d'établissement dû à la fermeture d'une clinique privée à La Souterraine même et de deux autres à Argenton-sur-Creuse. C'est une grande partie de la Creuse, de la Haute-Vienne et de l'Indre qui souffre, à l'évidence, d'un sous-équipement hospitalier.

L'humanisation des hôpitaux fut un bon thème auquel nous avons cru. Il était porteur d'espoirs. Mais ces espoirs ont été déçus quand le taux réel de la subvention a été ramené de 40 à 20 p. 100. Ainsi les établissements ont-ils été contraints de financer ces opérations d'humanisation sur leur prix de journée. Maintenant, voilà que certains semblent considérer la politique d'humanisation comme l'une des voies de la réduction de lits dans les hôpitaux !

En fait, personne ne semble bien d'accord sur le nombre exact de lits à supprimer. M. Barbier, rapporteur à l'Assemblée nationale, a dit : « Les dispositions projetées pourraient concerner une quarantaine de milliers de lits, soit 8 p. 100 du parc hospitalier français. » Monsieur le ministre, vous avez été beaucoup plus prudent : je ne vous ai pas entendu annoncer le chiffre.

Le secteur privé à but lucratif, lui, ne ressortit, nous dit-on, qu'à l'article 36 de la loi hospitalière et va échapper au présent texte. Pourtant, il représente 33 p. 100 des dépenses d'hospitalisation — sans compter la masse des honoraires — et il pourra continuer à tourner, comme souvent, à plus de 100 p. 100 de sa capacité. Surtout, il pourra se développer encore avec comme justification de devoir répondre à une demande de soins que ne serait plus en mesure de satisfaire l'hospitalisation publique !

Vous entendez, monsieur le ministre, par le présent projet de loi, vous substituer aux conseils d'administration des établissements qui ne déféreraient pas aux injonctions dans un délai de quatre mois, délai que nous estimons trop court et peu réaliste.

Depuis 1970, les nombreux élus locaux qui siègent dans les conseils d'administration des hôpitaux...

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Dont je suis !

M. Michel Moreigne. ... conservent, en fait, bien peu de pouvoir, et vous leur réclamez une véritable démission en leur demandant de voter ce texte. Pourtant, ce sont les élus locaux qui sont les mieux placés, les mieux à même d'apprécier les besoins d'une population qu'ils connaissent bien puisqu'ils vivent au milieu d'elle. Déjà, avant même l'adoption de ce texte, ils font l'objet de la part de votre ministère de pressions souvent intolérables, de véritables injonctions technocratiques, qui vont à l'encontre des intentions affichées dans l'exposé des motifs du projet de loi sur le développement des responsabilités des collectivités locales.

Vous voulez un exemple ? Je vous citerai cette lettre, n° 01646, du 13 juin 1979, adressée à M. le préfet de la Creuse, qui ne vise pas moins qu'à inciter à une réduction de 50 p. 100 de la capacité du centre hospitalier spécialisé de La Valette-Saint-Vaury, en excipant de la projection démographique de l'I.N.S.E.E. pour 1983 concernant la population de la Creuse. J'ai ici le double de cette correspondance. Elle traduit — je regrette d'avoir à le dire ici — une méconnaissance, à l'échelon central, de la structure démographique d'un département, le deuxième de France — derrière l'Indre-et-Loire — par l'importance du nombre des personnes âgées de plus de soixante ans — c'est M. Chérioux qui nous en a fait la démonstration, non pas aujourd'hui, mais dans son rapport sur le développement des responsabilités des collectivités locales.

Cette lettre traduit une ignorance de la vie quotidienne de ce département — que connaît bien M. Boyer puisqu'il y a des attaches — vie quotidienne faite, hélas, de chômage, d'isolement, célibat — cela peut faire sourire, mais cela est grave — d'alcoolisme aussi, de pauvreté, surtout, puisque le revenu de ses agriculteurs est parmi les plus bas de France — il est, en tout cas, inférieur à celui des agriculteurs de la Haute-Loire.

Les élus qui siègent au conseil d'administration ont réagi avec vigueur et exigé : le maintien de la capacité d'accueil prévue, la poursuite des opérations d'humanisation et surtout le plein emploi dans l'établissement. Ce problème du plein emploi dans les établissements où l'on supprimera des lits « excédentaires » n'est malheureusement pas traité dans le texte que vous nous soumettez. C'est pourtant un grave problème.

Je n'ai voulu, monsieur le ministre, avec cet exemple, que vous montrer que des conflits ne manqueront pas de se produire entre les conseils d'administration et vous-même, et ils peuvent prendre une tournure très désagréable si le texte est voté.

Enfin, monsieur le ministre, je souhaiterais, avec mes collègues du groupe socialiste, que soit précisé le contenu de l'article 9. Entendez-vous notamment, par le biais de cet article, avoir le pouvoir de sanctionner les médecins des établissements selon leur comportement thérapeutique ?

Après de tels propos, vous ne pouvez être surpris, monsieur le ministre, de notre intention de refuser de voter ce texte qui, comme l'a dit tout à l'heure notre collègue M. Bialski, est à la fois irréaliste, centralisateur et qui, surtout — c'est à nos yeux le plus important — ne permet aucun recours.

Votre majorité devra donc, seule, prendre la responsabilité de dépouiller encore un peu plus les élus locaux de leurs prérogatives et surtout de remettre en cause le droit pour les malades d'accéder véritablement aux soins. (*Applaudissements sur les travées socialistes.* — *M. Henriët applaudit également.*)

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

Mme Marie-Claude Beaudeau. Monsieur le ministre, je ne traiterai pas des problèmes de fond ; mon collègue M. Gamboa le fera au nom de mon groupe. Je veux simplement vous entretenir des conséquences qu'aura, dans les hôpitaux de l'assistance publique de Paris, ce que vous nommez dans le projet de loi « la maîtrise des dépenses », c'est-à-dire, selon vous, « la recherche de la plus grande utilité au meilleur coût des actions de soins, qui passe par la maîtrise de l'équipement sanitaire ».

Mais cette idée de « maîtrise des dépenses » vous sert, de fait, à justifier l'austérité, la compression des dépenses de santé, les restrictions dans tous les domaines.

Vous et le Gouvernement auquel vous appartenez n'avez d'ailleurs pas attendu le vote de ce projet pour prendre, au cours de ces derniers mois — notamment le 25 juillet et à la fin du mois d'août — des mesures très graves, qui se traduisent par une attaque sans précédent contre la santé, par une véritable détérioration du potentiel hospitalier et de l'accès aux soins.

Cette politique de redéploiement de l'austérité dans les domaines de la santé est une des composantes décisives de votre politique de déclin de la France. Vous l'organisez en vous attaquant à la sécurité sociale et aux droits sanitaires conquis par les travailleurs ; en vous attaquant aux médecins, par la mise en cause de leur liberté de prescription, par le déconventionnement ; en vous attaquant à l'hôpital.

De l'avis même du docteur Monier, président de la confédération des syndicats médicaux français, les mesures gouvernementales « visant à limiter l'augmentation des dépenses globales de santé au taux de croissance de la production intérieure brute conduiraient rapidement à l'instauration d'une médecine pour les pauvres et d'une autre pour les riches ».

Prescrire moins que ce qu'ils estiment nécessaire dans l'intérêt de leurs malades est insupportable. Tel est pourtant le sens des décisions du conseil des ministres du 25 juillet dernier. Quant à vous, monsieur le ministre, vous leur conseillez de trier les malades, de choisir entre ceux qu'il faut soigner et ceux qu'il faut abandonner à leur sort ou, en somme, tout simplement laisser mourir.

Ces décisions du conseil des ministres du 25 juillet qui imposent aux hôpitaux, d'abord le respect des budgets primitifs approuvés en début d'année, puis la réduction des crédits consacrés à accroître les capacités d'accueil, ensuite la révision des programmes de construction non encore engagés et, enfin, la stricte limitation du personnel à son niveau actuel sont d'ores et déjà appliquées à l'assistance publique de Paris.

C'est ainsi qu'à l'hôpital Saint-Louis, dès le 23 août dernier, une note de service destinée aux membres du personnel médical et hospitalier précisait : « Le directeur général de l'assistance publique nous recommande avec de plus en plus d'insistance de mettre en œuvre des mesures propres à réduire la consommation en examens complémentaires et notamment en actes de laboratoires. Pour aller dans ce sens, nous pensons limiter la composition des bilans d'exploration hépatique et lipidique en dissociant les électrophorèses des autres examens biochimiques ».

Ces mesures sont d'ailleurs appliquées depuis le 3 septembre dernier.

Toujours en application des décisions du 25 juillet, le conseil d'administration de l'assistance publique refuse systématiquement d'accorder aux hôpitaux la décision modificative budgétaire n° 2 qui, attribuée traditionnellement en septembre-octobre, sert à « boucher les trous » dans les budgets de fonctionnement.

À l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, cela se traduit, d'une part, par une réduction des dépenses en personnel de 1 700 000 francs et des dépenses de travaux d'entretien de 500 000 francs et, d'autre part, par des restrictions massives des effectifs ; ainsi, sur 110 recrutements demandés pour 1979, 24 seulement ont été accordés, plus 9 pour l'ouverture d'un service. On constate également la suppression de l'achat de matériels de jeux pour les services de pédiatrie.

À l'hôpital Saint-Antoine, 60 postes sont vacants. De plus, l'utilisation des auxiliaires — 90 aux cuisines — et même de femmes payées à l'heure de travail — une trentaine — se généralise. Les contrats étant de trois mois, en cas de difficultés financières il n'y aura donc pas de licenciements avoués mais simplement des non-renouvellements de contrat.

Là encore, les restrictions se traduisent par une diminution du nombre des examens de laboratoire et préopératoires.

C'est ainsi qu'à l'hôpital Saint-Antoine on prétend supprimer les électrocardiogrammes et les radiothorax préopératoires. Les internes n'auraient plus le droit de prescrire des examens complémentaires sans l'accord du chef de clinique. C'est la liberté de prescription des médecins qui est ainsi remise en cause.

Les restrictions touchent aussi les plateaux techniques. C'est ainsi qu'il n'y a toujours pas de salle d'opération dans le nouveau service d'urologie de l'hôpital Saint-Antoine. Les opérations sont effectuées dans la salle de chirurgie réparatrice. Or, ces deux types de chirurgie sont totalement différents et les risques de contamination, malgré les mesures prises, ne sont pas négligeables.

Si une infection généralisée se développe, qui sera responsable ? Le personnel, ou bien le Gouvernement qui refuse les crédits nécessaires à la construction d'une salle d'opération ?

À l'hôpital Broussais, le projet de budget pour 1980, calculé sur le budget primitif de 1979, aura pour effet une diminution de 3 p. 100 du nombre des journées d'hospitalisation, diminution allant jusqu'à 7 p. 100 en médecine générale et en chirurgie.

La demande d'augmentation du budget de 1980 est de 16 p. 100 mais le ministère n'accepte que 11 p. 100, ce qui ne couvre même pas le taux d'inflation. De même, le budget du personnel se voit amputé de 10 p. 100 compte tenu de l'inflation et d'une hausse modérée des salaires qui a été de 8 à 9 p. 100.

Votre projet de loi, monsieur le ministre, vise à supprimer les lits que vous dites être en surnombre. Une fois de plus, ce projet a été mis en place, dès avant son examen par les parlementaires, grâce à des mesures autoritaires. À l'assistance publique, de nombreux lits et services sont ainsi fermés ou sur le point de l'être.

À l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, on prévoit la suppression de trente lits de pédiatrie. À l'hôpital Beaujon, c'est un service de chirurgie cardiaque qui a été fermé sous le prétexte qu'un service équivalent est prévu à l'hôpital Bichat. Mais quand et dans quelles conditions ouvrira-t-il ? Et, en attendant, où iront les malades ?

À l'hôpital Saint-Antoine, il était prévu de fermer, pour travaux d'humanisation, 77 lits au pavillon de l'Horloge et 108 lits au pavillon Lemièrè. Les travaux sont bloqués faute de crédits, mais ces lits sont malgré tout fermés. De même, 38 lits ont été supprimés, sans explication, au pavillon Lanvillier.

À ce rythme, nous allons rapidement arriver à l'asphyxie et à l'étranglement des hôpitaux. Faute de moyens financiers, faute de lits, les hôpitaux ne devront-ils plus accueillir que les urgences, ou même ne pas les accueillir, faute de lit disponible, comme cela s'est produit récemment dans le douzième arrondissement ?

En effet, le 8 octobre dernier, à seize heures, il n'y avait pas un seul lit de libre pour les urgences dans les services de médecine générale des trois hôpitaux de cet arrondissement. N'est-ce pas là, monsieur le ministre, un scandale ?

Parlons encore des investissements à long terme pour lesquels règnent de graves incertitudes. C'est ainsi que deux projets, dont les travaux devraient commencer fin 1979-début 1980, sont remis en cause.

Il s'agit, d'une part, du projet de construction de la maternité neuve à l'hôpital Lariboisière — soixante-quatre lits d'obstétrique et vingt-huit lits de gynécologie — maternité qui est pourtant impatientement attendue dans ce secteur hospitalier de Paris qui en est très dépourvu. Il s'agit, d'autre part, du projet de création d'un institut de la naissance à l'hôpital de la Pitié, prévoyant notamment l'installation de quarante-cinq lits de pédiatrie, de cinquante lits de pédopsychiatrie et de lits de réanimation infantile.

Que vont devenir ces projets, pour ne parler que d'eux ? Je pourrais en effet vous citer bien d'autres exemples.

Ainsi, que vont devenir deux projets d'envergure, essentiels pour les arrondissements concernés, qui, pour l'instant, ne sont que programmés ? Je veux parler de l'hôpital pédiatrique prévu sur les terrains de La Villette et de l'hôpital général du xv^e arrondissement dont l'implantation est prévue sur les anciens terrains de l'usine Citroën.

Il était également prévu, à l'hôpital Saint-Louis, la réorganisation et la reconstruction du musée de la santé. Mais, en l'absence d'autorisation de programme, que devient ce projet ?

Tel est le résultat de la politique du Gouvernement qui casse l'économie, démantèle le potentiel industriel, accélère le chômage et intensifie une surexploitation qui détériore la santé des travailleurs.

Notre parti a lancé un S. O. S. pour la santé.

Nous avons lancé une grande campagne, avec tous ceux qui font leurs ces objectifs vitaux.

Partout, dans tout le pays, nous serons dans l'action avec les travailleurs, la population, les médecins et les personnels hospitaliers pour sauver la santé, pour sauver l'hôpital. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

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

M. Jean Mézard. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le sujet très précis sur lequel j'interviens n'est pas à proprement parler du domaine de la présente loi, mais il la touche d'extrêmement près. Il en est, en quelque sorte, une conséquence, ce qui justifie que nous puissions en discuter.

Mon propos, qui sera bref, est d'attirer votre attention sur l'inquiétude provoquée, dans certains milieux hospitaliers, par la circulaire n° 339 du 2 juillet 1979 concernant la spécialisation des services dans les centres hospitaliers généraux ou non.

Dans cette circulaire, le ministre écrit : « Mon attention a été appelée, à l'occasion de la nomination de médecins chefs de service, sur la tendance à spécialiser les services dans la plupart des établissements hospitaliers quelle que soit leur taille. »

On comprend très bien que, dans le souci légitime d'éviter aux malades et aux familles de se rendre dans une ville éloignée pour bénéficier des techniques de diagnostic et des thérapeutiques que nécessite leur état, les médecins et les responsables cherchent à apporter sur place les soins nécessaires. On comprend aussi qu'à l'inverse l'autorité de tutelle s'inquiète de la multiplication des structures de faible importance aux moyens forcément limités. L'intérêt des malades est cependant primordial.

Cette circulaire « rappelle avec force » — c'est le terme qui est employé — que les hôpitaux généraux — comme, d'ailleurs, leur appellation générique l'indique clairement — doivent avant tout assurer une permanence de soins de type général.

L'ancien généraliste que je suis se doit d'apporter une approbation totale, je dirai même enthousiaste, à la promotion nécessaire de cette médecine générale. Je me permets cependant de faire remarquer que si nous recensons un certain nombre de services des centres hospitaliers universitaires, nous y trouverons difficilement un seul service de médecine générale. Dès lors, la formation des futurs chefs de service généralistes posera quelques problèmes, même s'ils effectuent une rotation rapide pour additionner les acquis de plusieurs services de médecine spécialisée.

Mais là n'est pas le problème et ce n'est pas ce qui suscite l'inquiétude des responsables administratifs et locaux des hôpitaux régionaux et locaux. Lorsqu'on lit, dans la circulaire, que « la couverture des besoins de la population pour des soins spécialisés est par contre assurée par les centres hospitaliers régionaux qui disposent à cet effet de la plupart des services de médecine ou de chirurgie spécialisés », je vous avoue mon inquiétude, qui est également celle des médecins de ces centres.

Un chirurgien qui exerce dans une ville importante de la couronne de Paris — et cette région en comporte beaucoup — ou dans un hôpital situé à 170 kilomètres d'un centre hospitalier universitaire ne pourra-t-il, si l'établissement comprend deux ou trois services de chirurgie, s'adonner plus particulièrement, et avec une compétence accrue, à la chirurgie osseuse par exemple ? Avec les accidents du travail et les accidents de la route que nous avons à déplorer, ce serait une situation tout à fait anormale.

Je signale, en passant, que la réforme des études médicales va, le plus souvent, priver ces chefs de service de véritables internes nommés au concours et que les résidents n'apporteront pas toujours l'aide attendue.

Dans un service de pédiatrie, allez-vous supprimer le service de réanimation des prématurés ? Je connais le cas d'un tel service qui se trouve à 170 kilomètres, donc à deux heures de voiture, du C. H. U. le plus proche. Or, les hélicoptères ne volent ni dans la nuit ni dans le brouillard. Et je pourrais multiplier les exemples.

Nous avons parlé des malades, mais il convient aussi de penser aux familles qui connaissent des difficultés non seulement morales, mais également matérielles et financières pour rendre visite à leurs malades. Or, cela compte énormément.

Il est certain que tout est affaire d'interprétation. L'objet de la circulaire est cependant évident. La spécialisation à outrance ne risque-t-elle pas d'entraîner la multiplication des services, avec ce que cela comporte de conséquences financières ? Si l'objectif recherché est louable et compréhensible, ce coup d'arrêt ne correspondra-t-il pas, en fait, à un retour en arrière ?

Un autre paragraphe de la circulaire inquiète encore nos praticiens, c'est celui qui prévoit qu'une vigilance toute particulière doit être exercée à l'endroit des achats de matériel ou d'équipement spécialisé. Allons-nous voir, par exemple, refuser à un chirurgien de chirurgie générale un matériel concernant la prothèse de la hanche sous prétexte que cela relève d'une chirurgie spécialisée, alors qu'il s'agit d'une opération courante et qu'à côté, peut-être, une clinique privée bénéficiera, elle, de ces facilités ? Je n'entends nullement ici, bien entendu, opposer l'hospitalisation publique à l'hospitalisation privée qui, de son côté, connaît elle aussi bien des problèmes.

La chirurgie cardiaque s'est généralisée ; faut-il renoncer à ses services quand on est loin de tout centre hospitalier universitaire ?

Allons-nous voir progressivement diminuer le rôle des hôpitaux généraux et locaux qui ont été — j'insiste sur ce point parce que j'en ai la conviction — les facteurs peut-être les plus importants de l'amélioration de la santé publique ?

Allons-nous vers une évolution rétrograde, vers une notion « d'hôpital-hospice », vers une concentration de plus en plus marquée dans les grands centres dont je reconnais, cependant, et la nécessité et le rôle dans les progrès de la science médicale et de l'enseignement ?

Alors que, depuis longtemps, une chirurgie et une médecine de qualité se sont généralisées, il faut penser aux malades, mais aussi aux familles des malades.

Permettez-moi de revenir cinquante ans en arrière et d'évoquer deux images.

D'abord, celle de l'ambulance de l'assistance publique avec sa cloche et l'inscription du secteur hospitalier : pour les Enfants-Malades, cinq ou six arrondissements, plus Asnières, Suresnes, Courbevoie, et la moitié de la banlieue nord pour Bretonneau.

Deuxième image : un de ces hôpitaux à treize heures. La porte s'ouvre ; c'est la ruée — je dis bien : la ruée — des mamans, venant de très loin, courant pour retrouver leur enfant.

Les efforts des municipalités et des régions, la qualité croissante du personnel médical ont permis de mettre à la portée de tous des soins de qualité.

Je sais bien — je le répète — que l'interprétation de cette circulaire est affaire de bon sens et que, normalement, vraisemblablement, elle sera appliquée correctement pour le bien des malades et de leur famille, but essentiel à atteindre.

Cependant, ces médecins, ces administratifs, ces municipalités, inquiets, attendent de vous, monsieur le ministre, des apaisements formels. Cela me paraît essentiel.

L'objet de mon intervention était évidemment secondaire par rapport à l'ensemble du projet de loi, mais cette circulaire soulève beaucoup d'inquiétude et la grande presse médicale s'en est fait l'écho de façon précise. Je tenais à vous en faire part.

Cela n'enlève rien aux efforts du Gouvernement qui tendent à adapter l'équipement hospitalier aux besoins des malades. C'est le but même de votre projet de loi. C'est vous dire que nous en reconnaitrons le mérite en vous apportant notre vote. (*Applaudissements.*)

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

M. Pierre Gamboa. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, une des caractéristiques principales qui se dégage, me semble-t-il, de cette discussion, c'est qu'en tout état de cause une masse considérable de critiques viennent d'être formulées à l'égard de ce texte de loi par l'ensemble des groupes de la Haute Assemblée. La nature de ces critiques est, quant au fond, le reflet du mouvement profond émanant du pays contre un projet nocif qui affectera, d'une manière profonde et durable, si nous n'y portons pas un coup d'arrêt, la santé des Françaises et des Français, notre secteur d'hospitalisation, les professions médicales et paramédicales.

Tout d'abord, monsieur le ministre, permettez-moi de formuler d'emblée deux observations fondamentales.

En premier lieu, nous relevons que les dispositions gouvernementales du 25 juillet, notifiées par M. le Premier ministre aux préfets de région, sont d'une gravité sans précédent à l'égard du secteur hospitalier de notre pays. Elles placent l'hospitalisation dans une situation de pénurie. Elles ont déjà de graves répercussions dans les domaines de l'emploi, de la recherche médicale, de la qualité des soins, sans que, un seul instant, le Parlement, qui est la représentation nationale, ait été consulté sur des orientations qui engagent l'avenir du droit à la santé des Françaises et des Français.

En second lieu, ces mesures, comme je viens de le souligner, se heurtent à une véritable opposition de toutes les professions de santé, des conseils d'administration des hôpitaux, des élus locaux, des usagers, des grandes organisations syndicales, comme en témoigne, par exemple, l'ampleur du mouvement de grève des professions médicales du 23 octobre, comme peuvent en témoigner aussi les profonds mouvements qui affectent non seulement les professions médicales et paramédicales, mais aussi l'ensemble des personnels et des usagers de centaines d'établissements.

A ce propos, je voudrais, d'ores et déjà, noter que 25 p. 100 des conseils d'administration des hôpitaux, soit 260 sur le territoire national, vous ont présenté une demande de dérogation pour l'adoption d'un budget supplémentaire au titre de l'année 1979.

