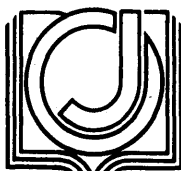


SÉNAT

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION,
RÉDACTION ET ADMINISTRATION
26, rue Desaix, 75727 Paris CEDEX 15.



TÉLÉPHONE :
Rens. (1) 45-75-62-31 Adm. (1) 45-78-61-39
TELEX 201176 F DIR JO PARIS

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1986-1987

COMPTE RENDU INTÉGRAL

26^e SÉANCE

Séance du jeudi 21 mai 1987

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN CHÉRIOUX

1. **Procès-verbal** (p. 1165).
2. **Etablissements d'hospitalisation et équipement sanitaire.** - Discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (p. 1165).

Discussion générale : Mme Michèle Barzach, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille ; Charles Descours, rapporteur de la commission des affaires sociales.

Exception d'irrecevabilité (p. 1170)

Motion n° 2 de M. André Méric. - M. Marc Bœuf.

3. **Souhaits de bienvenue à une délégation parlementaire de la République indienne** (p. 1173).
4. **Etablissements d'hospitalisation et équipement sanitaire.** - Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (p. 1173).

Exception d'irrecevabilité (*suite*) (p. 1173)

Motion n° 2 de M. André Méric (*Suite*). - M. le rapporteur. - Rejet.

Question préalable (p. 1173)

Motion n° 1 de Mme Hélène Luc. - Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, M. le rapporteur. - Rejet au scrutin public :

Discussion générale (*suite*) (p. 1176)

Mmes Marie-Claude Beaudeau, Hélène Luc.

Suspension et reprise de la séance (p. 1179)

PRÉSIDENTE DE M. ÉTIENNE DAILLY

5. **Dépôt de questions orales avec débat** (p. 1179).
6. **Retrait d'une question orale avec débat** (p. 1180).
7. **Conférence des présidents** (p. 1180).
M. le président, Mme Marie-Claude Beaudeau.
8. **Etablissements d'hospitalisation et équipement sanitaire.** - Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (p. 1181).

Discussion générale (*suite*) : MM. Franck Sérusclat, Alphonse Arzel, Henri Belcour, François Delga, Pierre-Christian Taittinger, Guy Penne, Mme Nelly Rodi, M. Georges Benedetti.

Clôture de la discussion générale.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales, Mme le ministre.

Article additionnel (p. 1197)

Amendement n° 87 de M. Paul Souffrin. - Mme Marie-Claude Beaudeau, M. le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Article 1^{er} (p. 1197)

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis.

Amendements nos 21, 22, 23 rectifié, 24 à 31, 82 de M. André Méric, 88 de M. Paul Souffrin, 3 et 4 de la commission. - M. Franck Sérusclat, Mme Marie-Claude Beaudeau, M. le rapporteur, Mme le ministre, M. Guy Penne. - Retrait de l'amendement n° 29 ; rejet des amendements nos 21, 88, 22, 24, 25 et 30 ; adoption des amendements nos 3 et 4.

M. le président de la commission.

Adoption de l'article modifié.

M. le président.

Article 2 (p. 1204)

Amendements nos 32 de M. André Méric et 89 de M. Paul Souffrin. - M. Franck Sérusclat, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, M. le rapporteur, Mme le ministre, MM. Emmanuel Hamel, Henri Collard. - Rejet.

Article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 (p. 1207).

Amendements nos 33, 35 rectifié, 36, 37 de M. André Méric, 96 de M. Henri Collard, 18 rectifié et 19 rectifié de M. Pierre-Christian Taittinger. - MM. Franck Sérusclat, Henri Collard, le rapporteur, Mme le ministre, MM. Guy Penne, Pierre-Christian Taittinger. - Retrait des amendements nos 36, 18 rectifié et modifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 1210)

9. **Candidatures à un organisme extraparlamentaire** (p. 1210)
10. **Etablissements d'hospitalisation et équipement sanitaire.** - Suite de la discussion et adoption d'un projet de loi déclaré d'urgence (p. 1210).

Article 2 (suite) (p. 1210)

Art. 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 (suite) (p. 1210)

Amendements nos 83 et 84 rectifiés de M. Claude Huriet, 5 de la commission, 6 rectifié *ter* de la commission et sous-amendement n° 98 du Gouvernement ; amendements nos 38 rectifié, 34 rectifié *bis*, 40 rectifié *bis*, 39 rectifié, 41, 42 rectifié, 43 à 47 de M. André Méric, 16 rectifié de la commission et 97 du Gouvernement. - MM. Pierre Lacour, le rapporteur, Mme le ministre, MM. Georges Benedetti, Guy Penne, Franck Sérusclat, le président de la commission, Jean Chérioux. - Retrait des amendements nos 83 rectifié, 34 rectifié *bis*, 41, 45, 46, 84 rectifié, 47, 96, 38 rectifié et du sous-amendement n° 98 ; rejet des amendements nos 33, 35 rectifié, 37, 40 rectifié *bis*, 39 rectifié et 44 ; adoption des amendements nos 5, 6 rectifié *ter*, 42 rectifié, 43, 16 rectifié et 97.