Cela me permet, monsieur le ministre, de vous poser une première question : que deviendront ces demandes de dérogation ? Il y a bien là, mes chers collègues, un grave problème, résultat

d'une politique autoritaire, de choix imposés, du refus de prendre en compte ceux qui s'expriment de la manière la plus large dans le pays.

A la vérité, ce projet de loi vise *a posteriori* à faire avaliser une situation déjà existante. Il faut au Gouvernement la caution du Parlement pour aller plus loin dans la voie de la centralisation, de l'autoritarisme et de l'austérité en ce qui concerne le secteur de l'hospitalisation.

Oui, il faut le dire avec force, monsieur le ministre, votre gouvernement restera celui qui veut entrer dans l'histoire à reculons.

Les acquis des sciences médicales, la longévité de l'espérance de vie qu'engendrent les conquêtes scientifiques, les structures hospitalières dont s'est doté notre pays, le droit à la santé des Françaises et des Français, voilà ce que vous voulez remettre en cause aujourd'hui. Vous voulez le faire sur la base de choix nationaux, dans le cadre d'une orientation qui vise à comprimer au maximum les investissements sociaux « non rentables » — au sens capitaliste du terme — afin de subventionner et de permettre le redéploiement de quelques mastodontes de l'industrie à l'échelon international.

Mais, où se trouve ici l'intérêt national ? Où se trouve l'avenir de notre pays ? Dégrader le réseau de l'hospitalisation, mettre en cause le droit à la santé, porter atteinte à la recherche médicale, aux professions médicales et paramédicales, c'est compromettre gravement l'avenir d'un pays.

Les communistes, pour leur part, disent « non ». Nous sommes bien là en présence d'une politique qui entraîne le déclin de notre pays, le démantèlement industriel, le recul de la scolarisation, la dégradation de la santé, le déclin du sport, et je pourrais, hélas ! allonger cette liste.

Pour justifier une telle orientation malthusienne, votre gouvernement, monsieur le ministre, a lancé une campagne de propagande de longue haleine, qui vise à faire accepter par nos compatriotes ce fatalisme.

C'est ainsi que le délégué général à la santé, le professeur Sournia, a pu déclarer dans une récente assemblée de maîtres de stage de l'université de Paris-Sud, du Kremlin-Bicêtre : « La France a vécu richement. Cette époque est révolue. Nous sommes en train de construire un nouvel ordre économique mondial. Il est inévitable que, comme tout le reste, notre système de soins suive cette évolution. Il se peut très bien que, comme nous, qui sommes habitués au confort, nos descendants s'habitueront à mourir à soixante ans au lieu de quatre-vingts. »

Après M. Lenoir, ancien secrétaire d'Etat, préconisant de laisser mourir les vieillards de quatre-vingts ans, un responsable officiel prône la mort à l'âge de la retraite ! C'est une véritable campagne obscurantiste que lance ainsi votre gouvernement.

Récidivant dans un journal du soir, cette semaine, M. Lenoir a pu déclarer : « Il ne s'agit pas de tuer, mais d'admettre l'inéluctable, c'est-à-dire le naturel ». Pour imager son propos, M. Lenoir a d'autres projets pour les professionnels de la santé dont le combat quotidien consiste à soigner, à fortifier la plus petite espérance de vie. Dans ce même quotidien du soir, il souligne : « Plutôt que des appareils toujours plus coûteux, pourquoi pas des infirmières préparées à l'assistance aux mourants ? » Voilà ce que, à la fin du xx^e siècle, à l'aube du xxi^e siècle, un ancien secrétaire d'Etat nous propose : un retour au Moyen Age !

Bien entendu, pour appliquer une telle politique, qui atteint de plein fouet les aspirations de toutes les catégories sociales de notre pays concernées aujourd'hui par ce recul que vous voulez leur imposer, il faut se doter de moyens supplémentaires.

Ces moyens sont contenus dans le projet de loi qui nous est soumis. Il vise tout particulièrement à réduire le nombre de lits en revisant systématiquement en baisse tous les programmes d'équipement, tant pour le secteur public que pour le privé. La modernisation des plateaux techniques est assujettie à la réduction de la durée moyenne de séjour, donc du nombre de lits. Ainsi la seule chose qui compte maintenant, le seul critère, c'est le taux de rentabilité par lit.

Durant de nombreuses années, les différents ministres de la santé, voulant donner une image de marque à leur action, se plaisaient à rappeler à tout instant que 160 000 lits d'hôpital, toutes vocations confondues, avaient été créés en quinze ans. Aujourd'hui, vos projets, monsieur le ministre, visent à en supprimer 110 000. C'est donc bien un retour de quinze ans en arrière que vous nous proposez !

Il vous arrive d'évoquer la situation dans d'autres pays au travers d'un certain nombre de démonstrations que vous faites,

soit au Parlement, soit auprès des mass media, pour justifier votre politique d'intégration et de planification en matière de santé sur la base de critères européens ou internationaux.

Or, permettez-moi, monsieur le ministre, de relever dans un rapport de l'O.C.D.E. de juillet 1977, intitulé « Dépenses publiques de santé », page 14, cette double donnée fondamentale pour le financement des dépenses publiques de santé, prenant pour référence l'année 1974 : la France est la lanterne rouge des dix-huit pays recensés par l'O.C.D.E. quant à la part de l'investissement public dans les dépenses de santé, soit 13 p. 100.

Je relève, en revanche, que nous sommes dans le peloton de tête pour ce qui concerne les cotisations patronales, les rapports étant de 1 à 67. C'est ce qui explique pourquoi, sans doute, vous avez l'appui du C.N.P.F., qui soulignait dans une lettre récente de *L'Expansion*, sous la signature de l'un de ses dirigeants, « la nécessité d'une plus grande rigueur dans la gestion des hôpitaux et une plus grande maîtrise des dépenses ».

Vous voulez mener cette politique au pas de charge. Depuis le mois de juillet, de graves répercussions se manifestent dans le pays. C'est ainsi que les organisations syndicales représentatives ont déjà pu relever 3 000 licenciements au mois de septembre et les prévisions les moins optimistes font ressortir que près de 5 000 sont inscrits dans les faits.

Voilà un mois, trois cardiologues marseillais de réputation mondiale ont lancé un cri d'alarme sur les risques graves auxquels sont exposés leurs malades. Au début du mois d'octobre, l'Ordre des médecins déclarait : « La priorité doit rester à l'efficacité et à la qualité des soins. » A Reims, par exemple, on peut enregistrer 126 licenciements au C. H. R. et la suppression de 500 lits depuis le 1^{er} juillet. Des médecins sont sanctionnés pour excès de prescriptions d'arrêts de travail. Par ailleurs, au-delà de deux mois d'hospitalisation, les personnes âgées seront pénalisées, puisqu'elles devront payer 150 francs par jour pour se faire soigner.

Pour conclure sur ce point, permettez-moi de citer une lettre que nous avons reçue d'un professeur de renommée mondiale dont je tairai le nom, car, s'il veut, bien entendu, faire part de ses préoccupations, il ne tient pas à faire état de ses titres. Cette lettre, je la lirai *in extenso*, car je crois que ses préoccupations professionnelles, scientifiques et humanitaires méritent d'être portées devant la Haute Assemblée.

« Monsieur le sénateur, je comprends vos craintes : une politique d'économie ne doit pas être aveugle et dangereuse. Un centre hospitalier traite les cas régionaux souvent les plus difficiles à guérir. Il est alors, pour ces malades, ce que j'ai appelé « l'auberge de la dernière chance ».

« Cela entraîne pour nous des devoirs et des charges. Nous ne pouvons renoncer à un traitement que lorsque nous avons la certitude de l'échec. Celle-ci, avec les moyens actuels, est parfois longue à se dessiner. Il arrive d'abandonner tout espoir après des semaines d'effort... C'est une déception pour tous et cela coûte cher. A côté de ces échecs, des succès, alors que les conditions de départ étaient mauvaises, illustrent bien que *a priori* il faut défendre une vie en danger.

« La décision d'abandonner la lutte ne peut être prise que par ceux qui soignent, après une réflexion communautaire, et ne peut leur être imposée par aucune autorité, aucun règlement. Mais il faut se garder d'un entêtement néfaste quand il apparaît que toute chance est perdue. La confusion existe dans beaucoup d'esprits entre espoir de guérir et acharnement thérapeutique.

« On doit demander à ceux qui soignent d'être raisonnables : c'est l'intérêt des malades et de leur famille. Cela exige un jugement parfois difficile et certaines erreurs en ce domaine peuvent être pardonnées.

« On peut leur demander aussi d'être économes de l'argent public pour faire leur travail et d'agir sans gaspiller. »

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Très bien !

M. Pierre Gamboa. « Mais on doit leur laisser la responsabilité de soigner ou de ne pas soigner un malade avec tous les moyens dont ils disposent quand leur conscience et leur cœur leur commandent de faire ou de ne pas faire.

« Il est vrai que nous vivons une époque où l'économie submerge la politique. Elle ne peut pourtant tout remplacer et il reste une place pour un humanisme médical.

« Ce serait enfin, pour les hospitaliers, un précieux encouragement à contribuer à une médecine à la fois bonne dans sa qualité et raisonnable dans son coût, si ceux qui nous gouvernent et nous administrent faisaient preuve du même souci et y ajoutaient l'impartialité qui leur manque. »

Voici les raisons pour lesquelles, mes chers collègues, l'opposition du groupe communiste à ce projet de loi est totale.

D'abord les arguments invoqués sont faux. Les dépenses d'hospitalisation ont subi l'inflation et les autres conséquences de la politique gouvernementale. De 1974 à 1978, le nombre de journées d'hospitalisation ne s'est accru que de 1 p. 100 par an ; la durée moyenne de séjour à l'hôpital en France est de quinze jours, alors qu'elle est de vingt et un jours en Suède.

La journée d'hôpital est trois fois moins chère en France qu'aux Etats-Unis. Des pays comme le Danemark, le Canada, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie consacrent, toutes proportions gardées, davantage d'argent à l'hospitalisation que la France. Parmi les dix pays capitalistes les plus riches, la France vient à l'avant-dernier rang pour l'hospitalisation publique.

On invoque des abus, des erreurs et des excès. Ils sont réels et nous, communistes, nous les avons souvent dénoncés, parfois seuls. La plupart du temps, rien n'a été fait pour y porter remède, ce qui permet aujourd'hui au Gouvernement de s'en servir pour justifier les mesures autoritaires que j'ai essayé très brièvement ici de critiquer et de démonter.

En revanche, nous notons d'étranges discrétions, par exemple sur les bénéfices réalisés par les industries pharmaceutiques dont les hôpitaux sont les plus gros clients, sur le coût de certains équipements — tel le matériel de radiologie — livrés aux hôpitaux par les multinationales.

Au début de l'été, de graves infections hospitalières sont apparues, telles celles de Baudeloque, la Pitié et Tenon et ce fut une bonne occasion pour certains de dénigrer l'hôpital et d'accuser le personnel de négligences.

Dans ce genre d'accidents, hélas ! fréquents, les responsables sont très bien connus : ils s'appellent encombrement des salles de malades, surcharge d'un personnel en nombre insuffisant, pénurie d'un matériel de désinfection approprié. Et puisqu'on parle d'économies, des études très sérieuses et précises ont montré que la moindre épidémie dans un service hospitalier coûtait plus cher que ce qu'il aurait fallu en personnel et matériel supplémentaires pour éviter l'infection, et je dis cela sans insister ici sur le dramatique aspect humain de ces malades qui viennent à l'hôpital contracter une maladie supplémentaire à celle pour laquelle ils sont entrés.

On ne peut isoler les hôpitaux des autres problèmes de santé. On parle parfois de la place excessive des soins hospitaliers. Non, seulement nous sommes d'accord, mais ce sont des médecins communistes qui ont les premiers attiré l'attention sur les risques de « l'hospitalo-centrisme ». Mais cela suppose tout un programme — qui est le nôtre — sur le développement de structures intermédiaires, légères et décentralisées, alors qu'aujourd'hui les rares qui existent sont laissées à l'abandon, que le rapport de l'I.G.A.S. préconise la fermeture de certaines petites maternités, que les pressions financières de toute sorte s'exercent sur les centres de santé à but non lucratif, que les consultations externes publiques sont sous-développées au profit des consultations privées.

Sur le fond, notre démarche s'inspire d'une tout autre philosophie que celle qui inspire le Gouvernement. Nous considérons comme normal que les dépenses de santé croissent dans un pays comme le nôtre et que la nation les prenne à sa charge.

C'est pourquoi nous appelons à une réaction vigoureuse ; c'est pourquoi nous disons « non » au déclin de la santé de notre peuple ; c'est pourquoi également nous soutenons sans réserve tous ceux — syndicats, collectivités locales, associations concernées, professions médicales — qui ont montré dans le calme, la dignité et la tranquillité — mais avec détermination — une volonté profonde d'obtenir l'annulation de ces mesures afin, d'abord, d'empêcher les licenciements de personnels hospitaliers.

Cette même démarche nous conduira à présenter de nombreux amendements visant à laisser la maîtrise de la gestion des hôpitaux aux conseils d'administration, à y étendre et à y développer la démocratie par les moyens matériels nouveaux indispensables à notre époque pour leur bon fonctionnement.

Dans l'immédiat, nous proposons cinq mesures susceptibles de répondre aux besoins sanitaires de notre pays. Nous appelons les Françaises et les Français au-delà de leur diversité, de leur personnalité et de leurs convictions, à agir pour ces objectifs qui correspondent à leurs intérêts, à l'intérêt national.

Premièrement, nous demandons l'annulation des dernières mesures gouvernementales, qui portent un coup très dur à l'hospitalisation, à la santé et aux conditions de vie des travailleurs manuels et intellectuels de ce pays.

Deuxièmement, nous affirmons la nécessité de faire progresser la santé et reculer les inégalités.

Troisièmement, nous disons qu'il est urgent de donner au système de santé la possibilité de remplir sa mission par l'octroi de moyens nouveaux.

Quatrièmement, nous préconisons une grande politique nationale pour démocratiser la santé.

Cinquièmement, nous proposons de lutter contre les gaspillages. A ce propos, je me permettrai d'ouvrir une parenthèse. La nationalisation des trusts pharmaceutiques permettrait dans l'immédiat de réaliser des économies substantielles sur les profits qui sont laissés au secteur privé.

Voilà donc, très brièvement et très schématiquement, rappelées nos propositions. Hier, monsieur le ministre, votre Gouvernement voulait brader la sidérurgie. De concert avec les travailleurs nous avons agi. Des solutions positives ont été trouvées qui, pour une bonne part, préservent le potentiel de notre industrie lourde.

Aujourd'hui, avec les salariés, les professions médicales, les conseils d'administration, les élus et les usagers, nous voulons sauver la santé des Françaises et des Français. Oui, cela est possible ; oui, cela est nécessaire. Il y va de l'avenir de notre pays.

Ce jour même, nous avons reçu de nombreux télégrammes, de nombreux témoignages de refus de votre loi. Ces témoignages émanent des milieux les plus divers et reflètent une opposition profonde.

A ce propos, permettez-moi, monsieur le ministre, de signaler à votre attention un télégramme qui vient d'un territoire particulièrement lointain. Je veux parler de la Réunion, où mon ami Marcel Gargar m'a signalé un certain nombre de difficultés relatives à la santé, de même d'ailleurs que dans les départements et territoires d'outre-mer en général.

Je me permettrai, en descendant de cette tribune, de vous remettre tous ces témoignages qui démontrent et confirment que le groupe communiste a tout à fait raison de rejeter votre texte de loi. (*Applaudissements sur les travées communistes. — L'orateur, en descendant de la tribune, remet au ministre une liasse de documents.*)

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je vais m'efforcer de répondre avec le maximum de précision à vos interventions, mais je sollicite votre indulgence. Des éléments importants et intéressants ont été apportés dans le débat et je n'aurai pas la prétention de répondre à toutes les questions.

Monsieur Gamboa, vous ne vous étonnez pas que je me montre quelque peu sévère à l'égard de ce j'appelle la méthode de l'amalgame, qui permet de rapporter des faits divers et variés, pas toujours contrôlables, et d'en tirer un certain nombre de conclusions.

Je ne reprendrai pas tous vos propos. Vous avez critiqué le système de santé français, comme s'il n'était pas, par rapport à celui des autres pays, digne d'éloge. Je vous rappelle, monsieur le sénateur, que notre pays arrive en seconde position dans la lutte contre la mortalité infantile, ce que certains Français oublient. Tenir un tel langage, monsieur le sénateur, c'est négliger la qualité extraordinaire de la médecine française et des services hospitaliers français, qui place notre pays au troisième rang dans le monde pour la durée de vie, c'est-à-dire bien avant un pays comme les Etats-Unis. (*Applaudissements sur les travées de l'U.C.D.P., du R.P.R., de l'U.R.E.I. et du C.N.I.P.*)

Je ne peux pas laisser critiquer le système de santé français.

M. Pierre Gamboa. Vous voulez le démanteler !

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je vous sais gré, monsieur Gamboa, de reconnaître que ce système de santé a quelque valeur. Notre débat aura au moins apporté cet avantage.

D'autre part, monsieur Gamboa, vous avez cité des faits ; je pourrais en relever plusieurs.

Vous avez parlé des cardiologues marseillais. Il faut savoir qu'ils ont ensuite écrit à leur directeur pour lui dire qu'ils n'étaient pour rien dans l'utilisation qui était faite de leur

lettre. De toute façon, ils avaient écrit celle-ci sans connaître exactement les conséquences qu'aurait sur le fonctionnement de leurs services les mesures qui ont été prises.

Vous évoquiez l'hôpital de Reims. C'est vrai, il faudra, dans cet établissement, faire plus attention à la gestion et à l'économie.

Vous avez lu la lettre d'un professeur que vous avez qualifié « d'éminent », ce dont je ne doute d'ailleurs pas. Ce professeur est sans doute hostile au Gouvernement, mais vous devriez vous inspirer du ton de sa lettre. Si nous pouvions dialoguer sur le même ton que celui qu'emploie ce professeur, un vrai débat démocratique pourrait s'engager, dans le respect des uns et des autres. (*Applaudissements sur les mêmes travées.*)

Madame Beaudeau, il n'est pas question de mettre en cause les équipements qui ont été prévus. Nous avons prévu de les réexaminer. Je voudrais dire au Sénat que ce réexamen des investissements nouveaux s'inspirera de considérations de bon sens.

Le coût de l'investissement que représente la construction d'un établissement hospitalier représente en général le coût de deux années de fonctionnement. C'est dire que nous devons regarder de près les investissements, car ce serait vraiment une erreur pour l'avenir que de négliger le coût futur de fonctionnement de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu réexaminer les équipements nouveaux, étant entendu qu'il n'est pas question de les bloquer systématiquement. Au contraire, nous pensons que dans certains cas, ils peuvent apporter une qualité meilleure à condition d'en étudier les coûts de fonctionnement.

Vous avez parlé des examens biologiques. Vous avez dit : dans une note de service à Saint-Louis, un chef de service a demandé à ses collègues de faire attention aux examens complémentaires. Je vous renvoie, madame Beaudeau, à un article — je ne l'ai pas inspiré, croyez le bien — d'un éminent professeur du centre hospitalier régional de Bordeaux paru dans un journal d'hier soir, qui explique bien ce que nous demandons. Selon cet article, il revient effectivement à nos médecins hospitaliers de voir si une thérapeutique ou un examen complémentaire s'imposent. Il démontre même que, dans certains cas, l'utilisation de certaines thérapeutiques très coûteuses se retourne contre l'intérêt du malade.

Effectivement, nos médecins doivent essayer de confronter de plus en plus leurs thérapeutiques. Il ne s'agit que de cela. Je ne veux pas me substituer aux médecins ; c'est dans une attitude de coopération avec eux que nous voulons agir.

Monsieur Bialski, j'ai été surpris de vous entendre dire que les comptes de la sécurité sociale étaient à « géométrie variable ». Nous avons réuni la commission des comptes de la sécurité sociale. Elle comprend notamment les représentants de toutes les organisations syndicales, y compris de la C. G. T. dont le représentant s'est longuement exprimé. Les deux sénateurs membres de cette commission, MM. Fortier et Boyer, ont participé activement à ses travaux. Ils peuvent donc témoigner que si des observations ont été formulées par les partenaires sociaux — ce qui est tout à fait naturel — sur les solutions à apporter, personne n'a contesté les comptes ni le fait que la courbe d'augmentation des dépenses atteint aujourd'hui un niveau auquel elle n'est jamais parvenue.

Il n'y a pas de « géométrie variable », il y a une courbe des dépenses qui monte très vite, en partie du fait d'un certain nombre de facteurs que nous prenons en compte, tels que le vieillissement de la population du pays et les progrès des techniques. Nous pouvons néanmoins nous demander si la croissance rapide de cette courbe n'est pas due aussi à l'existence, dans un appareil de santé très sophistiqué, de risques de gaspillage. Il faut donc se méfier de termes qui me paraissent quelque peu excessifs.

Par ailleurs, vous me prêtez l'intention de transformer les conseils d'administration en chambres d'enregistrement. Je voudrais que tout soit clair entre nous. Il n'est pas question, pour moi, d'enlever son caractère à l'établissement public local qu'est l'hôpital. J'y reviendrai tout à l'heure en répondant à d'autres orateurs. Le ministre n'interviendra que pour aider un conseil d'administration qui, n'arrivant pas à se résoudre à certaines adaptations, laissera, d'une certaine manière, le ministre trancher. C'est dans cet état d'esprit que j'appliquerai la présente loi.

Vous avez également, monsieur Bialski, parlé des auxiliaires. Là aussi, il faut savoir qu'un certain nombre de personnes ont profité de la situation. Les hôpitaux publics, que j'ai quelque raison de bien connaître, ne gardent généralement pas tous les auxiliaires qu'ils ont embauchés pour l'été. Cette année, comme

il était de bon ton de pratiquer l'amalgame, on a prétendu que si ces auxiliaires avaient été renvoyés, c'était à cause des mesures gouvernementales.

C'est inexact. La vérité, c'est que certains auxiliaires n'ont pas été gardés, mais qu'il n'y a eu aucun licenciement.

J'ai conscience, moi qui pour bien des raisons suis attaché à l'hôpital public, de lui demander un effort sans précédent. Pour cette raison, je serai très attentif — j'y insiste devant le Sénat — aux situations locales et aux difficultés réelles qui pourraient se présenter.

Monsieur Berchet, c'est à vous que je pense quand je dis qu'il faut que nous prenions beaucoup de temps pour parler car vous êtes, en même temps qu'un grand administrateur, un homme de bonne foi. En vous écoutant, je pensais que certains éléments d'information, dont je vais vous donner quelques exemples, ne sont pas assez connus.

Vous avez craint, monsieur Berchet, que je ferme des lits sans consultation. En fait, ce n'est pas possible, car le texte de loi qui vous est soumis prévoit que la demande du ministre doit être motivée et que les motifs doivent être exposés au conseil d'administration. Ce n'est que si le conseil d'administration oppose un refus absolu — j'ai encore, à ce moment-là, une appréciation personnelle à porter sur ce refus — que je peux passer outre sa décision. Il n'est donc pas du tout question de recourir à une espèce de droit aveugle de suppression. Je suis formel sur ce point.

Vous avez également craint, monsieur Berchet, que les hôpitaux de deuxième catégorie n'aient plus de spécialistes. Tranquillisez-vous : compte tenu de la démographie médicale actuelle, notre grand problème sera, dans les années à venir, de trouver des places pour les spécialistes. Si donc vous pouviez leur en offrir dans votre hôpital, j'en serais heureux. Dans le cadre de la politique de sélection que je mets en œuvre, je veillerai à ce qu'il y ait autant de spécialistes qu'il le faut. Mais je vous rassure : nous n'en sommes pas là !

Notre grand problème sera de trouver une place aux hommes dans notre système de santé.

Vous m'avez dit : si vous supprimez les lits excédentaires dans un certain nombre de services, que se passera-t-il pour le personnel ? Ce problème est réel et je serai très clair. Dans bien des cas, ce n'est pas parce que l'on supprimera des lits que l'on supprimera aussi le personnel. Ce personnel, monsieur Berchet, restera et permettra de mieux encadrer les lits existants. La vocation de l'hôpital est bien de soigner ses malades dans les meilleures conditions possibles, avec les moyens dont dispose cet hôpital, pour le renvoyer ensuite chez lui dès qu'il est guéri.

Si ces suppressions de lits conduisent à une meilleure médicalisation des lits restants, nous aurons contribué à humaniser l'hôpital et à améliorer la qualité des soins qui y sont donnés. C'est comme cela qu'il faut voir le problème, monsieur Berchet.

Je vous rassure encore, en même temps que tous les membres du Sénat, en disant que cette mesure sera appliquée de manière progressive. Je vais dire aux responsables des centres hospitaliers : « Nous pourrions procéder à telles fermetures, mais comment pensez-vous faire ? » Nous allons, bien sûr, faire participer les hospitaliers.

L'hospitalisation à domicile est-elle moins coûteuse, avez-vous demandé. Vous avez eu raison de poser une telle question. Si l'hospitalisation à domicile doit se substituer à la médecine de ville, elle ne sera pas moins coûteuse. Si la consultation externe doit se substituer à la médecine de ville, elle ne le sera pas non plus. Mais si l'hospitalisation à domicile ou la consultation externe se substituent à l'hospitalisation, alors elles deviennent économiques. Dans un système de santé, chaque sous-système doit être coordonné avec le reste.

Un exemple de bonne politique en matière de santé est celui de l'hôpital des Enfants malades. Je n'entre pas dans l'avenir à reculons, monsieur Gamboa ! C'est vous qui allez à reculons. Nous avons là un hôpital de jour, où l'opération est pratiquée dans la journée, ce qui permet de ramener l'enfant dans sa famille le soir même. C'est un progrès important. Cela nous amène effectivement à réduire le nombre de lits, mais à disposer, dans la journée, d'un personnel plus nombreux. Tout cela sous le signe de l'adaptation et non pas sous le signe de la restriction, de la réduction des capacités hospitalières.

Monsieur Moreigne, je suis, vous le savez, tout à fait attentif au problème particulier de La Souterraine. Je le connais bien. Il est lié à la fermeture d'une clinique à Argenton et je suis prêt à voir ce que nous pouvons faire.

Il ne faut pas dire, monsieur Moreigne, que l'humanisation se solde par un espoir déçu. Non. Vous vous placez du point de

vue financier. Bien sûr, la subvention de l'Etat pourrait être plus élevée, mais l'important, c'est d'aller vite. Nous avons réussi à humaniser 70 p. 100 des hôpitaux. Je vous assure — et là, je suis catégorique — que nous tiendrons les délais et que l'ensemble des opérations d'humanisation seront engagées au plus tard en 1981.

L'adaptation dont il s'agit ne sera pas effectuée de manière technocratique ou autoritaire.

Vous avez cité l'exemple de Saint-Vaury-en-Creuse, à propos de psychiatrie. C'est un bon exemple. Faut-il, parce que nous avons hérité de l'histoire de grands asiles psychiatriques, continuer à les faire « tourner » en y mettant des personnes âgées au milieu de malades mentaux, personnes âgées qui donnent parfois elles-mêmes des signes de déficience mentale ?

Au moment où la science de la psychiatrie a fait de gros progrès, nous ne pouvons pas refuser une protection qui va dans le sens d'une véritable médecine de l'homme et de la personne. Là aussi, il y a une adaptation à faire.

Enfin, vous m'avez demandé si des médecins d'établissements hospitaliers se verraient sanctionnés. Je puis vous assurer qu'aucune sanction ne sera prise pour des actes thérapeutiques.

M. Michel Moreigne. Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur le ministre ?

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je vous en prie.

M. le président. La parole est à M. Moreigne, avec l'autorisation de M. le ministre.

M. Michel Moreigne. Monsieur le ministre, je vous remercie de m'autoriser à vous interrompre. Je veux simplement revenir sur le problème de l'hôpital de Saint-Vaury-en-Creuse. Ce n'est ni un grand hôpital — il ne comporte que 400 lits — ni un vieux monument — il date de 1961. La démence sénile, cela existe, monsieur le ministre.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je ne le nie pas !

M. Michel Moreigne. Vos éminents conseillers vous diront que l'on ne traite pas la démence sénile, qu'on ne l'améliore même pas hélas ! Et nous avons beaucoup de vieux.

Voilà dans quel contexte nous sommes. Alors, nous vous demandons tout simplement de ne pas nous appliquer des normes rigoureuses, comme à une région standard. Nous ne sommes pas une région standard, et nous le regrettons. Nous voudrions bien être dans les normes, mais nous ne le sommes pas. Nous vous demandons d'agir avec beaucoup de discernement. Nous souhaitons être entendus pour que nos anomalies soient appréciées à leur juste valeur, tout en regrettant, croyez-le bien, qu'elles puissent exister.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Moreigne, je vous confirme que cette politique ne sera pas menée uniquement en fonction de normes. Nous aurons à confronter nos idées et je pense qu'avec des hommes de bonne foi et de bonne volonté, avec un ministre qui essaiera, chaque fois, de résoudre le problème concret qui se posera, on trouvera des solutions.

M. Jung s'est préoccupé des établissements à but non lucratif. Je sais et nous savons tous qu'il existe un problème pour les établissements alsaciens, et je ne demande pas mieux que de l'étudier. Cela étant dit, je rappelle au Sénat que le secteur à but non lucratif associé au service public est en voie de progression. Aux 476 établissements participant au service public qui existent vont s'en ajouter 20 nouveaux en 1979. C'est là une voie intéressante.

Certes, la situation de certains de ces établissements mérite d'être revue, mais je tiens beaucoup à ce que cette expérience réussisse car je reconnais que, dans certaines régions, les établissements à but non lucratif ont beaucoup apporté au service public. J'espère vous avoir pleinement rassuré, monsieur le sénateur.

M. Mézard a soulevé le problème des hôpitaux locaux, régionaux qui ne sont pas des C. H. U. Je voudrais également le rassurer : les centres hospitaliers, notamment de chef-lieu de département, ont leur place. D'ailleurs, bien souvent, la situation actuelle est le fait non pas de notre administration, mais des C. H. U. Certains C. H. U. font du prosélytisme au détriment des centres hospitaliers départementaux, et j'ai personnellement quelque raison de m'en plaindre ! (*Sourires.*)

Je crois, monsieur Mézard, que vous avez raison : il faut garder dans ce pays une bonne répartition de l'appareil de soins. J'ai souligné la qualité du service de santé français. L'un des éléments de la qualité de ce service, c'est sa bonne répartition sur le territoire. Si nous devons nous éloigner de ce schéma, ce serait dangereux. La circulaire dont vous avez fait état vise simplement à éviter quelques abus. C'est ainsi qu'il ne faudrait pas multiplier sans discernement, dans ce type d'établissement, le nombre de lits en chirurgie cardio-vasculaire ou en neurochirurgie. Certains services de haute recherche doivent être spécialisés et maintenus dans le cadre des C. H. U.

M. Jean Mézard. Voulez-vous me permettre de vous interrompre, monsieur le ministre ?

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je vous en prie.

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

M. Jean Mézard. Je vous remercie, monsieur le ministre, de me permettre de vous interrompre. Dans mon exposé, j'ai visé non seulement les chefs-lieux de département, mais aussi les villes importantes de la grande couronne de Paris, qui sont peut-être beaucoup plus menacées encore.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je vous remercie, monsieur Mézard, et je tiendrai compte de votre observation.

J'en viens à l'intervention de M. Chérioux qui plaide un peu dans l'autre sens en disant qu'il ne fallait pas oublier Paris intra-muros. Je vais essayer de concilier la vocation des centres situés dans la couronne de Paris et celle des hôpitaux parisiens.

Je voudrais rassurer M. Chérioux : Paris intra-muros sera aussi concerné par les programmes d'investissement nouveaux.

Je rappellerai ici l'humanisation de la Pitié, de Necker, de l'Hôtel-Dieu, de Broussais, de Trousseau, le projet qui concerne Saint-Louis. Depuis 1973, nous avons supprimé 12 000 lits vétustes sur 16 000 lits et Paris n'échappera pas à l'action d'humanisation que j'ai indiquée.

Je rappellerai que le nouvel hôpital Bichat va s'ouvrir au début de 1980 et que ce sera un des plus beaux hôpitaux du monde. Je dirai que le regroupement des hôpitaux Hérold et Bretonneau dans un hôpital neuf devrait intervenir à l'issue d'un certain nombre d'études.

Je dirai encore à M. Chérioux et à un certain nombre d'entre vous — c'est également le souhait de M. Labèguerie — que la carte sanitaire doit effectivement être complétée et je m'engage devant le Sénat à ce qu'elle le soit. Je l'ai dit tout à l'heure dans mon introduction liminaire : il est tout à fait essentiel que ce soit fait rapidement. Pour le long séjour et pour la psychiatrie, cela paraît tout à fait fondamental.

J'ajoute qu'il faut l'adapter. La révision est maintenant achevée pour ce qui concerne les soins aigus dans cinq régions. Je puis dire, monsieur le rapporteur — vous vous en êtes préoccupé tout à l'heure — qu'elle sera achevée dans l'ensemble du pays à la fin de l'année.

Evidemment, on peut reprocher à cette adaptation de la carte sanitaire d'avoir pris un certain temps, mais c'est parce que nous avons voulu la réaliser en concertation.

Je voudrais ajouter un mot à l'intention de M. Chérioux et de l'ensemble des membres du Sénat. Il est très clair que, dans cette maîtrise des dépenses de santé, notre intention est de demander au corps médical lui-même de nous présenter des propositions. Si nous montrons l'objectif, la recherche des moyens sera élaborée en concertation.

Je précise, d'une part, que je souhaite que le dialogue entre les médecins et la caisse nationale d'assurance maladie s'instaure rapidement et que je suis toujours prêt à recevoir les organisations médicales et à discuter avec elles d'un certain nombre de problèmes qui, à juste titre, inquiètent les médecins.

Ce que je veux simplement, c'est que nous fassions du travail concret. On parle beaucoup de perspective globale, de réforme globale, de débat global, mais si je suis, bien sûr, sensible à l'examen des problèmes dans leur ensemble, je ne voudrais pas que cela constitue un alibi permettant d'esquiver les solutions concrètes à apporter à des problèmes concrets. Cela est très important.

J'en viens à l'intervention de M. Labèguerie et je pense que je n'aurai ainsi oublié de répondre à personne.

Oui, c'est vrai, monsieur Labèguerie, le fouillis du « cosmos de la santé » mérite un important effort d'éclaircissement. Un gros progrès vient d'être fait avec le travail de la commission des comptes de la sécurité sociale. Il sera poursuivi, car il est absolument indispensable que nous puissions y voir clair.

Je précise d'ailleurs que je ne me refuserai pas, au bout d'un certain temps, quand nous aurons bien travaillé, à venir devant le Sénat pour parler à nouveau de ce problème de la mise au clair des comptes de la sécurité sociale, qui est notre problème à tous.

Je vous ai déjà répondu au sujet de la carte sanitaire.

Je suis très sensible à ce que vous avez dit sur la reconversion. Il est vrai que des régions sont en cours de reconversion — je pense aux grands sanatoriums, aux stations climatiques — et, là aussi, il faudra que nous trouvions des solutions. Je vous donne l'engagement que, là non plus, nous n'agissons pas à l'aveuglette.

Vous avez évoqué, ainsi qu'un certain nombre de sénateurs, un amendement que le Gouvernement avait d'abord déposé, mais que j'ai été amené à retirer. Rassurez-vous, je ne le retire pas parce que j'aurais changé d'avis. Il s'agit de l'amendement sur les expériences de tarification dans l'hôpital public.

Vous serez saisis, dans un autre projet de loi, de ce sujet avant la fin de l'année. A l'occasion de l'examen de ce projet, nous ferons le bilan des premières expériences. Telle est la raison de ce retrait.

Je suis tout à fait d'accord avec les sénateurs qui sont intervenus pour dire que nous devons absolument accélérer les expériences en la matière pour parvenir à un système de tarification qui soit plus conforme aux exigences d'une saine gestion.

Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai été un peu long dans mes explications. Pardonnez-moi, mais l'intérêt de ce débat méritait que le ministre montre à chacun qu'il l'avait écouté avec attention.

Je voudrais simplement vous rassurer sur deux points. Tout d'abord, il n'est pas question d'instaurer une centralisation. Il est vrai que nous prenons des dispositions qui amèneraient le ministre à intervenir, mais, croyez-moi — j'en prends l'engagement ici — cette intervention se fera dans la concertation. Il n'est pas question d'affaiblir l'autorité des conseils d'administration et, dans la mesure où ces derniers voudront eux-mêmes accepter ces adaptations, pourquoi voudriez-vous que j'intervienne ? Je ne le ferai que lorsqu'un blocage se sera produit.

C'est au nom de l'hôpital public et de son intérêt véritable que je vous demande de voter ce texte, car cet hôpital doit affirmer la qualité de son service. Nous sommes non plus dans la période où l'on pensait quantité, mais dans celle où l'on doit parler de qualité. Je vous assure que ce n'est pas uniquement une préoccupation d'économies.

Le ministre de la sécurité sociale est en même temps ministre de la santé, et il vous demande, au nom même de la santé, de privilégier la qualité sur la quantité. (*Applaudissements sur les travées du C. N. I. P., de l'U. R. E. I., du R. P. R., de l'U. C. D. P. et de la gauche démocratique.*)

M. Pierre Gamboa. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Gamboa, pour répondre au Gouvernement.

M. Pierre Gamboa. Puis-je vous poser une deuxième fois un problème concret qui appelle une réponse concrète ? Que deviennent les 260 demandes de budget supplémentaire qui ont sollicité, de la part de votre ministère, un droit de dérogation ?

Je vous avais posé cette question au cours de mon exposé, mais vous n'y avez pas répondu.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. La question de M. Gamboa m'a été posée hier à la commission des affaires sociales et nous y avons répondu. Je me vois donc contraint d'avoir à répéter ce que j'ai dit à cette occasion.

Il y a eu effectivement 265 demandes de budget supplémentaire sur mille établissements environ et j'ai dit que nous étions en train de les examiner.

Je reconnais, d'autre part, que ces demandes visaient à une augmentation relativement modérée, de 1 p. 100 de la masse budgétaire pour ces hôpitaux. Aussi considérons-nous que les personnels hospitaliers, pour cet effort difficile qui leur a été demandé en cours d'année, se sont montrés à la hauteur de leurs responsabilités. Nous allons examiner avec honnêteté et nous analyserons ces demandes de dérogation en rendant hommage à ces personnels qui ont accepté de faire cet effort de redressement. (*Applaudissements sur les travées du C. N. I. P., de l'U. R. E. I., du R. P. R., de l'U. C. D. P. et de la gauche démocratique.*)

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.

Article additionnel.

M. le président. Par amendement n° 5, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, avant l'article 1^{er} A, d'insérer le nouvel article suivant :

« Il est ajouté, après l'article 3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article ainsi rédigé :

« La définition des objectifs des établissements hospitaliers est arrêtée, après avis de la commission régionale de l'équipement sanitaire, par l'assemblée régionale. L'assemblée régionale fixe également, dans le cadre d'une planification régionale, les moyens pour mettre en œuvre ces objectifs en fonction des besoins exprimés par les différents établissements. Elle veille à la meilleure adéquation des équipements aux besoins. »

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Par cet amendement, nous voulons introduire une notion de démocratie.

Une des caractéristiques de la dernière décennie, c'est l'influence des courants qui se sont manifestés au niveau régional sur les plans économique et socio-culturel. Par conséquent, il est tout à fait intéressant que, dans le cadre de ce texte, on envisage d'associer les conseils régionaux comme un élément de démocratie particulièrement important au niveau des objectifs régionaux.

Notre amendement vise un peu à une mise à jour du texte du projet de loi et son adoption par la Haute Assemblée constituerait, estimons-nous, un premier pas vers une véritable décentralisation et une démocratisation.

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

M. Louis Boyer. Votre commission a donné à cet amendement un avis défavorable.

Certes, elle est également sensible à la préoccupation qui anime les auteurs de l'amendement soucieux que soit organisée, à l'échelon régional, une planification digne de ce nom.

Cependant, il ne paraît pas que, dans l'état actuel de la définition des pouvoirs régionaux, l'assemblée régionale puisse être l'agent de cette planification. Il paraît, en outre, peu souhaitable que les objectifs des établissements hospitaliers puissent être définis de manière distincte d'une région à l'autre. On ne voit pas très bien comment s'articule cette notion d'objectivité avec les missions imparties au service hospitalier, qui sont définies au niveau même de la loi.

Pour nous résumer, l'amendement du groupe communiste pose l'intéressant problème de l'extension des pouvoirs régionaux, mais ce problème dépasse de loin le cadre étroit du texte qui nous est soumis.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement est hostile à cet amendement parce que, tandis que le projet de loi tente d'instaurer un dialogue entre le conseil d'administration de l'hôpital et la tutelle administrative, les auteurs de l'amendement voudraient qu'on interpose la région. Il vaut bien mieux, à mon avis, que le conseil d'administration de l'hôpital dialogue directement avec la tutelle. Je ne pense pas que les dispositions préconisées par cet amendement se traduiraient par un bien pour l'hôpital public.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 5, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 1^{er} A.

M. le président. « Art. 1^{er} A. — A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, au treizième alinéa (4°), les mots : « unités d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « hôpitaux locaux ».

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 1^{er} A.

(L'article 1^{er} A est adopté.)

Article 1^{er}.

M. le président. « Art. 1^{er}. — A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le classement des établissements est arrêté par l'autorité administrative dans des conditions définies par voie réglementaire. »

Par amendement n° 3, M. Boyer, au nom de la commission, propose, dans le deuxième alinéa de cet article, après le mot : « établissements », d'ajouter les mots : « et des unités d'hospitalisation ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Louis Boyer, rapporteur. Cet amendement a pour objet de préciser que l'autorité administrative ne doit pas seulement classer les établissements hospitaliers publics eux-mêmes dans diverses catégories prévues par la loi — centres hospitaliers; centres de moyen séjour, centres de long séjour et hôpitaux locaux — mais qu'il convient également de procéder au classement des unités d'hospitalisation qui constituent seulement des parties d'établissement.

Ainsi, le classement a-t-il une importance fondamentale pour les unités de long séjour incluses dans un centre hospitalier puisque de ce classement découle un mode de financement différent des malades par l'assurance maladie.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, cet amendement apporte une précision utile, notamment pour le long séjour. Bien sûr, la procédure doit être adaptée à chaque cas et la commission ne devra pas être consultée pour chaque classement d'unité de soins.

Sous réserve de ces remarques, je suis favorable à cet amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 3, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis maintenant saisi de deux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune :

Le premier, n° 17, présenté par M. Chérioux, tend à rédiger ainsi l'article 1^{er} :

« A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le classement des établissements est arrêté par l'autorité administrative dans des conditions définies par voie réglementaire, après avis de la commission régionale d'équipement sanitaire prévu à l'article 44 de la loi du 31 décembre 1970. »

Le second, n° 21, présenté par MM. Labèguerie, Jager et Jung, a pour objet d'insérer *in fine* les mots : « après consultation de la commission régionale de l'équipement sanitaire concernée ».

La parole est à M. Estève, pour défendre l'amendement n° 17.

M. Yves Estève. L'amendement adopté par l'Assemblée nationale, et modifiant la rédaction du projet initial, paraît beaucoup trop vague.

En effet, le rôle et la place de chacun des établissements publics ou privés à but non lucratif du service public hospitalier dans l'équipement sanitaire d'une région sont, en grande partie, fonction de son classement dans l'une des catégories définies à l'article 4 de la loi.

S'il peut apparaître souhaitable de déconcentrer les décisions concernant ce classement à l'échelon de l'autorité préfectorale, l'importance de ces décisions semble justifier qu'elles soient éclairées par l'examen d'une commission consultative régionale représentant les différentes organisations publiques et privées concernées.

M. le président. La parole est à M. Labèguerie, pour défendre l'amendement n° 21.

M. Michel Labèguerie. Etant donné que mon amendement a le même objet que celui de M. Chérioux, même si sa formulation est légèrement différente, je laisse au rapporteur de la commission le soin de choisir entre les deux.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Louis Boyer, rapporteur. Ces deux amendements, quoique de rédaction différente, ont le même objet. Ils prévoient l'intervention de la commission régionale d'équipement sanitaire comme conseiller de l'autorité administrative dans la procédure de classement des établissements publics.

Estimant que cette disposition pouvait avoir pour effet une meilleure coordination de l'équipement hospitalier, votre commission leur a donné un avis favorable, mais signale qu'elle préfère la rédaction de l'amendement n° 21, présenté par M. Labèguerie.

M. le président. Monsieur Estève, la commission préférant l'amendement n° 21, acceptez-vous de retirer l'amendement n° 17 ?

M. Yves Estève. Monsieur le président, je me rallie à l'amendement n° 21 et je retire l'amendement n° 17 de M. Chérioux.

M. le président. L'amendement n° 17 est donc retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 21 ?

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je suis un peu gêné car je voudrais manifester mon désir de compréhension, mais je crains que cet amendement n'alourdisse inutilement la procédure. Je vais m'expliquer car la question est compliquée.

J'ai accepté l'amendement de votre commission. Celle-ci a souhaité voir mentionner que la procédure de classement s'appliquait aux établissements, mais aussi aux unités d'hospitalisation.

Il est bien entendu, déjà dans la loi actuelle, ainsi que dans notre esprit et dans la pratique, que nous consultons. Mais, lorsque la procédure de classement se situe au plan du ministère, c'est la commission nationale qui est consultée et, lorsqu'il s'agit de l'autorité régionale, c'est la commission régionale.

Or, l'amendement de M. Labèguerie — dont je comprends bien la volonté de coordination — exigerait, pour le classement d'établissements ou d'unités d'hospitalisation qui doit se faire au plan national, la consultation à la fois de la commission régionale et de la commission nationale.

Monsieur Labèguerie, une telle procédure serait bien lourde, encore que je comprenne votre désir. Puisque votre amendement, tout comme celui de M. Chérioux, avait essentiellement pour objet d'avoir l'assurance d'une coordination, accepteriez-vous de retirer votre amendement, après les explications du ministre ?

Je répète que l'autorité réglementaire doit consulter — comme la loi lui en fait clairement obligation — la commission qui correspond à l'échelon de décision, c'est-à-dire la commission nationale quand il s'agit du ministère, la commission régionale quand il s'agit de l'autorité régionale.

M. le président. Monsieur Labèguerie, maintenez-vous votre amendement n° 21 ?

M. Michel Labèguerie. Satisfait par les explications que M. le ministre a bien voulu me fournir et dont je le remercie, je retire mon amendement en laissant libres mes collègues, MM. Chérioux et Estève, de revenir, le cas échéant, sur leur position.