Adoption de l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, modifié.

Art. 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 (p. 1218)

Amendements nos 48, 51, 52, 54 à 56 de M. André Méric, 7 à 9 de la commission et 85 rectifié *ter* de M. Claude Huriet. - MM. Franck Sérusclat, le rapporteur, le ministre, Guy Penne, Pierre Lacour. - Retrait de l'amendement n° 56 ; rejet des amendements nos 48, 51, 52 et 55 ; adoption des amendements nos 8, 7, 9, 54 et 85 rectifié *ter*.

M. le président de la commission.

Adoption de l'article de la loi du 31 décembre 1970, modifié.

Art. 20-4 de la loi 31 décembre 1970 (p. 1222)

Amendement n° 90 de M. Paul Souffrin. - MM. Robert Vizet, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Amendement n° 57 de M. André Méric. - MM. Georges Benedetti, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Amendement n° 58 de M. André Méric. - MM. Franck Sérusclat, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Amendement n° 59 de M. André Méric. - MM. Guy Penne, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Amendements nos 60 rectifié de M. André Méric et 10 de la commission. - MM. Franck Sérusclat, le rapporteur, Mme le ministre, M. Georges Benedetti. - Rejet de l'amendement n° 60 rectifié ; adoption de l'amendement n° 10.

Amendements nos 61, 62 de M. André Méric et 11 rectifié de la commission. - MM. Georges Benedetti, le rapporteur, Mme le ministre, MM. Franck Sérusclat, Jean Chérioux. - Rejet de l'amendement n° 61 ; adoption de l'amendement n° 11 rectifié.

Adoption de l'article de la loi du 31 décembre 1970, modifié.

Adoption de l'article 2, modifié.

MM. le président, le président de la commission.

Articles additionnels (p. 1225)

Amendements nos 63 rectifié de M. André Méric et 91 de M. Paul Souffrin. - M. Georges Benedetti, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, M. le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Amendement n° 92 de M. Paul Souffrin. - Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, M. le rapporteur, Mme le ministre, M. Jean Chérioux. - Rejet.

Article 3 (p. 1226)

Amendement n° 64 de M. André Méric. - MM. Georges Benedetti, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Adoption de l'article.

Article 4 (p. 1226)

Amendements nos 66, 67, 70 et 71 rectifié de M. André Méric, 93 de M. Paul Souffrin, 12 et 13 de la commission. - M. Georges Benedetti, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, M. le rapporteur, Mme le ministre, MM. Guy Penne, Franck Sérusclat. - Rejet des amendements nos 66, 93, 67 et 71 rectifié ; adoption des amendements nos 12, 13 et 70.

Adoption de l'article modifié.

Article 5. - Adoption (p. 1229)

Article 6 (p. 1229)

Amendement n° 72 de M. André Méric. - MM. Franck Sérusclat, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Adoption de l'article.

Article 7 (p. 1229)

Amendements nos 73 de M. André Méric et 14 de la commission. - MM. Guy Penne, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet de l'amendement n° 73 ; adoption de l'amendement n° 14.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels (p. 1230)

Amendement n° 75 de M. André Méric. - MM. Georges Benedetti, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Amendement n° 76 de M. André Méric. - MM. Guy Penne, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Article 7 bis. - Adoption (p. 1231)

Article 10 (p. 1231)

Amendements nos 77 de M. André Méric et 94 de M. Paul Souffrin. - M. Georges Benedetti, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, M. le rapporteur, Mme le ministre, MM. le président de la commission, Franck Sérusclat. - Rejet.

Adoption de l'article.

Article 11 (p. 1233)

Amendement n° 78 de M. André Méric. - MM. Georges Benedetti, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Adoption de l'article.

Article additionnel (p. 1233)

Amendement n° 79 de la commission. - MM. Georges Benedetti, le rapporteur, Mme le ministre. - Rejet.