M. le président. L'amendement n° 21 est donc retiré.

Monsieur Estève, après les explications de M. le ministre et le retrait de l'amendement n° 21 de M. Labèguerie, reprenez-vous l'amendement n° 17 ?

M. Yves Estève. Je suppose que M. le ministre souhaite que cet amendement demeure retiré...

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Bien sûr, je vous prie de m'excuser de ne pas l'avoir dit.

M. Yves Estève. ...mais j'aurais préféré le savoir !

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Estève, vous vous étiez rallié à l'amendement de M. Labèguerie, texte qui semblait avoir la préférence de la commission.

Je ne puis que faire valoir auprès de vous la même argumentation que celle à laquelle j'ai fait appel pour demander à M. Labèguerie de retirer son amendement, en m'excusant de ne pas l'avoir fait précédemment.

Je prends le même engagement vis-à-vis de M. Chérioux et de vous-même, à savoir que, chaque fois qu'il s'agira de classer un établissement, nous consulterons la commission compétente.

Mais j'ai souhaité le retrait de ces deux amendements pour qu'il n'y ait pas de consultations « en cascade » des commissions régionale et nationale, ce qui compliquerait beaucoup notre tâche.

M. Yves Estève. L'amendement demeure donc retiré, monsieur le président.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 1^{er}, modifié.

(L'article 1^{er} est adopté.)

Article 2 A.

M. le président. « Art. 2 A. — Le premier alinéa de l'article 20 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les nouvelles dispositions suivantes :

« Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, départementaux ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés, après avis de la commission nationale ou régionale de l'équipement sanitaire, par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire. Lorsque la décision appartient au préfet de région, un recours peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire. »

Par amendement n° 25, M. Boyer, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit la première phrase du texte présenté pour le premier alinéa de l'article 20 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Louis Boyer, rapporteur. Cet amendement de pure forme vise à réparer une erreur matérielle.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 25, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Par amendement n° 4, M. Boyer, au nom de la commission, propose de supprimer la dernière phrase de cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Louis Boyer, rapporteur. L'article 2 A, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet de prévoir l'intervention de la commission nationale ou régionale de l'équipement sanitaire par la procédure de création des établissements hospitaliers publics.

Votre commission ne voit aucune objection de fond à cette innovation. Toutefois, il lui semble que l'instauration d'une voie de recours, telle qu'elle a été prévue par l'Assemblée nationale, est beaucoup plus discutable.

Le texte ainsi introduit prévoit, en effet, que, dans le cas où la décision de création incombe au préfet de région, l'établissement pourrait faire recours de la décision du préfet auprès du ministre. Celui-ci statuerait après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire.

Cette disposition est applicable dans le secteur hospitalier privé ; mais elle ne nous paraît pas appropriée dans le secteur public.

Pour les établissements publics, en effet, existe, contre les décisions de l'autorité de tutelle, un recours hiérarchique de droit commun auprès du ministre, sans qu'il soit nécessaire de prévoir une procédure spécifique.

De surcroît, la mention expresse du préfet de région n'est pas conforme au texte en vigueur. Dans le secteur public, l'instance compétente est soit le préfet du département du lieu d'implantation de l'établissement, soit, dans certains cas, le ministre, mais jamais le préfet de région.

Tels sont les motifs pour lesquels votre commission propose de supprimer les dispositions instaurant une voie de recours.

Je dois signaler toutefois que votre commission ne serait pas défavorable, bien au contraire, à ce que, dans un avenir plus ou moins proche, l'autorité administrative chargée des décisions en matière d'équipement hospitalier devienne, aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé, le préfet de région, ce qui semblerait devoir permettre une meilleure coordination des équipements.

Nous serions heureux que M. le ministre de la santé étudiat l'opportunité d'une telle réforme qui, à notre avis, pourrait se faire par voie réglementaire.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement accepte cet amendement et prend acte du propos final de M. le rapporteur.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 4, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 2 A, modifié.

(L'article 2 A est adopté.)

Articles additionnels.

M. le président. Par amendement n° 6, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, avant l'article 2, d'insérer le nouvel article suivant :

« Au deuxième alinéa de l'article 20 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, les mots : « après avis du président du conseil d'administration » sont remplacés par la phrase suivante : « ; cette nomination est soumise à l'approbation du conseil d'administration ».

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Par cet amendement nous visons à soumettre la nomination du directeur de l'hôpital à l'approbation du conseil d'administration de l'établissement. En effet, en vertu de la loi du 31 décembre 1970, le directeur est nommé par le ministre, après avis du président du conseil d'administration. Nous souhaitons que cette nomination soit approuvée dorénavant par le conseil d'administration. Nous considérons que c'est là une règle élémentaire de la démocratie.

En fait, il s'agit de permettre aux conseils d'administration d'assumer les responsabilités qui leur incombent, faute de quoi ils ne seraient élus que pour la forme. Adopter notre amendement contribuerait donc à fortifier le rôle de ces conseils d'administration.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. Cet amendement aurait pour effet de soumettre à l'approbation du conseil d'administration de l'hôpital public la nomination du directeur.

Dans le droit actuel, le directeur est nommé par le ministre simplement après avis du président du conseil d'administration.

Il a semblé à votre commission que les dispositions proposées n'étaient pas compatibles avec le caractère d'établissement public des hôpitaux. En effet, dans les établissements publics, le pouvoir de décision concernant la nomination du directeur relève strictement de l'autorité de tutelle.

A supposer même que la nomination ne soit soumise qu'à l'avis du conseil d'administration et non à son approbation, votre commission a estimé que cela alourdirait inutilement la procédure actuelle et que le président du conseil d'administration semblait mieux à même que les membres du conseil d'administration, parfois moins bien informés des affaires internes de l'hôpital, de donner son avis sur le choix du directeur.

Pour ces raisons, elle a émis un avis défavorable à cet amendement.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je suis hostile à cet amendement pour les mêmes raisons que celles exposées par M. le rapporteur.

Je précise à l'intention du Sénat que l'avis du président du conseil d'administration est très important car, généralement, cet avis coïncide avec la nomination.

J'ajoute que l'avis de la commission nationale paritaire est suivie dans la grande majorité des cas.

Il ne faut pas multiplier les procédures. C'est pourquoi j'invite le Sénat à rejeter cet amendement.

M. Pierre Gamboa. Je demande la parole.

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

M. Pierre Gamboa. Le propos de M. le ministre fait apparaître une contradiction que je ne comprends pas. Il nous explique que tel est déjà l'usage actuel. Pourquoi, dès lors, ne pas consacrer cet usage dans un texte de loi ?

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 6, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 7, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, avant l'article 2, d'insérer le nouvel article suivant :

« Il est ajouté, avant l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article rédigé comme suit :

« Dans chaque service l'ensemble des intéressés prend part à la définition des besoins en personnel et en équipement, et à l'examen des conditions de travail afin de répondre dans les meilleures conditions aux besoins des malades. Ses propositions servent de base aux délibérations du conseil d'administration. »

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Cet amendement, qui s'inspire de la même philosophie du groupe communiste, tend à permettre, dans chaque service, à l'ensemble des intéressés de prendre part à la définition des nécessités en personnel et en équipement et à l'examen des conditions de travail afin de répondre, dans les meilleures conditions, aux besoins des malades.

Ces propositions serviraient de base aux délibérations des conseils d'administration.

Il s'agit d'une expression particulièrement importante du développement de la démocratie et de la participation active, par secteur, des personnels, et donc d'une amélioration très nette du fonctionnement des conseils d'administration et des établissements.

M. Adolphe Chauvin. Je demande la parole.

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

M. Adolphe Chauvin. Je voudrais poser une question à M. Gamboa. Dans le texte de son amendement, il écrit : « Dans chaque service l'ensemble des intéressés... ». J'imagine qu'il entend par là les malades.

M. Pierre Gamboa. Il s'agit, dans chaque service, du personnel des établissements.

M. le président. Effectivement le texte n'est pas très clair. Voulez-vous apporter une rectification à votre amendement ?

M. Pierre Gamboa. Après les explications que je viens de présenter, je maintiens mon texte.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. La commission a très bien compris la préoccupation exprimée par les auteurs de l'amendement. Il s'agirait effectivement de démocratiser le fonctionnement interne de l'hôpital, mais les dispositions proposées lui semblent dangereuses. Donner au personnel lui-même le pouvoir de définir les besoins en personnel serait une procédure de nature tout à fait inflationniste.

En outre, il existe déjà, dans les institutions de l'hôpital, une instance consultative qui permet aux personnels de donner leur avis sur le fonctionnement de l'établissement. Tel est le cas en ce qui concerne les médecins de la commission médicale consultative.

Votre commission a donc donné un avis défavorable à l'amendement, tout en estimant que doivent être recherchés, par ailleurs, tous les moyens d'associer les chefs de service à la gestion de l'hôpital.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. M. le rapporteur a bien dit ce qu'il fallait dire. Le Gouvernement est évidemment hostile à cet amendement.

M. le président. Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu à la dernière remarque de M. le rapporteur. Vous l'étudiez sans doute !

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 7, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 8, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, avant l'article 2, d'insérer le nouvel article suivant :

« L'avant-dernier alinéa de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les décisions prévues aux 1° à 11° sont soumises à l'approbation de l'assemblée locale dont dépend l'établissement hospitalier. »

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Cet article additionnel a pour objet de rendre les conseils d'administration responsables devant l'assemblée locale élue, donc représentative de la population.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. Si cet amendement était adopté par le Parlement, les règles en matière de tutelle hospitalière seraient complètement bouleversées puisque l'autorité de tutelle ne serait plus le préfet, mais une assemblée élue. Il s'agirait là d'une réforme de trop grande ampleur pour qu'elle puisse être ainsi mise en application dans un domaine très marginal de notre droit public.

Votre commission a donc donné un avis défavorable à cet amendement.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement se range à l'avis de la commission.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 8, repoussé par la commission et par le Gouvernement

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. A ce point du débat, le Sénat voudra sans doute interrompre ses travaux pour les reprendre à vingt-deux heures. *(Assentiment.)*

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures trente-cinq minutes, est reprise à vingt-deux heures dix minutes, sous la présidence de M. Maurice Schumann.)

PRESIDENCE DE M. MAURICE SCHUMANN,
vice-président.

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Nous en sommes parvenus à l'examen de l'article 2.

Article 2.

M. le président. « Art. 2. — Il est ajouté après l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 un article 22-1 rédigé comme suit :

« Art. 22-1. — Lorsque l'intérêt des malades ou le fonctionnement d'un établissement le justifient et dans la limite des besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire prévue à l'article 44, le ministre chargé de la santé peut, après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire, demander au conseil d'administration d'adopter les mesures nécessaires, comportant éventuellement un nouveau programme, la création ou la suppression de services, de lits d'hospitalisation ou d'équipements matériels lourds.

« La demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés au conseil d'administration.

« Dans le cas où cette demande n'est pas suivie d'effet dans le délai de quatre mois, le ministre prend les mesures appropriées au lieu et place du conseil d'administration.

« Au cas où la carte sanitaire ferait de nouveau apparaître un déficit de services, de lits d'hospitalisation ou d'équipements matériels lourds dans un secteur sanitaire où une suppression d'un de ces éléments aurait été opérée dans un établissement public, le secteur hospitalier public bénéficiera d'une priorité pour réaliser la ou les créations qui pourraient être autorisées à due concurrence des suppressions antérieures. »

Je suis saisi de deux amendements identiques qui tendent à supprimer cet article.

Le premier, n° 9, est présenté par M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté.

Le second, n° 15, est présenté par MM. Bialski, Moreigne, Schwint et les membres du groupe socialiste et apparentés.

La parole est à M. Gamboa, pour défendre l'amendement n° 9.

M. Pierre Gamboa. Monsieur le président, mes chers collègues, il est tout à fait évident que les nouvelles dispositions qui sont contenues dans l'article 2 accordent un pouvoir exorbitant au ministre. Il convient que cet aspect soit bien pris en compte par la Haute Assemblée. Or, avant même que ces textes législatifs aient été adoptés par le Parlement, le Gouvernement et le ministre de la santé ont d'ores et déjà procédé, d'une manière autoritaire, à des coupes claires considérables dans le secteur hospitalier, pour ne parler que de ce domaine.

Il nous semble donc particulièrement dangereux d'adopter un texte qui dépossédera les conseils d'administration de leurs prérogatives essentielles et qui laissera au pouvoir de tutelle toute possibilité de modifier les structures hospitalières en fonction d'une enveloppe budgétaire et non en fonction des besoins réels des Français ni des perspectives de développement de la santé ouvertes par les progrès de la science et déterminées par des critères scientifiques.

Ainsi, tout appelle la suppression de cet article 2. C'est pourquoi le groupe communiste, se fondant sur les arguments que je viens de préciser, demande à la Haute Assemblée de bien vouloir adopter son amendement.

M. le président. La parole est à M. Bialski pour défendre l'amendement n° 15.

M. Jacques Bialski. Monsieur le président, mon collègue M. Moreigne et moi-même sommes déjà largement intervenus dans ce débat.

Nous avons dénoncé, lors de la discussion générale, le véritable pouvoir de substitution que s'octroierait le ministre pour réduire la capacité des établissements d'hospitalisation publique, éventuellement contre l'avis de leur conseil d'administration, si cet article était adopté.

Notre amendement tire la conséquence de ce refus, d'autant qu'aucun recours n'est possible après la décision du ministre.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Louis Boyer, rapporteur. Ces amendements ayant pour objet de supprimer l'article le plus important du projet de loi, il est évident qu'ils retirent tout son intérêt au texte que nous examinons.

En conséquence, votre commission ne peut les accepter, d'autant qu'elle avait, dans un premier temps, admis le principe du renforcement des pouvoirs du ministre en matière de fermeture de lits hospitaliers.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Si cet article 2 était supprimé, monsieur le président, il vaudrait mieux aller nous coucher tout de suite parce qu'alors la loi n'aurait plus aucun sens.

Je suis tout à fait disposé, bien sûr, à engager la discussion sur les autres amendements affectant cet article 2 et je m'efforcerai de me montrer constructif à leur égard. Mais, en toute honnêteté, je dois demander au Sénat de repousser ces deux amendements car la suppression de l'article 2 équivaldrait pratiquement à ne pas adopter de loi.

M. le président. Le premier argument que vous avez avancé, monsieur le ministre, pourrait être interprété par certains sénateurs comme un argument en faveur de l'adoption de ces deux amendements (*Sourires.*), mais je crois comprendre que le Gouvernement leur est hostile.

M. Pierre Gamboa. Le groupe communiste demande un scrutin public sur son amendement n° 9.

M. Georges Berchet. Je demande la parole pour explication de vote.

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

M. Georges Berchet. Monsieur le ministre, avant de me prononcer sur ces amendements de suppression, je voudrais vous poser la question suivante : avez-vous l'intention, oui ou non, de nous proposer, conformément à l'amendement n° 2 déposé par mon groupe, de saisir les conseils d'administration des centres hospitaliers avant d'user de votre pouvoir d'injonction ?

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Sans anticiper sur la suite de la discussion, je donnerai à M. Berchet l'information suivante : pour tenir compte de son amendement, mais pour le rédiger dans un style qui m'a paru plus conforme à l'esprit même de son propre amendement, je proposerai tout à l'heure un texte ainsi rédigé :

« Le conseil d'administration dispose d'un délai de quatre mois pour faire des observations ou délibérer sur les mesures demandées. Dans le cas où la demande du ministre chargé de la santé n'est pas suivie d'effet, au terme de ce délai, celui-ci prend les mesures appropriées en lieu et place du conseil d'administration. »

C'est clair et je proposerai au Sénat l'adoption de ce texte.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix les amendements n°s 9 et 15, repoussés par la commission et par le Gouvernement.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe communiste.

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° 11 :

Nombre des votants	289
Nombre des suffrages exprimés.....	289
Majorité absolue des suffrages exprimés.	145
Pour l'adoption	100
Contre	189

Le Sénat n'a pas adopté.

Par amendement n° 16, MM. Bialski, Moreigne, Schwint, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, dans le premier alinéa du texte présenté pour l'article 22-1 de la loi du 31 décembre 1970, après les mots : « commission nationale de l'équipement sanitaire, et », d'insérer les mots : « après avis conforme ».

La parole est à M. Moreigne.

M. Michel Moreigne. Monsieur le président, il s'agit évidemment d'un amendement de repli tendant à atténuer la trop grande rigueur de la rédaction initiale de l'article 2.

En effet, nous pensons que laisser au ministre seul le pouvoir de décision, sans recours, c'est trop et que cela n'apporte pas toutes les garanties aux conseils d'administration. De plus, le fait de demander l'avis conforme de la commission régionale permet quand même de tenir compte d'un environnement assez proche de la réalité locale et peut laisser espérer un arbitrage.

Tel est le sens de notre amendement n° 16.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. Il ne nous paraît pas souhaitable que la commission régionale de l'équipement sanitaire se voie investie d'un véritable droit de veto sur les décisions de l'autorité de tutelle, même s'il s'agit du ministre.

En conséquence, la commission a émis un avis défavorable à l'amendement. Bien entendu, elle souhaite que le ministre tienne compte de l'avis des commissions nationale et régionales de l'équipement sanitaire.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, il va de soi — je réponds à M. le rapporteur — que le Gouvernement tiendra le plus grand compte de l'avis des commissions. Pour autant, monsieur le président, le Gouvernement n'entend pas être lié par l'avis conforme de la commission. Par conséquent, il demande au Sénat, tout comme la commission, de rejeter cet amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 16, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 18 rectifié, M. Chérioux propose, entre le premier et le deuxième paragraphe du texte présenté pour l'article 22-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, d'insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement doit être averti de l'intention du ministre quatre mois avant la saisine de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire. »

La parole est à M. Chérioux.

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, j'ai eu l'occasion, au cours de la discussion générale, d'indiquer combien j'étais attaché à la concertation. Or, dans le texte qui nous est proposé par le Gouvernement, même amendé par l'Assemblée nationale, je constate qu'il n'est prévu aucune information préalable des membres des conseils d'administration. Cela, je crois, est regrettable. En définitive, d'après le texte actuel, on lance immédiatement par la procédure et les conseils d'administration se trouvent engagés par celle-ci.

Ce que je souhaite — tel est le sens de mon amendement — c'est que soit prévue une information préalable des conseils d'administration, de façon que ceux-ci, avant que la procédure — l'arme absolue, comme le disait tout à l'heure M. le ministre de la santé — soit lancée, aient pu délibérer sur le problème posé par le ministère de la santé et aient pu éventuellement eux-mêmes présenter un plan de restructuration, de reconversion

ou de transformation, ce qui aurait tout de même beaucoup mieux respecté l'autonomie de ces conseils d'administration, à laquelle nous sommes très attachés.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. Cet amendement officialise dans la loi une procédure de négociation entre le ministre et les établissements préalablement à la saisine des commissions nationale et régionales. L'esprit de cet amendement est donc tout à fait conforme à l'idée que votre commission se fait de la manière dont le projet de loi doit et peut être appliqué. On imagine mal le ministre intervenir *ex abrupto* dans un établissement sans que des contacts préalables aient été établis entre l'hôpital et l'administration.

D'accord sur le fond, votre commission n'est pas certaine, cependant, que les dispositions prévues n'entraînent pas une certaine confusion dans le calcul des délais.

Elle m'a donc chargé de demander la réserve de l'amendement n° 18 rectifié jusqu'à l'examen des amendements n°s 19 et 22, qui ont pour objet d'allonger de quatre à huit mois le délai laissé aux conseils d'administration pour se conformer aux directives ministérielles.

M. le président. La commission demande la réserve de l'amendement n° 18 rectifié.

Conformément à l'article 44 du règlement, le Sénat doit se prononcer.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, je souhaiterais intervenir, mais je ne sais pas si c'est possible aux termes de votre règlement, sur les divers amendements qui répondent aux mêmes objectifs, c'est-à-dire à une bonne information du conseil d'administration. En dehors de l'amendement que vient de défendre M. Chérioux, je pense aux amendements n° 2 de M. Berchet, n° 19 de M. Chérioux, n° 22 de M. Labèguerie.

Je pense que ces quatre amendements pourraient être soumis à discussion commune, ce qui me permettrait de m'expliquer sur l'objectif poursuivi par ces textes.

M. le président. Je rappelle les dispositions du règlement.

Je suis saisi pour l'instant d'une demande de réserve. L'alinéa 8 de l'article 44, auquel je me réfère tout à l'heure, dispose :

« Dans les débats ouverts par application du présent article, ont seuls droit à la parole l'auteur de l'initiative, ... » — en l'occurrence, le rapporteur — « ... un orateur d'opinion contraire, le président ou le rapporteur de la commission saisie au fond et le Gouvernement. Aucune explication de vote n'est admise. »

Y a-t-il un orateur d'opinion contraire ?

M. Georges Berchet. Je demande la parole.

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

M. Georges Berchet. Monsieur le président, je souhaiterais que le rapporteur accepte que l'ensemble des amendements relatifs à l'article 2 soient discutés et qu'il retire sa demande de réserve.

M. Louis Boyer, rapporteur. J'accepte cette proposition, monsieur le président.

M. le président. La demande de réserve étant retirée, je vais, à la demande du Gouvernement, mettre quatre amendements en discussion commune.

Le premier est l'amendement n° 18 rectifié de M. Chérioux, dont nous venons de délibérer.

Le deuxième, n° 2, présenté par MM. Berchet, Beaupetit, Pams et les membres du groupe de la gauche démocratique, les rattachés administratifs et la formation des sénateurs radicaux de gauche, vise à rédiger comme suit l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article 22-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 :

« Le conseil d'administration dispose d'un délai de quatre mois pour faire des observations ou propositions. Le ministre peut prendre alors les mesures appropriées au lieu et place du conseil d'administration. »

Le troisième et le quatrième sont identiques.

L'amendement n° 19 est présenté par M. Chérioux.

L'amendement n° 22 est déposé par MM. Labèguerie, Jager et Jung.

Tous deux tendent, dans le troisième alinéa du texte proposé pour l'article 22-1 de la loi du 31 décembre 1970, à remplacer les mots : « quatre mois », par les mots : « huit mois ».

La parole est à M. Berchet, pour défendre l'amendement n° 2.

M. Georges Berchet. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je crois que nous sommes tous au fait du sujet.

L'article 2 précise qu'après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale le ministre peut imposer un certain nombre de mesures. Il est seulement prescrit au ministre de les motiver, de les préciser. En aucun cas l'avis du conseil d'administration n'est demandé.

Pour s'en convaincre, d'ailleurs, il suffit de lire l'excellent rapport écrit de notre rapporteur à la page 13 : « Il convient que les pouvoirs conférés au ministre soient entourés de garanties suffisantes évitant l'arbitraire et permettant un dialogue constructif avec les conseils d'administration. Tel semble le cas. »

Nous accordons, bien sûr, un préjugé favorable à M. Barrot, mais il ne sera peut-être pas ministre toute sa vie (*Sourires.*) et il est à craindre que ses successeurs ne tiennent pas la même ligne de conduite.

Une injonction est donc faite au conseil d'administration. S'il n'exécute pas, le ministre prend les mesures appropriées en son lieu et place.

A l'Assemblée nationale, Mme le ministre de la santé a précisé que le délai de quatre mois était suffisant pour permettre aux conseils d'administration de réfléchir sur les propositions, mais ce n'est pas ce que nous voulons.

Rien ne laisse entendre dans le texte que le conseil d'administration conserve encore une possibilité d'expression et de contre-proposition. Il est simplement mis en demeure.

La rédaction que nous proposons par notre amendement n° 2 diffère sensiblement du projet de loi.

D'abord, elle institue, face à l'injonction du ministre, une possibilité de proposition constructive de la part du conseil d'administration. Chacun sait que l'injonction du ministre est fondée sur l'expression des services qui connaissent plus ou moins bien les réalités locales et qui ne sont pas nécessairement responsables de la gestion de l'hôpital.

Le conseil d'administration, sans délai supplémentaire, sans que la procédure soit allongée, aurait alors, selon notre proposition, la possibilité de se faire entendre. Cette mesure nous semble plus libérale. Elle s'inscrit dans la politique de concertation. Elle a le mérite de laisser aux administrateurs une part de responsabilité dans les mesures à prendre.

Sans cette possibilité, que se passera-t-il ? A coup sûr, un blocage psychologique des conseils et un règne trop important, nous semble-t-il, de la technocratie. Bien sûr, puisqu'il n'y aura pas eu, officiellement, ouverture de négociations avec le ministre on assistera à une négociation indirecte, de nature informelle et, peut-être, c'est à craindre, parfois partisane.

La deuxième partie de l'amendement tend à remplacer le mot « prend » par les mots « peut prendre » car il est permis de penser que l'éclairage donné par le conseil d'administration modifiera, de temps à autre, l'avis initial du ministre.

Tel est l'amendement que je présente au nom de la gauche démocratique.

M. le président. La parole est à M. Chérioux, pour défendre l'amendement n° 19.

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, cet amendement a été rédigé dans le même esprit que celui que j'ai eu l'honneur de défendre précédemment.

En effet, j'estime qu'en cas de demande de reconversion, le délai de réflexion de quatre mois risque de ne pas permettre aux responsables des établissements hospitaliers d'effectuer des études préalables de réorganisation.

C'est la raison pour laquelle j'ai demandé que ce délai soit porté à huit mois.

M. le président. La parole est à M. Labèguerie pour défendre l'amendement n° 22.

M. Michel Labèguerie. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'amendement que j'ai rédigé avec mon collègue et ami M. Jager, qui porte de quatre à huit mois le

délai obligatoire pour que le conseil d'administration de l'hôpital obéisse à l'injonction du ministre, n'est pas inspiré très exactement — il y a une nuance — par les mêmes motifs que ceux qui ont inspiré l'amendement présenté par M. Chérioux, même si le résultat est le même.

Nous avons été inspirés surtout par le souci de la protection de l'emploi, car l'article L. 22-1 de la loi du 31 décembre 1970 prévoit, en effet, non seulement les transformations possibles ou les mises en conformité avec un certain nombre de règles nouvelles et nécessaires, mais aussi la suppression possible de lits d'hôpital ou d'équipements, ce qui peut entraîner un chômage.

Dans cette optique, il convient de laisser un délai suffisant au conseil d'administration pour reclasser la main-d'œuvre qui se trouve libérée par la suppression de ces lits.

C'est ce souci éminemment conjoncturel, mais aussi social qui a dicté le dépôt de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 2, 19 et 22 ?

M. Louis Boyer, rapporteur. Sur l'amendement n° 2, la commission a décidé de s'en remettre à la sagesse de l'Assemblée.

Quant aux amendements n° 19 et 22, la commission est favorable à la prolongation de quatre à huit mois du délai laissé aux conseils d'administration.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole.

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

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, je voudrais indiquer que les mobiles qui m'ont amené à déposer cet amendement, qui tend à prolonger le délai de quatre à huit mois, rejoignent ceux qui ont été exposés par M. Labèguerie.

Lorsque j'ai parlé de « réorganisation des structures », j'envisageais les conséquences qu'une telle réorganisation pouvait entraîner sur le personnel et les difficultés qui pouvaient en résulter. Bien entendu, le problème extrêmement important de l'emploi n'a pas échappé à l'auteur de l'amendement.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. A ce moment de la discussion, je voudrais essayer de bien éclairer le Sénat sur le déroulement normal de cette procédure. J'ai le sentiment de pouvoir répondre aux préoccupations tout à fait légitimes qui ont été exposées ici à travers les quatre amendements soumis à une discussion commune.

Votre première préoccupation a été de vous préoccuper de l'information du conseil d'administration. Ce souci ressort de l'amendement de M. Berchet, mais aussi de ceux de MM. Chérioux et Labèguerie.

Sur ce point, je vais vous proposer un amendement. J'ai remis à la présidence, il y a quelques minutes, un texte qui reprend l'amendement de M. Berchet, en le complétant. Il prévoit que le conseil d'administration de l'hôpital sera obligatoirement consulté et disposera à ce titre d'un délai de quatre mois, délai de rigueur. Je réponds par là, monsieur Berchet, au souci légitime que vous avez exprimé.

Mais je voudrais être plus précis encore. La procédure — il ne peut pratiquement en être autrement — se déroulera de la manière suivante : le ministre, ayant reçu par l'intermédiaire de ses services extérieurs et grâce à certains contacts avec le monde hospitalier une information préalable, s'est rendu compte qu'effectivement des adaptations, voire des suppressions de lits, étaient nécessaires dans certains établissements.

A ce moment-là, que fait le ministre ? Ses services engagent une discussion avec le directeur de l'hôpital et son conseil d'administration. Il ne peut pas en être autrement ; il ne s'agit pas là de procédure, mais de nos rapports habituels avec les établissements hospitaliers dont nous avons la tutelle.

Nous disons au président du conseil d'administration : « Il y a un problème ; nous pourrions, en fermant quelques lits, apporter des améliorations qualitatives dans l'établissement ; qu'en pensez-vous ? ». On peut admettre que le président et les membres du conseil d'administration répondent : « Au fond, nous préférons fermer quelques lits sous-occupés dans un service, ce qui nous permettra, en contrepartie, de disposer de personnels pour mieux médicaliser d'autres services ».

Nous nous trouvons ici dans l'hypothèse favorable, où le ministre n'intervient pas. Je souhaite que, dans la majorité des cas, cette hypothèse se vérifie.

Le cas inverse peut se produire : le conseil d'administration rejette la proposition. A ce moment-là, le ministre va engager la procédure de la loi, c'est-à-dire qu'il va consulter la commission régionale et la commission nationale de l'équipement sanitaire sur les mesures à prendre. Puis, il va notifier ces mesures au conseil d'administration.

L'amendement que je vais vous proposer, qui est inspiré de vos préoccupations, tend à préciser qu'un délai de quatre mois est donné au conseil d'administration pour se prononcer ou faire des observations. Ce délai étant de rigueur, il permet éventuellement un recours devant le juge administratif, pour sanctionner la non-application de la loi. J'estime par là vous donner incontestablement satisfaction sur un point important : la consultation du conseil d'administration.

La deuxième préoccupation de MM. Labèguerie et Chérioux consiste à déclarer que quatre mois, c'est un peu court lorsqu'une décision de fermeture intervient, car, de ce fait, peuvent se poser un certain nombre de problèmes.

Je voudrais être très clair à ce sujet. Le ministre prend la décision au bout de quatre mois, par exemple la décision de fermer quelques lits ; cela ne veut pas dire que la décision va s'appliquer dans les quatre mois. Cette fermeture entraînant des problèmes d'emplois, elle ne sera appliquée que dans les mois ou les années à venir. Rien ne s'oppose à une telle possibilité. Pour répondre à l'argument de M. Labèguerie, je dirai que ce n'est pas en prolongeant le délai de quatre mois que nous pourrions résoudre ce problème.

En vérité, le ministre devra, lorsqu'une telle décision sera prise, trouver une solution pratique pour éviter des difficultés d'emploi et procéder à la fermeture dans des délais qui soient suffisants.

Si je plaide avec force, monsieur le président, c'est pour ne pas céder à cette tentation de mettre des délais un peu partout, parce que je ne veux pas, mesdames, messieurs les sénateurs, risquer de tout bureaucratiser. Si nous mettons des délais qui s'ajoutent — comme les poupées russes qui s'emboîtent les unes dans les autres — et qui ne font que se surajouter, l'administration a tout naturellement la tentation d'envoyer systématiquement des notifications à tous les établissements susceptibles de se voir appliquer une telle mesure, pour couvrir les délais.

Au ministère de la santé et de la sécurité sociale, nous sommes parfois confrontés à des obligations réglementaires qui sont telles que nous sommes conduits à déclencher des procédures de pure forme pour le cas où nous aurions à nous en servir.

Je vous ai donc proposé un amendement. J'espère, monsieur le président, que les services du Sénat auront pu le faire distribuer.

M. le président. Il a été distribué !

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je remercie l'administration du Sénat d'avoir ainsi fait diligence. Ce texte est tout à fait inspiré de celui de M. Berchet.

Il répond, me semble-t-il, à votre souci. La discussion peut maintenant s'engager. Je souhaiterais que les auteurs des quatre amendements soumis à discussion commune puissent les retirer au bénéfice de l'amendement du Gouvernement. Je suis prêt, bien entendu, à donner des précisions si tel est le vœu du Sénat.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 27 présenté par le Gouvernement et tendant à rédiger comme suit l'avant-dernier alinéa de l'article 22-1 proposé :

« Le conseil d'administration dispose d'un délai de quatre mois pour faire des observations ou délibérer sur les mesures demandées. Dans le cas où la demande du ministre chargé de la santé n'est pas suivie d'effet au terme de ce délai, celui-ci prend les mesures appropriées au lieu et place du conseil d'administration. »

M. Jean Chérioux. Je demande la parole.

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

M. Jean Chérioux. M. le ministre essaie de faire preuve d'esprit de conciliation et de concertation. Je formulerai cependant deux remarques sur l'amendement qu'il vient de déposer.

La première c'est qu'il fait état de conversations, de contacts préalables entre le ministère et les conseils d'administration. Je sais bien que M. le ministre est tout disposé à procéder à une

concertation, mais aucun engagement n'est prévu dans le texte, qui, je le regrette, ne comporte aucune phrase, pas même quelques mots indiquant une telle obligation pour le Gouvernement. Il y a plus. Lorsque je relis le texte tel qu'il ressort des débats de l'Assemblée nationale et que je le compare au texte de l'amendement du Gouvernement, je constate une seule différence entre les deux. Dans le texte qui nous vient de l'Assemblée nationale, le délai de quatre mois est suivi d'une décision du ministre qui constate que sa demande n'a pas été suivie d'effet. Dans l'amendement du Gouvernement, on fait état de la possibilité pendant ce délai de quatre mois pour le conseil d'administration de formuler des observations ou de délibérer sur les mesures demandées. Les quatre mois étant écoulés on retombe toujours dans le même système qui consiste pour le Gouvernement à prendre, en lieu et place du conseil d'administration, les mesures appropriées.

Je voudrais savoir ce qui se passera lorsque le conseil d'administration formulera des observations valables pratiquement à la fin des quatre mois. Monsieur le ministre, vous n'avez pas apporté de solution à cette difficulté. J'aimerais bien, si je puis dire, qu'on en trouve une, pour éviter une solution purement verbale. On parle d'observations, de délibérations, mais, finalement, celles-ci ne débouchent sur rien au bout du délai de quatre mois. C'est purement et simplement le ministre qui prend la décision au lieu et place du conseil d'administration. Nous n'avons aucune garantie.

M. le président. L'amendement n° 2 est-il maintenu ?

M. Georges Berchet. Monsieur le président, l'amendement du Gouvernement nous donne à peu près satisfaction. Nous souhaiterions seulement voir remplacer le mot « prend » par les mots « peut prendre ». Dans la mesure où un conseil d'administration émet des observations qui, une fois sur dix, peuvent être valables, on peut penser que le Gouvernement en tiendra compte et qu'il prendra lui-même les différentes mesures dites appropriées.

Si le Gouvernement acceptait cette suggestion, le groupe de la gauche démocratique retirerait l'amendement n° 2.

M. le président. L'amendement n° 22 est-il maintenu ?

M. Michel Labèguerie. Monsieur le président, au bénéfice des explications que nous a données M. le ministre et du libéralisme qu'il manifeste dans les intentions, je suis prêt à retirer mon amendement, à la condition que M. le ministre accepte de rectifier le sien dans le sens souhaité par M. Berchet.

M. le président. Monsieur Chérioux, votre amendement n° 19, identique à l'amendement n° 22, serait-il en tout état de cause maintenu ?

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, j'aurais souhaité faire comme mes collègues, c'est-à-dire aller à la rencontre de M. le ministre. Cependant, je ne peux pas dire que le fait de remplacer le mot « prend » par les mots « peut prendre » me satisfasse.

Je demande donc à M. le ministre s'il ne pourrait pas rectifier son amendement pour tenir compte des observations que j'ai présentées tout à l'heure.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, dans un souci de conciliation je donnerai satisfaction à MM. Berchet et Labèguerie, ainsi qu'à M. Chérioux. J'accepte donc de remplacer, dans mon amendement n° 27, le mot : « prend », par les mots : « peut prendre ».

Monsieur Chérioux, si vraiment je ne vous ai pas convaincu, je veux bien, au risque de surcharger le texte de loi, vous suggérer de modifier votre amendement n° 18 rectifié. Mais je vous demande alors de ne prévoir aucun délai. En effet, la manipulation des délais est trop compliquée et donne une possibilité de procédure qui ne sera utilisée que par des gens de mauvaise foi, que nous voudrions — vous en êtes bien d'accord — ramener dans le droit chemin.

Votre amendement pourrait alors se lire de la façon suivante :

« L'établissement doit être averti de l'intention du ministre avant la saisine de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire. »

Je pense qu'ainsi vous auriez satisfaction.

M. Michel Moreigne. Je demande la parole.

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

M. Michel Moreigne. Monsieur le ministre, je pensais que la contrainte budgétaire des établissements existait. Or, je ne vois pas du tout comment votre procédure peut s'y insérer. Si vous voulez bien me l'expliquer, cela me permettrait d'y voir plus clair.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Vous savez bien, monsieur Moreigne, que si le conseil d'administration d'un établissement public n'accepte pas le budget, nous avons un pouvoir de tutelle et que nous pouvons, à la limite, fixer ce budget. Mais il n'est pas question d'utiliser cette procédure.

Lorsque nous serons amenés à examiner les cas particuliers, nous prendrons en compte, bien sûr, les problèmes budgétaires. Je suis de ceux qui pensent que, dans certains cas, nous rendrons service à des établissements qui n'osent pas prendre des mesures. Je suis convaincu qu'en supprimant quelques lits, les lits restants pourraient être mieux utilisés, mieux « médicalisés », et que nous arriverions ainsi à un service hospitalier de qualité. Mais la force des habitudes, même si ce sont de mauvaises habitudes, fait que personne n'ose le faire.

Croyez-moi, dans certains cas, nous faciliterons plutôt la tâche des présidents des conseils d'administration. Plusieurs m'ont dit : « Si vous aviez un moyen de me l'imposer, je l'accepterais, car c'est très difficile à faire passer au sein de mon conseil d'administration. Tel professeur de médecine veut garder ses lits, alors que nous aimerions en réduire le nombre pour étoffer un autre service. »

C'est vraiment comme cela que je vois les choses et, croyez-moi, je suis de parfaite bonne foi en vous disant cela.

M. le président. L'amendement du Gouvernement portera donc le numéro 27 rectifié et se lira comme suit :

« Rédiger comme suit l'avant-dernier alinéa de l'article 22-1 proposé :

« Le conseil d'administration dispose d'un délai de quatre mois pour faire des observations ou délibérer sur les mesures demandées. Dans le cas où la demande du ministre chargé de la santé n'est pas suivie d'effet au terme de ce délai, celui-ci peut prendre les mesures appropriées au lieu et place du conseil d'administration. »

Monsieur Chérioux, acceptez-vous de modifier votre amendement dans le sens préconisé par M. le ministre ?

M. Jean Chérioux. Je n'aurais pas voulu faire une réponse de Normand, mais c'est presque ce que je vais être obligé de faire. Je serais prêt à accepter d'abandonner le délai de quatre mois, mais à la condition que M. le ministre accepte mon amendement et que la suggestion de notre collègue Berchet soit également retenue.

Vous prévoyez, monsieur le ministre, que l'établissement doit être averti avant la saisine de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire, comme c'est prévu dans mon amendement. Mais lorsque cet amendement a été rédigé, vous n'aviez pas vous-même prévu l'intervention du conseil d'administration. Alors, plutôt que de dire : « avant la saisine de la commission », ne vaudrait-il pas mieux dire : « avant la mise en œuvre de la procédure prévue à l'article tant » ? A ce moment-là je serais d'accord pour accepter les propositions de M. le ministre.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. J'ai été vraiment le plus loin possible, monsieur Chérioux. Compte tenu de la modification que je vous suggère, votre amendement se lirait comme suit : « L'établissement doit être averti de l'intention du ministre avant la saisine de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire. » C'est suffisamment clair, et je suis allé à votre rencontre, monsieur Chérioux.

Cela étant, je souhaiterais, monsieur le président, étant donné que j'ai accepté que l'établissement soit averti avant la saisine de la commission, que le Sénat puisse se prononcer sur ces textes qui ont été améliorés grâce à sa participation.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole.

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

M. Jean Chérioux. J'enregistre la déclaration de M. le ministre selon laquelle il est, j'allais dire, presque de droit commun que le ministre informe les conseils d'administration.

Je veux voir dans la modification que me suggère M. le ministre un engagement de procéder effectivement, avant la mise en œuvre de la procédure, à un contact, à une information du conseil d'administration. (M. le ministre fait un signe d'assentiment.) Dans ces conditions, j'accepte de modifier mon amendement.

M. le président. Votre amendement portera donc le n° 18 bis rectifié et il se lira de la façon suivante :

« L'établissement doit être averti de l'intention du ministre avant la saisine de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire. »

Quel est l'avis de la commission ?

M. Louis Boyer, rapporteur. Je crois ne pas trahir l'esprit de la commission en disant qu'elle l'aurait accepté.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 18 rectifié bis, accepté par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Monsieur Berchet, dois-je considérer que l'amendement n° 2 est retiré au bénéfice de l'amendement n° 27 rectifié du Gouvernement ?

M. Georges Berchet. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 2 est donc retiré.

M. le président. Monsieur Labèguerie, en va-t-il de même de votre amendement n° 22 ?

M. Michel Labèguerie. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 22 est retiré.

Monsieur Chérioux, votre amendement n° 19 est-il maintenu ?

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, avant de retirer éventuellement cet amendement, je voudrais savoir, si le ministre est amené à prendre les mesures prévues à l'article 22-1, quelles en seront les conséquences sur le plan budgétaire. Peut-on considérer que cela jouera sur l'exercice budgétaire au cours duquel la décision sera prise ? Dans ce cas, cela risquerait de poser des problèmes au conseil d'administration. De la réponse de M. le ministre dépendra mon attitude.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je demande la parole.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. J'ai dit tout à l'heure, répondant à M. Labèguerie et à M. Chérioux, qu'il était évident qu'après avoir consulté la commission régionale et après avoir pris l'avis du conseil d'administration, le ministre devait tenir compte de ces avis. S'il estime que cela aura des répercussions en matière d'emploi, il dira : « Je prends une décision, mais celle-ci ne sera applicable que dans un délai d'un an, ou moins ou plus. » Je vous donne vraiment un engagement absolu. Il faut tenir compte de ces avis, ou alors ce n'est pas la peine de consulter.

M. Michel Moreigne. C'est ce que je vous demandais tout à l'heure !

M. le président. Monsieur Chérioux, votre amendement est-il maintenu ?

M. Jean Chérioux. L'engagement de M. le ministre est formel. Par conséquent, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 19 est donc retiré.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 27 rectifié, accepté par la commission.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 2, modifié.

M. Michel Moreigne. Le groupe socialiste vote contre.

M. Pierre Gamboa. Le groupe communiste également.

M. le président. Je leur en donne acte.

(L'article 2 est adopté.)

Article 2 bis.

M. le président. « Art. 2 bis. — Au sixième alinéa de l'article 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, sont substitués aux mots : « mentionnés au 3° de l'article 4 de la présente loi », les mots : « mentionnés au 4° de l'article 4 de la présente loi ».

Par amendement n° 26, M. Boyer, au nom de la commission, propose, au début de cet article, de remplacer les mots : « Au sixième alinéa », par les mots : « Au dernier alinéa ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Louis Boyer, rapporteur. Cet amendement de pure forme vise à réparer une erreur matérielle.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement accepte l'amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 26, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 2 bis, ainsi modifié.

(L'article 2 bis est adopté.)

Articles 3 et 3 bis.

M. le président. « Art. 3. — Après le troisième alinéa (2°) de l'article 31 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, il est inséré un 3° rédigé ainsi qu'il suit :

« 3° La création ou l'extension :

« — de tout établissement privé de rééducation fonctionnelle ne comportant pas de moyens d'hospitalisation et dont les moyens dépassent les normes fixées par décret ;

« — de tout centre ou service privé d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation de nuit, et de tout centre ou service privé d'hospitalisation à domicile répondant à la définition qui en est donnée par décret. » — (Adopté.)

« Art. 3 bis. — Au deuxième alinéa de l'article 32 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, après les mots : « elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner », sont ajoutés les mots : « sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par la voie réglementaire. » — (Adopté.)

Article 4.

M. le président. « Art. 4. — I. — Les deux premiers alinéas de l'article 34 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« L'autorisation mentionnée à l'article 31 est donnée par le préfet de région après avis de la commission régionale de l'équipement sanitaire prévue à l'article 44. Un recours contre la

décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire prévue à l'article 44.

« Un décret fixe la liste des établissements ou équipements pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée que par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire. »

« II. — Le dernier alinéa de l'article 34 est abrogé.

« III. — A l'article 37, les mots : « commission régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par : « commission régionale de l'équipement sanitaire prévue à l'article 44 ».

Par amendement n° 10, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent, dans la première phrase du deuxième alinéa de cet article, de substituer aux mots : « le préfet de région », les mots : « l'assemblée régionale ».

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Cet amendement devient sans objet vu qu'il était lié à l'amendement n° 5 qui visait — je m'en suis longuement expliqué devant la Haute Assemblée — à introduire une notion de démocratie par le biais des conseils régionaux.

M. le président. L'amendement n° 10 est retiré.

Par amendement n° 11, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de compléter le troisième alinéa du paragraphe I de l'article 4 par les mots : « et du Parlement ».

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Avec l'amendement n° 11, nous demandons que les parlementaires soient consultés en matière de planification nationale des équipements longs et coûteux, même s'ils ne sont pas d'usage national ou plurirégional. Il nous apparaît particulièrement utile que le Parlement soit associé à cette consultation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 11 ?

M. Louis Boyer, rapporteur. La commission n'a pas saisi pour quelle raison le Parlement devrait être consulté pour la création de certains établissements sanitaires privés. Ce n'est ni la mission de l'Assemblée nationale, ni celle du Sénat.

Aussi la commission a-t-elle donné un avis défavorable à cet amendement.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

A la limite, M. Gamboa introduit une modification de la Constitution parce que, dans un cas, cela reviendrait à substituer l'assemblée régionale au préfet et, dans un autre cas, cela conduirait à consulter le Parlement au sujet des décrets.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 11, 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 4.

(L'article 4 est adopté.)

M. le président. L'article 5 a été supprimé par l'Assemblée nationale.

Article 6.

M. le président. « Art. 6. — Il est ajouté, après l'article 41 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article 41-1 rédigé ainsi qu'il suit :

« Art. 41-1. — Sans préjudice des dispositions de l'article 36 ci-dessus, les dispositions du premier alinéa de l'article 22-1 sont applicables aux établissements privés participant au service public hospitalier.

« La demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés à l'établissement.

« Au cas où la demande du ministre n'est pas suivie d'effet dans le délai de quatre mois, l'établissement peut être rayé par décret de la liste des établissements participant au service public hospitalier. »

Par amendement n° 12, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de supprimer cet article.

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Monsieur le président, je suis, bien entendu, conduit à retirer cet amendement dès lors que la Haute assemblée n'a pas adopté l'amendement n° 9, parce qu'il introduirait une discrimination à l'égard du secteur public et du secteur privé.

M. le président. L'amendement n° 12 est retiré.

Par amendement n° 23, MM. Labèguerie, Jager et Jung proposent de rédiger comme suit le début du deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 41-1 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Le ministre consulte la commission régionale de l'équipement sanitaire concernée. Sa demande doit être... »

La parole est à M. Labèguerie.

M. Michel Labèguerie. Je retire cet amendement, cette disposition figurant déjà à l'article 22-1.

M. le président. L'amendement n° 23 est retiré.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 6.

(L'article 6 est adopté.)

M. le président. Les articles 7 et 8 ont été supprimés par l'Assemblée nationale.

Article 9.

M. le président. « Art. 9. — L'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux, par les médecins-inspecteurs de la santé, les pharmaciens-inspecteurs, les fonctionnaires de catégorie A ou agents assimilés des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales et les membres de l'inspection générale des affaires sociales.

« Quiconque fait obstacle au contrôle prévu par le présent article est passible des sanctions édictées à l'article L. 177 du code de la santé publique. »

Par amendement n° 13, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de supprimer cet article.

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Notre amendement propose la suppression pure et simple de cet article 9, qui a pour objet d'instaurer un contrôle sur les médecins et qui découle de la volonté du Gouvernement de freiner les dépenses de santé.

Du fait des mesures négatives prises depuis le 25 juillet, nous ne doutons pas du bien-fondé de notre démarche ni du caractère particulièrement dangereux pour l'avenir du secteur hospitalier de notre pays de toutes ces dispositions qui donnent, dirai-je, un véritable droit exorbitant au ministre.

En conséquence, le Sénat ferait preuve de sagesse en n'accordant pas au ministre ce droit qui risquerait de nuire à la santé des Françaises et des Français.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. Votre rapporteur n'a pas a priori le sentiment que les dispositions prévues par l'article 9 pourraient avoir pour effet d'instaurer un contrôle des prescriptions médicales.

La commission m'a cependant chargé de demander au Gouvernement toutes garanties sur ce point.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, je donne mon accord complet au rapporteur, qui a d'ailleurs interprété le texte dans le sens où il le fallait.

Je suis absolument opposé à l'amendement de M. Gamboa.

M. le président. Dans ces conditions, monsieur le rapporteur, et compte tenu de la réponse du ministre, quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 13 ?

M. Louis Boyer, rapporteur. La commission est défavorable à cet amendement.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 13, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis maintenant saisi de deux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 20, présenté par M. Chérioux, propose d'insérer entre le premier et le deuxième alinéa de l'article 9 un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les conclusions de ces contrôles doivent être portées à la connaissance du directeur de l'établissement en dehors de la présence de tiers. »

Le second, n° 24, présenté par MM. Labèguerie, Jager et Jung tend, après le premier alinéa de ce même article, à insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur de l'établissement est tenu informé de ces contrôles, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie. »

La parole est à M. Chérioux, pour défendre l'amendement n° 20.

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, tout en reconnaissant qu'un contrôle exercé par la tutelle est chose nécessaire, mon souci a été de prévoir que les conclusions de ce contrôle soient portées, dans le respect du secret professionnel, à la connaissance des directeurs d'établissement. C'est un point extrêmement important, s'agissant d'établissements à caractère médical en particulier.

C'est pour cette raison que nous avons déposé cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Labèguerie, pour défendre l'amendement n° 24.

M. Michel Labèguerie. Cet amendement est inspiré par les mêmes motifs que ceux qui sont à l'origine de l'amendement de M. Chérioux.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. La commission m'a chargé de demander au Gouvernement des informations sur les contrôles effectués dans les établissements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n° 20 et 24 ?

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, je réponds d'abord à M. le rapporteur en précisant que les contrôles dont il s'agit sont uniquement prévus pour appliquer le texte. Il n'est pas question de tirer de ce dernier des contrôles nouveaux portant sur je ne sais quoi.

La preuve en est que je vais accepter volontiers l'amendement de M. Labèguerie, lequel se recoupe d'ailleurs avec celui de M. Chérioux, ce qui me permet de donner pratiquement satisfaction aux auteurs de ces deux amendements.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Chérioux, pour répondre au Gouvernement.

M. Jean Chérioux. Nous ne sommes pas ici pour rejouer une scène du *Bourgeois gentilhomme*. Par conséquent, ne voulant

pas faire preuve d'amour-propre d'auteur, je me rallie volontiers à la rédaction proposée par mon collègue, M. Labèguerie, et je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 20 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 24 ?

M. Louis Boyer, rapporteur. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. Georges Berchet. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Berchet, pour répondre à la commission.

M. Georges Berchet. Je désirerais modifier l'amendement n° 24 en rédigeant comme suit le début de l'alinéa proposé : « Le président du conseil d'administration et le directeur de l'établissement sont tenus informés de ces contrôles... »

M. le président. M. Berchet propose de modifier comme suit la rédaction de l'amendement n° 24 :

« Le président du conseil d'administration et le directeur de l'établissement sont tenus informés de ces contrôles, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie. »

Monsieur Labèguerie, acceptez-vous de rectifier ainsi votre amendement ?

M. Michel Labèguerie. Je l'accepte, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 24 rectifié.

M. Louis Boyer, rapporteur. La commission l'accepte.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement l'accepte également.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 24 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 9, ainsi modifié.

(L'article 9 est adopté.)

Article 10.

M. le président. « Art. 10. — I. — Un décret fixera la nouvelle composition de la commission nationale et des commissions régionales de l'équipement sanitaire. Jusqu'à l'installation de ces commissions dans leur nouvelle composition, la commission nationale et les commissions régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article 34 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 demeureront en fonction.

« II. — Dans le deuxième alinéa de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, après les mots : « des représentants des caisses d'assurance maladie », sont insérés les mots : « des représentants des syndicats médicaux ».

Par amendement n° 14 rectifié, M. Gamboa et les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger ainsi le paragraphe II de cet article :

« II. — Le deuxième alinéa de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La commission nationale et les commissions régionales de l'équipement sanitaire comprennent des représentants, en nombre égal, des élus régionaux ou nationaux, selon le cas, des représentants des syndicats représentatifs des personnels médicaux et non médicaux des établissements hospitaliers publics et privés et des grandes organisations syndicales ouvrières siégeant au conseil d'administration de la sécurité sociale, ainsi que des représentants de l'administration. »

La parole est à M. Gamboa.

M. Pierre Gamboa. Cet amendement vise à modifier la composition des commissions nationales et régionales qui devrait être déterminée non plus par voie réglementaire, mais par voie législative.

Grâce à la présence de ces élus, ces commissions auraient un caractère beaucoup plus large et plus représentatif des phénomènes socio-économiques du pays.

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

M. Louis Boyer, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement.

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, je me permets d'intervenir assez solennellement devant le Sénat pour le mettre en garde à propos de cet amendement.

Nous sommes, bien sûr, convaincus qu'il faut que les différentes catégories énumérées soient représentées, mais je demande au Sénat de ne pas enfermer le Gouvernement dans des quotas car — je le dis très clairement — cela ne permettrait pas de constituer convenablement ces commissions eu égard à leur mission.

Je demande donc expressément au Sénat de repousser cet amendement compte tenu du fait que chacune des catégories sera représentée, mais je ne veux pas que l'on soit enfermé dans des quotas rigides. Cela ne serait pas conforme à l'esprit du fonctionnement du système hospitalier.

M. Pierre Gamboa. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Gamboa, pour répondre au Gouvernement.

M. Pierre Gamboa. Je relève, monsieur le ministre, que cette démarche qui nous paraît tout à fait justifiée — un très long débat de la commission des affaires sociales a d'ailleurs eu lieu sur cette question particulièrement importante — correspond, disons-le franchement, aux nécessités de notre époque : une participation plus active, plus féconde, plus profonde, plus large et plus utile d'ailleurs des élus.

La sagesse du Sénat devrait nous aider à faire un pas dans cette direction.

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 14 rectifié, accepté par la commission et repoussé par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 10.

(L'article 10 est adopté.)

Vote sur l'ensemble.

M. le président. Je vais mettre aux voix l'ensemble du projet de loi.

M. Michel Moreigne. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Moreigne, pour explication de vote.

M. Michel Moreigne. Monsieur le président, monsieur le ministre, mon explication de vote sera brève, car nous avons déjà exprimé notre sentiment sur ce texte dans la discussion générale.

Compte tenu du fait qu'aucun de nos amendements n'a été accepté, pas même notre amendement de repli, nous voterons contre ce projet de loi, d'autant qu'il est immédiatement applicable, bien que la carte sanitaire ne soit pas achevée et que M. le ministre ne nous ait pas répondu suffisamment sur les procédures et leur imbrication avec les contraintes budgétaires des établissements. Nous ne concevons donc pas comment ce texte pourra être appliqué.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Chérioux, pour explication de vote.

M. Jean Chérioux. Au cours de la discussion générale, j'avais exposé à M. le ministre les réserves que pouvait formuler le

groupe R. P. R. L'une des principales tenait à l'insuffisance de concertation qui apparaissait dans le texte tel qu'il nous avait été présenté.

Sur ce point, M. le ministre, en acceptant un certain nombre d'amendements et en sous-amendant certains d'entre eux, a fait un pas en avant pour répondre à nos préoccupations, je le reconnais.

Non seulement il a accepté plusieurs amendements mais surtout il a pris l'engagement solennel devant notre assemblée de respecter un certain nombre de procédures et de pratiquer très largement la concertation que nous souhaitions.

Compte tenu des assurances données par M. le ministre, mon groupe et moi-même pouvons dès lors voter ce projet de loi.

M. Michel Miroudot. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Miroudot, pour explication de vote.

M. Michel Miroudot. La discussion de ce projet de loi a montré un esprit de très grande ouverture de la part de M. le ministre qui a bien voulu accepter un certain nombre d'amendements du Sénat. Aussi, sans aucune réserve, le groupe de l'union des républicains et des indépendants votera ce texte.

M. Pierre Gamboa. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Gamboa, pour explication de vote.

M. Pierre Gamboa. Le groupe communiste a mené une action vigoureuse contre ce projet de loi, non seulement au Parlement mais dans le pays, en dénonçant tous les aspects négatifs qu'il engendre déjà et qu'il engendrera demain.

Mes chers collègues, je vous avoue franchement avoir été surpris du débat de ce soir. Dans notre pays, des millions de travailleurs manuels et intellectuels, qu'ils soient ouvriers ou employés, qu'ils soient affectés aux tâches humbles de l'hospitalisation ou qu'ils se consacrent à la recherche dans un C. H. U., qu'ils occupent tel poste modeste ou tel poste de haute responsabilité, manifestent leur opposition aux projets gouvernementaux.

Je souhaite bien du plaisir à tous nos collègues qui demain, lorsqu'ils seront de nouveau dans leur département, auront à s'expliquer devant les conseils d'administration, devant le corps médical, devant les employés, devant les ouvriers, devant les usagers qui ont du mal à se faire soigner, et qui auront à dire dans quelles conditions ils ont entériné un projet de loi scandaleux — le terme n'est pas trop fort — donnant un blanc-seing à un Gouvernement qui se prépare à supprimer 110 000 lits.

Mais l'action se continuera dans le pays et, grâce à l'union de toutes celles et de tous ceux qui sont attachés à un véritable droit à la santé, à un véritable réseau d'hospitalisation, ces projets seront, j'en suis sûr, tenus en échec.

Le groupe communiste votera donc contre ce projet de loi. *(Applaudissements sur les travées communistes.)*

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

(Le projet de loi est adopté.)

— 3 —

DEPOT, D'UNE QUESTION ORALE AVEC DEBAT

M. le président. J'informe le Sénat que j'ai été saisi d'une question orale avec débat dont je vais donner lecture.

« M. Michel Miroudot demande à M. le ministre du commerce extérieur de bien vouloir lui faire connaître comment il envisage l'avenir de notre industrie textile face à la concurrence internationale, qu'elle provienne des pays membres de la Communauté économique européenne ou des autres pays, et plus particulièrement des pays en voie de développement. » (N° 292.)

Conformément aux articles 79 et 80 du règlement, cette question orale avec débat a été communiquée au Gouvernement et la fixation de la date de discussion aura lieu ultérieurement.

— 4 —

RETRAIT D'UNE QUESTION ORALE AVEC DEBAT

M. le président. J'informe le Sénat que M. Michel Miroudot a fait connaître qu'il retire la question orale avec débat n° 283 qu'il avait posée à M. le ministre de l'industrie.

Cette question avait été communiquée au Sénat le 18 octobre 1979.

Acte est donné de ce retrait.

— 5 —

DEPOT D'UN RAPPORT DU GOUVERNEMENT

M. le président. J'informe le Sénat que M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre, en application du dernier alinéa de l'article 3 du décret n° 79-237 du 22 mars 1979 portant création d'une commission des comptes de la sécurité sociale, le rapport établi par son président pour 1979.

Acte est donné du dépôt de ce rapport.

— 6 —

DEPOT DE PROPOSITIONS DE LOI

M. le président. J'ai reçu de M. Jean Garcia, Mmes Marie-Claude Beauveau, Danielle Bidard, MM. Serge Boucheny, Raymond Dumont, Jacques Eberhard, Gérard Ehlers, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Bernard Hugo, Charles Lederman, Fernand Lefort, Anicet Le Pors, Mme Hélène Luc, MM. James Marson, Louis Minetti, Jean Ooghe, Mme Rolande Perlican, MM. Marcel Rosette, Guy Schmaus, Camille Vallin, Hector Viron une proposition de loi relative au remboursement des listes ayant obtenu moins de 5 p. 100 des voix à l'élection du 10 juin 1979 des représentants à l'Assemblée des Communautés européennes.

La proposition de loi sera imprimée sous le numéro 31, 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.)*

J'ai reçu de M. Serge Boucheny, Mmes Marie-Claude Beauveau, Danièle Bidard, MM. Raymond Dumont, Jacques Eberhard, Gérard Ehlers, Pierre Gamboa, Jean Garcia, Marcel Gargar, Bernard Hugo, Paul Jargot, Charles Lederman, Fernand Lefort, Anicet Le Pors, Mme Hélène Luc, MM. James Marson, Louis Minetti, Jean Ooghe, Mme Rolande Perlican, MM. Marcel Rosette, Guy Schmaus, Camille Vallin, Hector Viron une proposition de loi tendant à la restructuration, au développement et à la nationalisation de l'industrie aérospatiale.

La proposition de loi sera imprimée sous le numéro 33, distribuée et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyée à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. *(Assentiment.)*

— 7 —

DEPOT D'UNE PROPOSITION DE RESOLUTION

M. le président. J'ai reçu de M. Serge Boucheny, Mmes Marie-Claude Beauveau, Danielle Bidard, MM. Raymond Dumont, Jacques Eberhard, Gérard Ehlers, Pierre Gamboa, Jean Garcia, Marcel Gargar, Bernard Hugo, Paul Jargot, Charles Lederman, Fernand Lefort, Anicet Le Pors, Mme Hélène Luc, MM. James Marson, Louis Minetti, Jean Ooghe, Mme Rolande Perlican, MM. Marcel Rosette, Guy Schmaus, Camille Vallin, Hector Viron une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête pour déterminer les personnes physiques ou morales françaises ayant reçu des fonds de la République fédérale allemande à l'occasion de la campagne menée par ce pays sur les interdits professionnels.

La proposition de résolution sera imprimée sous le numéro 32, 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. *(Assentiment.)*

— 8 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au jeudi 25 octobre 1979, à dix heures, à quinze heures et le soir :

1. — Suite de la discussion, en deuxième lecture, du projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, portant modification de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers et portant création de l'office national d'immigration. [N°s 355, 412, 459 (1978-1979) et 13 (1979-1980).

— M. Jacques Larché, rapporteur de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale; et n° 15 (1979-1980); avis de la commission des affaires sociales. — M. Michel Crucis, rapporteur.]

(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.)

2. — Suite de la discussion du projet de loi pour le développement des responsabilités des collectivités locales. [N°s 187 et 307 (1978-1979). — M. Lionel de Tinguy, rapporteur de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale; n° 333 (1978-1979), avis de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation. — M. Joseph Raybaud, rapporteur; n° 337 (1978-1979), avis de la commission des affaires sociales. — M. Jean Chérioux, rapporteur; et n° 318 (1978-1979), avis de la commission des affaires culturelles. — M. Paul Séramy, rapporteur.]

Discussion du titre V (suite) : coopération intercommunale.

(Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, aucun amendement aux titres V, VI et VII de ce projet de loi n'est plus recevable.)

3. — Discussion des conclusions du rapport de M. Etienne Dailly, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de résolution de MM. Jacques Boyer-Andrivet, Etienne Dailly, André Méric et Maurice Schumann, tendant à modifier l'article 13 du règlement du Sénat. [N°s 447 (1978-1979) et 27 (1979-1980).]

**Délai limite pour le dépôt des amendements
à un projet de loi.**

Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, le délai limite pour le dépôt des amendements au titre II du projet de loi pour le développement des responsabilités des collectivités locales (n° 187, 1978-1979) est fixé au jeudi 25 octobre 1979, à seize heures.

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt-trois heures vingt minutes.)

Le Directeur
du service du compte rendu sténographique,
ANDRÉ BOURGEOT.

NOMINATION DE MEMBRES DE COMMISSIONS PERMANENTES

Dans sa séance du mardi 23 octobre 1979, le Sénat a nommé :

— M. Robert Lacoste pour siéger à la commission des affaires culturelles, en remplacement de Mme Cécile Goldet, démissionnaire ;

— Mme Cécile Goldet pour siéger à la commission des affaires sociales, en remplacement de M. Michel Darras, démissionnaire ;

— M. Michel Darras pour siéger à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, en remplacement de M. Robert Lacoste, démissionnaire.

QUESTIONS ORALES

REMISES A LA PRESIDENCE DU SENAT LE 24 OCTOBRE 1979

(Application des articles 76 à 78 du règlement.)

Extension de l'aide spéciale rurale.

2596. — 24 octobre 1979. — M. Adrien Gouteyron appelle l'attention de M. le Premier ministre sur les effets de l'aide spéciale rurale instituée par un décret du 24 août 1976 afin d'inciter à la création d'emplois dans certaines zones rurales connaissant une situation démographique particulièrement difficile, qui sont bénéfiques dans les cantons où elle s'applique. Il lui demande s'il n'envisage pas d'étendre le bénéfice à des zones rurales qui ne présentent pas les caractéristiques jusqu'à présent requises, mais dont la démographie est néanmoins très fragile.

QUESTIONS ECRITES

REMISES A LA PRESIDENCE DU SENAT LE 24 OCTOBRE 1979

Application des articles 74 et 75 du règlement, ainsi conçus :

« Art. 74. — 1. Tout sénateur qui désire poser une question écrite au Gouvernement en remet le texte au président du Sénat, qui le communique au Gouvernement.

« 2. 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. — 1. 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.

« 2. 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.

« 3. 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. »

Situation de certains personnels des préfectures.

31717. — 24 octobre 1979. — M. Roger Poudonson, se référant à la réponse faite à sa question écrite n° 29675 du 30 mars 1979 (Journal officiel du 14 juin 1979, Débats parlementaires, Sénat), indiquant qu'une étude était en cours à l'inspection générale de l'administration à l'égard de la prise en charge par l'Etat de certains des agents départementaux effectuant des tâches d'Etat, demande à M. le ministre de l'intérieur de lui préciser la nature, les perspectives et les échéances de l'étude précitée.

Renforcement de la sécurité routière.

31718. — 24 octobre 1979. — M. Christian Poncelet demande à M. le ministre de l'intérieur s'il ne lui paraît pas utile d'envisager le renforcement de la sécurité routière par des contrôles systématiques ou périodiques des véhicules accidentés ou anciens. La mise en œuvre de semblables dispositions ne manquerait pas de donner des résultats meilleurs que ceux attendus du relèvement

prochain du taux des contraventions. Ces dernières ont, en effet, pour objet principal de sanctionner une faute déjà réalisée et ne peuvent donc être d'une efficacité suffisante en ce qui concerne la prévention des accidents de la route.

Fonds européen de développement régional : affectation.

31719. — 24 octobre 1979. — M. Raymond Marcellin demande à M. le Premier ministre quelles ont été, au cours du VII^e Plan, les dotations du fonds européen de développement régional utilisées par l'Etat pour les routes dont il a la charge (routes nationales, voies rapides...). Il lui demande de lui indiquer quelles opérations ont bénéficié de cet apport du F.E.D.E.R. en lui précisant les montants affectés à chacune d'elle.

Rentes de réversion et de réversibilité : condition de ressources nécessaires aux majorations.

31720. — 24 octobre 1979. — M. Marcel Souquet expose à M. le secrétaire d'Etat aux anciens combattants que les rentes de réversion et réversibilité servies aux épouses des anciens combattants et victimes de guerre mutualistes tirent leur origine des rentes constituées par ceux-ci dans le cadre des articles 91 à 99 ter du code de la mutualité. Il lui demande que, pour l'attribution des majorations éventuelles afférentes aux rentes de réversion et de réversibilité constituées à compter du 1^{er} janvier 1979, les épouses titulaires de ces rentes ne soient pas soumises à la condition de ressources instituée par l'article 45, paragraphe VI, de la loi de finances pour 1979 (n° 78-1239 du 29 décembre 1978).

Caisses autonomes mutualistes : remboursement des majorations des rentes de réversion et de réversibilité.

31721. — 24 octobre 1979. — M. Marcel Souquet expose à M. le secrétaire d'Etat aux anciens combattants qu'ayant pris connaissance des dispositions de l'article 9 du décret n° 79-239 du 13 mars 1979 qui visent à faire supporter aux caisses autonomes mutualistes une partie des dépenses résultant des majorations légales des rentes viagères, mais se référant par ailleurs au caractère particulier des rentes de réversion et de réversibilité, il lui demande que les caisses autonomes mutualistes soient remboursées intégralement des majorations de rentes de réversion et de réversibilité souscrites à compter du 1^{er} janvier 1979 au profit des épouses des anciens combattants et victimes de guerre mutualistes.

Rentiers mutualistes : bénéfice des majorations.

31722. — 24 octobre 1979. — M. Marcel Souquet expose à M. le secrétaire d'Etat aux anciens combattants que l'article 2 de la loi n° 48-777 du 4 mai 1948 portant majoration des rentes viagères de l'Etat porte préjudice aux mutualistes anciens combattants en les excluant du bénéfice d'une partie de cette majoration. Il lui demande s'il ne conviendrait pas d'abroger le dernier paragraphe de l'article 2 de cette loi afin que les rentiers mutualistes bénéficient intégralement des majorations prévues, et que cette mesure concerne dans un premier temps les rentes mutualistes constituées avant le 1^{er} janvier 1979.

Attribution de bourses aux jeunes reprenant leurs études.

31723. — 24 octobre 1979. — M. Adrien Gouteyron signale à Mme le ministre des universités que les étudiants ayant interrompu leurs études depuis trois ans et qui souhaitent les reprendre se voient refuser l'attribution d'une bourse d'enseignement supérieur. Il lui demande si la réglementation en vigueur conduit à de tels refus, et en cas de réponse positive s'il n'est pas envisagé de la modifier pour que des jeunes qui sont de plus en plus souvent amenés à accepter, lorsqu'il se présente, un emploi qui ne correspond pas forcément aux études qu'ils ont faites ni à leurs aptitudes, aient la possibilité si après avoir travaillé plusieurs années ils se trouvent mis au chômage, de terminer les études qu'ils avaient entreprises avant leur premier emploi.

Situation des propriétaires de véhicules dispensés de vignette.

31724. — 24 octobre 1979. — M. Bernard Legrand appelle l'attention de M. le ministre du budget sur la situation des propriétaires de véhicules acquis entre le 15 août et le 30 novembre qui, dispensés du paiement de la taxe différentielle sur les véhicules à moteur (art. 307 de l'annexe II du code général des impôts, pris en vertu de l'article 1007 de ce code), ne peuvent justifier, faute de l'apposition du timbre fiscal obligatoire sur le pare-brise, de leur situation régulière vis-à-vis de l'administration des finances. La non-observation de cette réglementation (prescrite par les

articles 121 L. et 121 Q de l'annexe IV du code général des impôts) place les intéressés dans une position de « fraudeurs présumés » au regard des services qui ont la charge de s'assurer du respect de la législation en vigueur (police, gendarmerie, etc.). Invités dès lors à justifier, de nombreuses fois dans un laps de temps assez court (trois mois maximum), des raisons de l'absence de vignette, les propriétaires de véhicules en cause assimilent cette procédure à une « contrainte administrative » abusive contre laquelle ils s'élèvent. En conséquence, il lui demande si les dispositions prévues à l'article 121 S de l'annexe IV du code général des impôts qui précisent que « le propriétaire d'un véhicule dispensé ou exonéré de la taxe différentielle ou de la taxe spéciale en raison de sa qualité personnelle », se voit délivrer une « vignette gratuite », utilisée dans les mêmes conditions que la vignette de série normale, ne pourraient pas être étendues aux cas de l'espèce. Cette pratique aurait l'avantage d'éviter que se créent des différends entre contribuables et services chargés du contrôle de l'application correcte de la loi.

Agents non titulaires privés d'emploi : obligations financières des communes.

31725. — 24 octobre 1979. — **M. Paul Girod** rappelle à **M. le ministre de l'intérieur** l'importance des obligations financières des collectivités locales, et tout spécialement des communes rurales, à l'égard des agents non titulaires privés d'emploi. Il lui expose notamment le cas d'un syndicat scolaire groupant quelques petites communes, contraint, en raison de l'indisponibilité prolongée de la femme de service d'une classe enfantine, d'employer temporairement une autre personne, et de verser à celle-ci, au terme de l'engagement, l'indemnisation prévue par les textes. Aussi, lui demande-t-il, sans, bien entendu, remettre en cause les droits du personnel considéré, s'il envisage, dans l'hypothèse ou le régime de protection des salariés du secteur privé ne pourrait faire l'objet d'aucune extension ou adaptation, de prendre des mesures spécifiques susceptibles de remédier à la situation évoquée et, dans la négative, si les communes, par des moyens juridiques appropriés, peuvent se préserver contre le risque financier encouru.

Congé parental : disparité de régime entre secteurs public et privé.

31726. — 24 octobre 1979. — **M. Paul Girod** attire l'attention de **M. le ministre de l'intérieur** sur la différence de situation provoquée par le congé parental suivant que le bénéficiaire est employé d'une entreprise privée ou d'une collectivité locale. Au terme du congé parental, l'entreprise privée qui a engagé, par un contrat à durée déterminée, une autre personne en remplacement ne doit aucune indemnité à celle-ci. Par contre, les collectivités locales sont redevables de l'indemnisation prévue par les textes; elles doivent assurer elles-mêmes le risque chômage par le biais des indemnités compensatrices de perte de salaire au moment où le bénéficiaire du congé réintègre son emploi. Il lui demande quelle mesure il compte prendre pour effacer cette inégalité devant la loi.

« Action culturelle en milieu rural » : affectation des crédits budgétaires.

31727. — 24 octobre 1979. — **M. Jean-Marie Girault** demande à **M. le ministre de la culture et de la communication** de bien vouloir lui faire connaître quelle a été l'affectation du crédit de 2 millions de francs inscrits dans le budget de son ministère pour 1979 à la ligne nouvelle « Action culturelle en milieu rural » ouverte au chapitre 43-01 du titre IV de l'état B, et qui avait été voté dans le but de favoriser l'action culturelle hors des villes dès 1979.

Procédure « timbre-amende » : inconvénients.

31728. — 24 octobre 1979. — **M. Bernard Legrand** signale à **M. le ministre du budget** l'imperfection de la procédure du « timbre-amende » qui permet à un usager, par l'intermédiaire des comptables de la direction générale des impôts, de se libérer du montant de l'infraction relevée à son encontre par les services de police ou de gendarmerie. Bien souvent, en effet, ce timbre se perd et une procédure de poursuites est diligentée, par le parquet, à l'encontre de contrevenant suivant la procédure prévue par les textes réglementant l'amende pénale, étant donné qu'il s'agit d'un titre exécutoire qui autorise le Trésor public à recouvrer le montant de la condamnation par tous moyens. Selon les renseignements recueillis, les réclamations en la matière seraient de beaucoup plus nombreuses que les pertes de courrier imputables ordinairement aux P.T.T. Il estime que le système bute contre la non-oblitération du timbre et de la souche, procédure qui éviterait toute fraude. En conséquence, il lui demande que le « timbre-amende » bénéficie d'un système de contrôle similaire à ceux qui existent pour les tickets de P.M.U. ou du Loto.

REPONSES DES MINISTRES

AUX QUESTIONS ECRITES

ANCIENS COMBATTANTS

Anciens de Rawa Ruska : titre de déportés résistants.

31505. — 9 octobre 1979. — **M. Marcel Souquet** expose à **M. le secrétaire d'Etat aux anciens combattants** la situation de refus concernant la reconnaissance du titre de déportés résistants aux anciens de Rawa Ruska qui se heurtent au fait qu'ils n'ont pas revêtu l'habit rayé. Il lui demande qu'il intervienne afin que la qualité de déporté résistant soit reconnue officiellement par l'Etat compte tenu des souffrances et sévices qu'ils ont endurés.

Réponse. — Le problème de la qualification des prisonniers de guerre transférés à Rawa Ruska, pour activité résistante, a été tranché par la reconnaissance aux intéressés de la qualité d'interné résistant. Pour reconnaître le titre de déporté résistant aux prisonniers de guerre de Rawa Ruska, il faudrait que ce camp puisse être reconnu comme camp de déportation. Or, cette question étudiée à de multiples reprises, notamment par la commission nationale de la déportation, est maintenant définitivement résolue; le Conseil d'Etat s'est prononcé négativement dans deux arrêts (des 5 février 1975 et 22 juillet 1977). Le fonds du problème a d'ailleurs été exposé dans sa plénitude, le 24 juin 1977, au Sénat, par **M. Jacques Sourdille**, alors secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre (Recherche) répondant au nom de **M. Bord** à une question orale de **M. André Méric** (*Journal officiel des débats parlementaires*, Sénat du 25 juin 1977) puis de nouveau, le 17 avril 1979, par **M. Plantier** secrétaire d'Etat aux anciens combattants, en réponse à une question orale de **M. Méric**, sur ce même sujet (*Journal officiel*, débats parlementaires, Sénat du 18 avril 1979).

BUDGET

Dégrèvement d'impositions sur des intérêts moratoires remboursés.

23980. — 19 juillet 1977. — **M. Courrière** demande à **M. le ministre du budget** si le créancier qui a perçu des intérêts moratoires en vertu d'un arrêt de condamnation frappé de pourvoi en cassation et qui a, en conséquence, déclaré lesdits intérêts au titre de ses revenus sera, après cassation de l'arrêt et remboursement desdites sommes, dégrèvement des impositions sur ces revenus. Pour quelle année, celle de la perception ou celle du remboursement. Si le créancier a opté pour le prélèvement libératoire de 33 p. 100, le montant de ce prélèvement lui sera-t-il remboursé.

Réponse. — Dans la situation exposée par l'honorable parlementaire, le créancier d'intérêts moratoires déjà effectivement imposés sous le régime de droit commun prévu aux articles 124, 158-3 et 197 du code général des impôts, est fondé en vertu du principe d'annualité de l'impôt visé à l'article 12 du code précité, à déduire dans sa déclaration des revenus de l'année civile au cours de laquelle aura lieu le reversement, les sommes reversées en exécution de l'arrêt de la Cour de cassation et assimilables à un revenu mobilier négatif. A cet effet, il est dispensé de souscrire une demande spéciale; toutefois il lui est recommandé de joindre une note précisant comment est opérée cette déduction admise par priorité sur des revenus mobiliers positifs de même nature et, ensuite, éventuellement sur d'autres revenus mobiliers puis sur le revenu global dans les conditions prévues à l'article 156-1 du même code. Dans le cas où les intérêts auraient été soumis lors de leur encaissement au prélèvement forfaitaire de 33 1/3 p. 100 (40 p. 100 depuis l'entrée en vigueur de l'article 35 de la loi n° 78-741 du 13 juillet 1978) recouvré par les comptables de la direction générale des impôts, le créancier en cause doit, en produisant toutes justifications utiles et au plus tard le 31 décembre de l'année suivant celle du reversement, informer de ce dernier le directeur des services fiscaux territorialement compétent, afin soit d'être autorisé à imputer une somme égale à l'impôt devenu sans objet sur le prélèvement dû à raison d'intérêts encaissés par lui ultérieurement, soit, à défaut d'imputation possible, d'obtenir la restitution d'une somme égale à l'impôt devenu sans objet.

ECONOMIE

Difficultés de financement des travaux de voirie rurale.

31090. — 1^{er} août 1979. — **M. Michel Moreigne** expose à **M. le ministre de l'économie** que le conseil d'administration de la caisse des collectivités publiques de la Creuse s'est ému des difficultés rencontrées par les collectivités locales qui ont effectué des travaux de voirie rurale dans le cadre du programme du fonds européen

d'orientation et garantie agricole (F.E.O.G.A.), pour obtenir le préfinancement de la subvention de cet organisme. Les conséquences actuelles d'encadrement du crédit ont conduit momentanément la caisse régionale de crédit agricole mutuel de la Creuse à suspendre toutes réalisations nouvelles de prêts sur ressources monétaires, les prêts à court terme d'attente sur subvention F.E.O.G.A. entrant dans cette catégorie, y compris celle des prêts dont les objets sont considérés comme prioritaires. La situation présente entraîne de nombreuses difficultés de trésorerie pour les communes ainsi que pour les sociétés et syndicats chargés des travaux. Il lui signale que l'importance du programme F.E.O.G.A. de chemins ruraux rend nécessaire le financement de la quote-part communale de façon prioritaire. Il lui demande si des mesures seront prises en ce sens.

Réponse. — Il est indiqué à l'honorable parlementaire que la caisse régionale de crédit agricole mutuel de la Creuse a pu, en définitive, assurer le préfinancement par le fonds européen d'orientation et de garantie agricole (F.E.O.G.A.) pour des travaux de voirie rurale.

Risques d'incendie (pratique de certaines compagnies d'assurances.)

31326. — 7 septembre 1979. — **M. Maurice Janetti** attire l'attention de **M. le ministre de l'économie** sur une pratique contestable des compagnies d'assurance couvrant le risque d'incendie. Il observe en effet que lors de la souscription du contrat la présentation du titre de propriété n'est pas exigée de l'assuré, alors que cette formalité est requise lorsque ce dernier, ayant été sinistré, prétend à l'indemnisation. Il lui demande en conséquence de lui préciser les obligations des assurances sur ce point.

Réponse. — Lors de la souscription d'un contrat d'assurance couvrant le risque d'incendie, les divers éléments caractérisant le patrimoine assuré nécessaires à l'établissement du contrat, sont fournis par le souscripteur qui n'est pas forcément le propriétaire du bien. En cas de sinistre, les entreprises d'assurance sont naturellement conduites, avant d'indemniser la victime, à demander la production du titre de propriété relatif au bien sinistré afin de vérifier que l'indemnité est effectivement versée au véritable créancier. Cette exigence est donc parfaitement justifiée et ne paraît pas, en tout état de cause, devoir poser de difficulté particulière pour la victime.

JUSTICE

Taux d'alcoolémie : contrôle préventif.

31296. — 12 septembre 1979. — **M. Paul Girod** attire l'attention de **M. le ministre de l'intérieur** sur les contrôles de l'état d'imprégnation alcoolique dont font l'objet certaines personnes, à leur sortie d'un débit de boissons, alors même qu'elles n'ont pas encore fait démarrer leur véhicule. Les autorités de police ou de gendarmerie se fondent sur les dispositions combinées des articles L. 1^{er}, alinéa 3, et L. 14 du code de la route pour vérifier le taux d'alcoolémie de ces personnes lorsqu'elles ont laissé leur véhicule en stationnement dangereux. L'interprétation qui est ainsi faite des dispositions susvisées risque de permettre de tourner la loi n° 78-732 du 12 juillet 1978 en vertu de laquelle les opérations de dépistage préventif ne peuvent être organisées que sur la route et sous le contrôle de l'autorité judiciaire. En tout état de cause, il est douteux que les contrôles ponctuels qui sont pratiqués à la sortie des débits de boissons soient véritablement fondés en droit depuis qu'à la suite de la loi n° 65-373 du 18 mai 1965 l'article L. 1^{er} du code de la route ne sanctionne plus la tentative de conduite sous l'empire d'un état alcoolique. Dans ces conditions, il lui demande quelles mesures il compte prendre pour éviter les contrôles intempestifs qui ont lieu à la sortie de certains établissements vendant des boissons alcoolisées. (*Question transmise à M. le ministre de la justice.*)

Réponse. — Le garde des sceaux, à qui la présente question écrite a été transmise pour attribution, croit devoir rappeler qu'aux termes de l'article 1^{er} du code de la route, tout auteur présumé de l'une des infractions énumérées à l'article L. 14 du code de la route doit être soumis aux épreuves de dépistage de l'imprégnation alcoolique. La contravention de stationnement dangereux entrant dans cette énumération, les services de police et de gendarmerie ont légalement l'obligation de soumettre l'automobiliste en infraction aux épreuves de dépistage. Bien entendu, l'automobiliste soumis à un tel dépistage n'est susceptible d'être condamné pour infraction de conduite sous l'empire d'un état alcoolique que dans la seule mesure où le ministère public établit qu'il a conduit son véhicule avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal.

Services de l'aide judiciaire : carence dans l'Essonne.

31319. — 15 septembre 1979. — **M. Jean Colin** appelle l'attention de **M. le ministre de la justice** sur l'inadmissible carence des services de l'aide judiciaire du département de l'Essonne, motif pris de ce que, malgré de multiples démarches de sa part, une veuve, mère de trois enfants, ayant demandé à être admise au bénéfice de l'aide judiciaire depuis le mois d'août 1978, n'a encore obtenu ni décision ni même de réponse d'attente à sa demande. Il souhaiterait savoir les mesures qui sont envisagées pour remédier à de semblables dénis de justice.

Réponse. — Le délai moyen d'instruction des dossiers d'aide judiciaire au tribunal de grande instance d'Evry-Corbeil est de deux mois. Il arrive cependant que ce délai soit dépassé ; mais il apparaît que le retard ainsi parfois apporté dans la constitution des dossiers n'est pas dû à un fonctionnement défectueux des services de l'aide judiciaire mais à la négligence de certains demandeurs qui adressent tardivement au parquet ou au bureau d'aide judiciaire les renseignements sollicités lorsque la demande est incomplète. L'affaire signalée semble donc être un cas isolé. L'auteur de la question aurait dès lors avantage à adresser directement à la chancellerie tous renseignements sur cette affaire afin de permettre au ministère de la justice d'examiner attentivement la situation de la personne dont il s'agit et les causes du retard qui aurait été ainsi apporté à l'instruction de son dossier.

Opérations de dépistage de l'alcoolémie : décret d'application.

31494. — 5 octobre 1979. — **M. Henri Caillavet** demande à **M. le ministre de la justice** de bien vouloir lui préciser les raisons pour lesquelles le décret en conseil d'Etat (prévu au paragraphe 3 de la loi n° 78-732 du 12 juillet 1978 tendant à prévenir la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique) qui doit déterminer « les conditions dans lesquelles seront effectuées les opérations de dépistage » n'est toujours pas paru. Plus de quatorze mois après le vote hâtif d'une loi présentée au Parlement comme une nécessité absolue dans le cadre de la politique de sécurité routière, n'est-il pas surprenant que les pouvoirs publics n'aient pas les moyens de leur politique ? Une éventuelle réponse consistant à faire reposer l'absence de décret sur l'impossibilité actuelle de trouver des alcootests fiables pourrait alors justifier l'incapacité de faire appliquer cette loi. Dans ces conditions ne serait-il pas plus raisonnable de reviser la loi du 12 juillet 1978 puisque celle-ci, votée sur la base de statistiques présentées comme inquiétantes, n'a plus aujourd'hui de supports numériques crédibles, faute de pouvoir être appliquée et contrôlée ?

Réponse. — Ainsi que cela a été précisé à l'occasion de la réponse à une question écrite n° 28204 du 8 novembre 1978 (cf. *Journal officiel*, Sénat du 18 décembre 1978, page 4938), le décret en conseil d'Etat prévu par le paragraphe IV de l'article L. 1^{er} du code de la route, tel qu'il résulte de la loi n° 78-732 du 12 juillet 1978, a pour objet de fixer les modalités d'utilisation des nouveaux appareils permettant de déterminer le taux d'alcool par l'analyse de l'air expiré. Ces appareils devant être conformes à un type homologué, il n'est évidemment pas possible de préparer et de publier le décret avant que ne soient définies les conditions et les modalités de l'homologation. Une commission technique, composée de professeurs de médecine, de scientifiques, de fonctionnaires et de magistrats prépare actuellement le cahier des charges relatif à l'homologation des appareils analyseurs d'haleine. Ce cahier des charges sera publié en annexe de l'arrêté définissant les conditions et modalités de l'homologation. Le décret d'application de l'article L. 1, paragraphe IV du code de la route interviendra donc après cet arrêté. La date de sa publication ne peut encore être exactement précisée, mais la commission technique va terminer prochainement ses travaux. En tout état de cause les opérations de dépistage de l'imprégnation alcoolique ne sont pas subordonnées à l'introduction des nouveaux appareils. Conformément aux instructions qui ont été données, un contrôle est organisé au moins une fois par mois dans chaque département, sauf cas particulier. Cette action préventive a porté ses fruits puisque le nombre de personnes conduisant en état d'imprégnation alcoolique a décliné dans de fortes proportions d'après toutes les constatations qui ont été faites.

POSTES ET TELECOMMUNICATIONS

Uniformisation de la taxe téléphonique en Ile-de-France.

31448. — 2 octobre 1979. — **M. Bernard Hugo** expose à **M. le secrétaire d'Etat aux postes et télécommunications** que la désindustrialisation de Paris et la construction de villes nouvelles ont entraîné depuis plusieurs années une mutation importante de popu-

lation et par là même des frais supplémentaires de tous ordres pour ces nouveaux arrivants dans la Grande Couronne. Il attire tout particulièrement son attention sur le montant des notes téléphoniques de ces nouvelles populations ayant gardé des attaches avec Paris. Il lui demande s'il ne serait pas possible d'envisager l'instauration d'une taxe locale unique (égale à celle de Paris) pour l'ensemble de la région Ile-de-France, la réduction des recettes étant alors très rapidement compensée par un trafic beaucoup plus important émanant des entreprises et des particuliers.

Réponse. — La question posée soulève deux problèmes, l'un de principe et l'autre de fait. Au plan des principes, je souligne tout d'abord que les conditions dans lesquelles s'effectue la taxation sont fonction de l'organisation du réseau téléphonique, laquelle est conçue à partir de considérations exclusivement techniques et ne permet qu'exceptionnellement la prise en compte des courants privilégiés de trafic, voire de l'existence de limites administratives ou d'affinités économiques. J'observe par ailleurs qu'une conception tendant à étendre le bénéfice du tarif minimum au plus grand nombre possible de communications conduirait, afin de maintenir le niveau des recettes, à augmenter pour tous les abonnés ce tarif minimum. Au cas particulier, je note que le caractère spécifique de la région d'Ile-de-France a été depuis longtemps largement pris en considération puisque le décret n° 64-622 du 14 mai 1964 a institué, en accord avec la délégation générale du district de la région de Paris, un régime particulier de taxation des communications téléphoniques dans la région parisienne très favorable par rapport à celui des grandes villes de province. Dans ce cadre, ont été créées autour de Paris deux zones de taxation concentriques bénéficiant d'une tarification avantageuse avec la capitale. Cette situation privilégiée a été maintenue après la création des villes nouvelles malgré l'extension considérable, par rapport à 1964, du nombre de ses bénéficiaires. Il est difficilement concevable d'aller plus loin dans ce sens et d'envisager avant l'introduction, comme dans plusieurs pays européens, de la taxation à la durée pour les communications de circonscription, la création d'une zone à l'intérieur de laquelle près du tiers des abonnés français pourraient échanger, moyennant 0,50 franc, des conversations téléphoniques de durée illimitée.

TRANSPORTS

Ligne ferroviaire Felletin—Ussel : fermeture éventuelle.

30487. — 31 mai 1979. — **M. Jacques Coudert** attire l'attention de **M. le ministre des transports** sur les menaces qui pèsent actuellement sur le service voyageurs de la ligne S. N. C. F. entre Felletin et Ussel. Il apparaît en effet que la société nationale envisage de fermer cette ligne ferroviaire. La suppression de cette ligne serait particulièrement mal venue à un moment où le Gouvernement est, à juste titre, préoccupé par la crise du pétrole et où le train, beaucoup moins vorace en énergie que l'automobile, pourrait se révéler le moyen de transport essentiel en cas de pénurie de carburant. Aussi lui demande-t-il quel est l'état d'avancement de ce projet. Et dans l'hypothèse où ces informations seraient fondées, il lui demande de bien vouloir s'opposer à la fermeture de la ligne ferroviaire Felletin—Ussel qui entraînerait des conséquences très graves pour la vie économique et sociale de ces départements.

Réponse. — L'article 7 du contrat d'entreprise conclu entre la S. N. C. F. et l'Etat pour la période 1979-1980 dispose, pour les services omnibus, que la « S. N. C. F. prendra librement toutes mesures destinées à assurer une meilleure adaptation du service aux besoins ou à réduire les coûts de fonctionnement » et que « elle pourra librement procéder au transfert sur route (éventuellement à la suppression) de l'ensemble des services d'une ligne dans les cas où le coût est disproportionné au service rendu ». C'est dans ces conditions qu'a été étudié par la S. N. C. F. le transfert sur route du service ferroviaire exploité entre Felletin et Ussel. Le déficit de ce service a atteint 3 774 000 francs en 1978 ; le rapport dépenses/recettes, supérieur à 36, est le plus élevé de tous les services omnibus ; le déficit au voyageur-kilomètre dépasse 7 francs. Dès le mois de juin, la société nationale a contacté les maires des communes concernées afin d'examiner avec eux la consistance du service routier de remplacement en fonction des objectifs du schéma régional de transport. Ces réunions préliminaires ont permis de mettre en place un service routier de qualité améliorant nettement la desserte de cette région. C'est ainsi que trois aller-retour quotidiens ont été créés afin d'offrir aux usagers des possibilités de déplacement dans la demi-journée. Un aller et retour supplémentaire a été mis en marche les lundis, vendredis et dimanches, en période scolaire, et de nouveaux points d'arrêt sont desservis au centre des localités de Felletin, de La Courtine, de Saint-Rémy et d'Ussel, ainsi qu'au lieu-dit Le Tarderon. Par ailleurs, la section de ligne La

Courtine—Ussel reste ouverte aux marchandises, ce qui permet également d'acheminer des trains spéciaux « militaires » vers le camp de La Courtine. L'économie réalisée par ce transfert sur route bénéficiera à l'établissement public régional, conformément à sa demande, au titre du décret expérimental de 1977 sur la décentralisation des transports collectifs. L'Etat reversera ainsi à la région une somme estimée à 3 300 000 francs environ, aux conditions économiques de 1979. Cette économie servira notamment à prendre en charge la dépense supplémentaire résultant du classement de l'itinéraire routier en catégorie S1 en raison du climat rigoureux de cette région. Le coût des moyens supplémentaires en matériel et en personnel pour cette opération a été chiffré à 200 000 francs. Enfin, un aller-retour Felletin—Montluçon, permettant d'assurer de nouvelles liaisons vers Paris, a été créé, conformément aux souhaits des autorités régionales, en remplacement de l'aller-retour Felletin—Guéret prévu dans le schéma régional des transports. Ce service fonctionne dans l'horaire suivant : Felletin 8 h 17 — Montluçon 9 h 38 (correspondance avec le train n° 4606 arrivant à Paris à 12 h 35) ; Montluçon 16 h 08 — Felletin 17 h 29 (correspondance avec le train n° 4605 partant de Paris à 12 h 35). De plus, ces circulations desservent au passage Aubusson-Lavareix et Busseau.

Région du Limousin : suppression de lignes ferroviaires.

30718. — 19 juin 1979. — **M. Michel Moreigne** expose à **M. le ministre des transports** que le rapport Guillaumat, sous couvert de rentabilité, entraînera la suppression des lignes suivantes de la région limousine : Busseau-sur-Creuse—Ussel, Meymac—Eymoutiers, Eygurande—Merlines—Montluçon ; la date du 1^{er} octobre 1979 est arrêtée pour la fermeture de Felletin—Ussel. Cette décision est grave et la situation créée serait irréversible. La fermeture de ces lignes aurait de graves conséquences sur l'économie de la région et entraînerait : des difficultés dans les relations avec les centres commerciaux, hospitaliers, administratifs ; des difficultés pour les enfants fréquentant les écoles de Felletin et d'Aubusson ; des difficultés pour les militaires du camp de La Courtine ; des difficultés supplémentaires pour les habitants en période hivernale lorsque les routes sont dangereuses ; des difficultés accrues pour les entreprises, les marchands de bois, les agriculteurs, qui s'approvisionnent ou expédient par le rail. La situation de l'emploi est très critique dans cette région, la fermeture des lignes S. N. C. F. entraînerait de plus la perte de nombreux emplois : cheminots, ouvriers des entreprises travaillant pour la S. N. C. F. Avec la perspective d'une crise du pétrole, le pays et cette région ont intérêt à conserver leurs relations ferroviaires. Il lui demande de bien vouloir étudier les moyens permettant de maintenir ce service public en fonctionnement.

Réponse. — Le rapport Guillaumat ne constitue en rien un plan d'action du Gouvernement. Cette étude avait été demandée par le Premier ministre et avait pour objet de dégager un certain nombre d'orientations pour les années 1990 en matière de coordination des moyens de transports intérieurs. Ce rapport présente l'avantage de mettre en lumière les conséquences qu'entraîne la faible utilisation de certaines installations. Cependant, il ne propose aucune action systématique : il suggère, au contraire, de différencier les moyens mis en œuvre pour exploiter le capital considérable que constitue le réseau ferré. Par contre, le contrat d'entreprise conclu en l'Etat et la S. N. C. F. a pour but de préciser, pour la période 1979-1982, les relations entre les pouvoirs publics et la société nationale, sans remettre en cause la convention du 31 août 1937 et ses avenants. Son objectif prioritaire est de créer les conditions du rétablissement de l'équilibre financier de la S. N. C. F. Ainsi pour les services omnibus, l'article 7 du contrat d'entreprise prévoit que « la S. N. C. F. prendra librement toutes mesures destinées à assurer une meilleure adaptation du service aux besoins ou à réduire les coûts de fonctionnement » et que « elle pourra librement procéder au transfert sur route, éventuellement à la suppression, de l'ensemble des services d'une ligne dans les cas où le coût est disproportionné au service rendu ». C'est dans ces conditions qu'a été étudié par la S. N. C. F. le transfert sur route du service ferroviaire exploité entre Felletin et Ussel. Le déficit de ce service a atteint 3 774 000 francs en 1978 ; le rapport dépenses/recettes, supérieur à trente-six, est le plus élevé de tous les services omnibus ; le déficit au voyageur-kilomètre dépasse 7 francs. Dès le mois de juin, la société nationale a contacté les maires des communes concernées afin d'examiner avec eux la consistance du service routier de remplacement en fonction des objectifs du schéma régional de transport. Ces réunions préliminaires ont permis de mettre en place un service routier de qualité améliorant nettement la desserte de cette région. C'est ainsi que trois aller-retour quotidiens ont été créés afin d'offrir aux usagers des possibilités de déplacement dans la demi-journée. De plus, un aller et retour supplémentaire a été mis en marche les lundis, vendredis et dimanches, en période scolaire, et de nouveaux points d'arrêt sont desservis au centre des localités de Felletin, de

La Courtine, de Saint-Rémy et d'Ussel, ainsi qu'au lieudit « Le Tarderon ». Par ailleurs, la section de ligne La Courtine—Ussel reste ouverte aux marchandises, ce qui permet également d'acheminer des trains spéciaux « militaires » vers le camp de La Courtine. L'économie réalisée par ce transfert sur route bénéficiera à l'établissement public régional, conformément à sa demande, au titre du décret expérimental de 1977 sur la décentralisation des transports collectifs. L'Etat reversera ainsi à la région, une somme estimée à 3 300 000 francs environ, aux conditions économiques de 1979. Cette économie servira notamment à prendre en charge la dépense supplémentaire résultant du classement de l'itinéraire routier en catégorie S1 en raison du climat rigoureux de cette région. Le coût des moyens supplémentaires en matériel et en personnel pour cette opération a été chiffré à 200 000 francs environ en 1977. Enfin, un aller-retour Felletin—Montluçon, permettant d'assurer de nouvelles liaisons vers Paris, a été créé, conformément aux souhaits des autorités régionales, en remplacement de l'aller-retour Felletin—Guéret prévu dans le schéma régional des transports. Ce service fonctionne dans l'horaire suivant : Felletin 8 h 17 - Montluçon 9 h 38 (correspondance avec le train 4606 arrivant à Paris à 12 h 35) ; Montluçon 16 h 08 - Felletin 17 h 29 (correspondance avec le train 4605 partant de Paris à 12 h 35). De plus, ces circulations desservent au passage Aubusson, Lavareix et Busseau.

Avantages accordés aux veuves de l'armée de l'air.

31020. — 21 juillet 1979. — **M. Jean Francou** attire l'attention de **M. le ministre des transports** sur les difficultés que rencontrent les veuves d'officiers de l'armée de l'air et leurs enfants qui ne peuvent bénéficier des avantages accordés aux familles de militaires en activité, à savoir une réduction de 30 p. 100 consentie par les compagnies aériennes. Il lui demande en conséquence si cette mesure ne pourrait s'étendre aux veuves de l'armée de l'air et aux orphelins.

Réponse. — Une réduction tarifaire de 30 p. 100 sur les lignes aériennes est accordée aux familles des militaires en raison de la mobilité liée à leur mission. Elle est en conséquence limitée aux temps d'activité des bénéficiaires et ne saurait s'étendre à leurs épouses devenues veuves. Les compagnies aériennes, au cours des dernières années, ont poursuivi en revanche une politique de réductions tarifaires qui permet à un nombre de plus en plus grand de voyageurs d'utiliser ce mode de transport dans les meilleures conditions financières possibles.

Réalisation éventuelle d'un super-Concorde.

31231. — 30 août 1979. — **M. Roger Poudonson** appelle l'attention de **M. le ministre des transports** sur les informations récemment parues dans la presse (*Le Point*, n° 360, du 13 août 1979), évoquant la réalisation par le Royaume Uni, avec les Etats-Unis, d'un super-Concorde de deux cent cinquante places, réalisation qui serait de nature à s'inscrire dans une perspective nouvelle par rapport au développement de la coopération européenne. Il lui demande de lui préciser si ces informations sont exactes et, dans cette hypothèse, la suite que le Gouvernement français envisage de leur réserver.

Réponse. — L'information, diffusée par la presse, selon laquelle le Royaume-Uni envisagerait de réaliser, en coopération avec les Etats-Unis, un super-Concorde de deux cent cinquante places, apparaît dénuée de tout fondement. Du côté américain en effet, s'il est vrai que les principaux constructeurs poursuivent, grâce à des financements de la Nasa, l'étude des technologies de base applicables à un avion de transport supersonique de deuxième génération, il s'agit là d'un effort limité sans commune mesure avec les travaux qui devraient être entrepris pour lancer le développement en vraie grandeur d'un tel appareil. Au cours de sa rencontre avec **M. Le Theule** le 21 septembre dernier, **M. Adam Butler**, ministre de l'industrie du Royaume-Uni, a, d'autre part, fait état de l'intention du Gouvernement britannique de ne financer aucune recherche dans ce domaine.

Assistance en haute mer : affectation de remorqueurs à la marine nationale.

31289. — 8 septembre 1979. — **M. Michel Chauty** expose à **M. le Premier ministre** que la mission de la mer vient de faire savoir qu'un groupe de remorqueurs de haute mer vient d'être mis à la disposition de la marine nationale pour lui permettre d'assurer ses missions d'assistance. Il aimerait savoir quels ont été les procédés d'affrètement utilisés, le coût annuel de l'opération aux différents niveaux d'affrètement et la charge budgétaire qui en résulte pour la marine nationale et, également, pourquoi les chantiers français

n'ont toujours pas reçu des commandes pour la construction de quatre navires équivalents, la solution actuelle ne pouvant être que provisoire et inadaptée financièrement. (*Question transmise à M. le ministre des transports.*)

Réponse. — Le comité interministériel de la mer du 27 février 1979 a décidé d'assurer dès 1979 une permanence de trois remorqueurs sur les façades maritimes métropolitaines et de louer à cette fin deux navires en sus de celui qui opérait déjà dans la zone d'Ouessant. La marine nationale a passé contrat avec la société Les Abeilles International et C° (L.A.I.C.), du groupe Progemar, qui armera les trois remorqueurs qui seront en permanence à la disposition des préfets maritimes de Cherbourg, Brest et Toulon. La proposition de Progemar a été retenue à l'issue d'une consultation de toutes les entreprises françaises et étrangères susceptibles d'être intéressées, car elle était la seule à répondre de façon satisfaisante aux exigences de la marine nationale et de la marine marchande : exigences techniques : puissance des remorqueurs et fiabilité du matériel par tout temps ; exigences de permanence : le groupe Progemar-Les Abeilles a été le seul à apporter une solution satisfaisante au problème de l'indisponibilité de l'un des trois remorqueurs ; exigence de nationalité : compte tenu de la nature des missions à accomplir, il a paru nécessaire que les navires puissent intervenir sous pavillon français. A cela, on peut ajouter l'importance de l'expérience acquise en 1978 par cette société qui assurait déjà une telle mission à Brest, à la satisfaction de la marine nationale. Enfin, il est apparu préférable de ne traiter qu'avec une seule entreprise et cela autant pour limiter le coût global de l'opération que pour circonscrire les responsabilités en cas de défaillance ou d'accident. Le coût annuel de la mise en œuvre de ces trois remorqueurs et d'un remorqueur de remplacement pendant les arrêts techniques des premiers est de 54 millions de francs, dont plus de la moitié provient de la location en coque nue de deux remorqueurs étrangers très puissants (160 tonnes de traction) sans équivalents en France. Le comité interministériel a également chargé la mission interministérielle de la mer d'étudier en liaison avec les ministères intéressés les conditions dans lesquelles il sera possible de se doter à plus long terme de remorqueurs de haute mer dans une perspective de moindre coût. Les études portent tant sur les caractéristiques générales des navires que sur leurs modalités d'exploitation. Sans attendre l'aboutissement de ces études, l'attention des chantiers navals français a été attirée sur l'intérêt de pouvoir présenter, dès 1980, des propositions techniques et commerciales détaillées. Compte tenu du manque d'expérience des chantiers français en matière de construction de gros remorqueurs, un groupe de travail étudie les problèmes de conception de ce type de navire.

UNIVERSITES

Régime des bourses d'enseignement supérieur.

31102. — 4 août 1979. — **M. Noël Berrier** expose à **Mme le ministre des universités** que, jusqu'à ce jour, le régime des bourses d'enseignement supérieur prévoyait une possibilité de redoublement pour les étudiants sérieux et qui échouaient à un examen avec des notes honorables. Il rappelle, d'autre part, que les candidats aux concours (C.A.P.E.S., agrégation) bénéficiaient d'un redoublement automatique sur proposition favorable du jury. Or, il apparaît que ces redoublements seront limités en 1979-1980 à quelques cas exceptionnels. Cette mesure risque de pénaliser fortement les étudiants méritants, qui se trouveront dans l'impossibilité de poursuivre leurs études. Il lui demande en conséquence : 1° de bien vouloir lui faire savoir quelles raisons ont été à l'origine de cette décision ; 2° de ne pas amputer les crédits délégués à cet effet afin de maintenir les dispositions existantes.

Réponse. — Le maintien d'une bourse à un étudiant redoublant ne peut être qu'une dérogation de caractère tout à fait exceptionnel accordée par le recteur d'académie. Par ailleurs, les dispositions permettant le renouvellement des bourses allouées pour la préparation du C.A.P.E.S. et de l'agrégation ont été fixées par le décret n° 66-595 du 15 juin 1956. Ces bourses, attribuées pour une année, peuvent être reconduites pour une deuxième année après du président du jury sur la valeur du candidat et pour une troisième année si celui-ci a été déclaré admissible.

Erratum

à la suite de la séance du 11 octobre 1979 (*Journal officiel du 12 octobre 1979, Débats parlementaires, Sénat*).

Page 3205, 1^{re} colonne, question écrite n° 31553 de **M. André Méric** à **M. le ministre du budget** : à la 2^e ligne : au lieu de : « le décret n° 71-812 », lire : « le décret n° 71-862 ».

ANNEXE AU PROCES-VERBAL

DE LA

séance du mercredi 24 octobre 1979.

SCRUTIN (N°11)

Sur l'amendement n° 9 de M. Pierre Gamboa et l'amendement n° 15 de M. Jacques Bialski tendant à supprimer l'article 2 du projet de loi relatif aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Nombre des votants.....	289
Nombre des suffrages exprimés.....	289
Majorité absolue des suffrages exprimés.....	145
Pour l'adoption	99
Contre	190

Le Sénat n'a pas adopté.

Ont voté pour :

MM.

Henri Agarande.
Charles Alliès.
Antoine Andrieux.
André Barroux.
Mme Marie-Claude
Beaudeau.
Gilbert Belin.
Jean Béranger.
Noël Berrier.
Jacques Bialski.
Mme Danielle Bidard.
René Billères.
Auguste Billiemaz.
Serge Boucheny.
Marcel Brégégère.
Louis Brives.
Jacques Carat.
Marcel Champetx.
René Chazelle.
Bernard Chochoy.
Félix Ciccolini.
Raymond Courrière.
Georges Dagonia.
Michel Darras.
Marcel Debarge.
Emile Didier.
Henri Duffaut.
Raymond Dumont.
Guy Durbec.
Emile Durieux.
Jacques Eberhard.
Léon Eckhoutte.
Gérard Ehlers.
Jean Filippi.

Claude Fuzier.
Pierre Gamboa.
Jean Garcia.
Marcel Gargar.
Jean Geoffroy.
François Giacobbi.
Mme Cécile Goldet.
Roland Grimaldi.
Robert Guillaume.
Bernard Hugo.
Maurice Janetti.
Paul Jargot.
Maxime Javelly.
André Jouany.
Robert Lacoste.
Tony Larue.
Robert Laucournet.
France Lechenault.
Charles Lederman.
Fernand Lefort.
Anicet Le Pors.
Louis Longueue.
Mme Hélène Luc.
Philippe Machefer.
Pierre Marcihacy.
James Marson.
Marcel Mathy.
Jean Mercier.
André Méric.
Louis Minetti.
Gérard Minvielle.
Paul Mistral.
Josy Moinet.
Michel Moreigne.

Jean Nayrou.
Pierre Noé.
Jean Ooghe.
Bernard Parmantier.
Albert Pen.
Jean Péridier.
Mme Roland
Perlican.
Louis Perrein (Val-
d'Oise).
Hubert Peyou.
Maurice Pic.
Edgard Pisani.
Robert Pontillon.
Roger Quilliot.
Mlle Irma Rapuzzi.
Roger Rinchet.
Marcel Rosette.
Guy Schmaus.
Robert Schwint.
Abel Sempé.
Edouard Sérusclat.
Edouard Soldani.
Marcel Souquet.
Georges Spénale.
Edgar Tailhades.
Pierre Tajan.
Henri Tournan.
Camille Vallin.
Jean Varlet.
Maurice Vérillon.
Jacques Verneuil.
Hector Viron.
Emile Vivier.

Ont voté contre :

MM.

Michel d'Aillières.
Jean Amelin.
Hubert d'Andigné.
Jean de Bagneux.
Octave Bajoux.
René Ballayer.
Bernard Barbier.
Armand Bastit
Saint-Martin.
Charles Beaupetit.
Jean Bénard
Mousseaux.
Georges Berchet.
André Bettencourt.
Jean-Pierre Blanc.
Maurice Blin.
André Bohl.
Roger Boileau.
Edouard Bonnefous.
Eugène Bonnet.

Jacques Bordeneuve.
Roland Boscary-
Monsservin.
Charles Bosson.
Jean-Marie Bouloux.
Pierre Bouneau.
Amédée Bouquerel.
Raymond Bourguin.
Philippe de Bourgoing.
Raymond Bouvier.
Louis Boyer.
Jacques Boyer-
Andrivet.
Jacques Braconnier.
Raymond Brun.
Henri Caillavet.
Michel Caldaguès.
Jean-Pierre
Cantegrit.
Pierre Carous.

Jean Cauchon.
Pierre Ceccaldi-
Pavard.
Jean Chamant.
Jacques Chaumont.
Michel Chauty.
Adolphe Chauvin.
Jean Chérioux.
Lionel Cherrier.
Auguste Chupin.
Jear Cluzel.
Jean Colin.
Francisque Collomb.
Georges Constant.
Jacques Coudert.
Auguste Cousin.
Pierre Croze.
Michel Crucis.
Charles de Cuttoli.
Etienne Dailly.

Jean David.
Jacques Descours
Desacres.
Jean Desmarests.
Gilbert Devèze.
François Dubanchet.
Hector Dubois.
Charles Durand
(Cher).
Yves Durand
(Vendée).
Yves Estève.
Charles Ferrant.
Maurice Fontaine.
Louis de la Forest.
Marcel Fortier.
André Fosset.
Jean-Pierre Fourcade.
Jean Francou.
Henri Fréville.
Lucien Gautier.
Jacques Genton.
Alfred Gérin.
Michel Giraud (Val-
de-Marne).
Jean-Marie Girault
(Calvados).
Paul Girod (Aisne).
Henri Goetschy.
Adrien Gouteyron.
Jean Gravier.
Mme Brigitte Gros.
Paul Guillard.
Paul Guillaumot.
Jacques Habert.
Jean-Paul Hammann.
Baudouin de
Hautecloque.
Jacques Henriot.
Marcel Henry.
Gustave Héon.
Rémi Herment.
Marc Jaquet.
René Jager.
Pierre Jeambrun.
Pierre Jourdan.
Léon Jozeau-Marigné.
Louis Jung.
Paul Kaus.
Michel Labéguerie.
Pierre Labonde.

Christian de La Malène.
Jacques Larché.
Jean Lecanuet.
Modeste Legouez.
Bernard Legrand.
Edouard Le Jeune.
(Finistère).
Max Lejeune
(Somme).
Marcel Lemaire.
Bernard Lemarié.
Louis Le Montagner.
Charles-Edmond
Lenglet.
Roger Lise.
Georges Lombard.
Pierre Louvot.
Roland du Luart.
Marcel Lucotte.
Paul Malassagne.
Kléber Malécot.
Raymond Marcellin.
Hubert Martin (Meur-
the-et-Moselle).
Louis Martin (Loire).
Pierre Marzin.
Serge Mathieu.
Michel Maurice-
Bokanowski.
Jacques Ménard.
Jean Mézard.
Daniel Millaud.
Michel Miroudot.
Claude Mont.
Geoffroy de Monta-
lembert.
Henri Moreau (Cha-
rente-Maritime).
Roger Moreau (Indre-
et-Loire).
André Morice.
Jacques Mossion.
Jean Natali.
Henri Olivier.
Paul d'Ornano.
Louis Orvoen.
Dominique Pado.
Francis Palmero.
Gaston Pams.
Sosefo Makape
Papilio.

Guy Pascaud.
Charles Pasqua.
Bernard Pellarin.
Guy Petit.
Paul Pillet.
Jean-François Pintat.
Christian Poncelet.
Roger Poudonson.
Richard Pouille.
Maurice PrévotEAU.
François Prigent.
André Rabineau.
Jean-Marie Rausch.
Joseph Rapaud.
Georges Repiquet.
Paul Ribeyre.
Guy Robert.
Victor Robini.
Eugène Romani.
Roger Romani.
Jules Roujon.
Marcel Rudloff.
Roland Ruet.
Pierre Sallenave.
Pierre Salvi.
Jean Sauvage.
Pierre Schiélé.
François Schleiter.
Robert Schmitt.
Paul Séramy.
Albert Sirgue.
Michel Sordel.
Pierre-Christian
Taittinger.
Bernard Talon.
Jacques Thyraud.
René Tinant.
Lionel de Tinguy.
René Touzet.
René Traverset.
Georges Treille.
Raoul Vadepied.
Edmond Valcin.
Pierre Vallon.
Jean-Louis Vigier.
Louis Virapoullé.
Albert Volquin.
Frédéric Wirth.
Joseph Yvon.
Charles Zwickert.

N'a pas pris part au vote :

M. Hamadou Barkat Gourat.

Absents par congé :

MM. Léon-Jean Grégory et Pierre Perrin.

N'ont pas pris part au vote :

M. Alain Poher, président du Sénat, et M. Maurice Schumann, qui présidait la séance.

A délégué son droit de vote :

(Art. 63 et 64 du règlement.)

Mlle Irma Rapuzzi à M. Franck Sérusclat.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre des votants.....	289
Nombre des suffrages exprimés.....	289
Majorité absolue des suffrages exprimés.....	145
Pour l'adoption	100
Contre	189

Mais, après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste de scrutin ci-dessus.