Article 12 (p. 1234)

Amendements nos 80, 81 de M. André Méric et 15 de la commission. - MM. Guy Penne, le rapporteur, Mme le ministre, M. Franck Sérusclat. - Retrait de l'amendement n° 80 ; rejet de l'amendement n° 81 ; adoption de l'amendement n° 15.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels (p. 1235)

Amendements nos 95 de M. Paul Souffrin et 17 de la commission. - Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, M. le rapporteur, Mme le ministre, M. Georges Benedetti. - Rejet de l'amendement n° 95 ; adoption de l'amendement n° 17 constituant un article additionnel.

Article 13. - Adoption (p. 1235)

Vote sur l'ensemble (p. 1236)

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, MM. Franck Sérusclat, Jean Chérioux, Mme le ministre.

Adoption, au scrutin public, de l'ensemble du projet de loi.

- | | |
|--|---|
| <p>11. Nomination de membres d'une commission mixte paritaire (p. 1237).</p> <p>12. Dépôt de questions orales avec débat (p. 1237).</p> <p>13. Dépôt d'un projet de loi (p. 1238).</p> <p>14. Transmission d'un projet de loi (p. 1238).</p> | <p>15. Dépôt d'une proposition de loi (p. 1238).</p> <p>16. Dépôt d'un rapport d'information (p. 1238).</p> <p>17. Dépôt d'un avis (p. 1238).</p> <p>18. Ordre du jour (p. 1238).</p> |
|--|---|

COMPTE RENDU INTEGRAL

PRÉSIDENCE DE M. JEAN CHÉRIOUX, vice-président

La séance est ouverte à dix heures quarante-cinq.

M. le président. La séance est ouverte.

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

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

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

2

ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION ET ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi (n° 210, 1986-1987), adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire. (Rapport n° 226 [1986-1987]).

Dans la discussion générale, la parole est à Mme le ministre.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, plus peut-être qu'aucun autre texte examiné au cours de cette session, le projet de loi qui vous est soumis aujourd'hui répond à une nécessité.

Je ne vous exposerai pas ici en détail les différentes dispositions de ce projet de loi. Votre rapporteur, dans le remarquable rapport qu'il a préparé et dans l'exposé qu'il fera tout à l'heure, vous résumera l'essentiel de ces dispositions.

Je m'en tiendrai pour ma part à deux questions que je considère comme essentielles. D'une part, je souhaite vous exposer en quoi ce texte est indispensable et quel est l'esprit qui a présidé à sa conception et à sa rédaction ; d'autre part, il me paraît indispensable de bien resituer ce projet de loi dans la politique du Gouvernement en matière hospitalière, telle que nous l'avons conduite depuis maintenant plus d'un an et telle que nous continuerons de la mener.

Tout d'abord, il faut bien comprendre pourquoi ce texte est une nécessité.

La situation actuelle des établissements hospitaliers est en effet tout à fait particulière et justifie l'urgence du présent projet de loi.

Le 3 janvier 1984, le précédent gouvernement a promulgué une loi relative à l'organisation des hôpitaux.

Cette loi, qui entendait constituer une refonte globale de l'organisation des hôpitaux, présentait sa propre logique et sa propre cohérence. Mais elle souffre d'un défaut essentiel et rédhibitoire : elle est aujourd'hui totalement inappliquée. S'il en est ainsi, c'est qu'elle s'est révélée inapplicable et a été rejetée par la quasi-totalité des partenaires concernés.

Conscient de cette situation, le gouvernement précédent avait d'ailleurs, non sans sagesse, choisi lui-même de suspendre de fait l'application de cette loi. Mais, en choisissant

de ne pas appliquer la loi du 3 janvier 1984 sans pour autant l'abroger, il a placé les établissements hospitaliers dans une situation inextricable.

Il est essentiel de bien comprendre, avant d'aborder le présent projet de loi, la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Les établissements vivent actuellement, et depuis plus de trois ans, dans une sorte de vide organisationnel, qui n'offre guère de précédents dans toute l'histoire administrative : des malades sont hospitalisés dans des services dont la liste est d'ailleurs toujours affichée dans le hall des hôpitaux, alors que les services ont théoriquement disparu depuis le 3 janvier 1984 ; des médecins exercent les fonctions de chef de service, alors que ce titre n'a plus d'existence juridique.

Nous nous trouvons donc dans une situation paradoxale, où des chefs de service, qui n'ont plus le droit de s'appeler ainsi, assurent, de fait, la responsabilité de services qui n'existent plus. Des départements se sont créés et continuent de se créer, selon des modalités et dans des conditions qui ne sont pas celles qui sont prévues par la loi du 3 janvier 1984.

On pourrait ainsi multiplier les exemples qui, tous, illustrent le vide sans équivalent dans lequel se trouvent aujourd'hui nos établissements hospitaliers.

Or il n'est pas envisageable de laisser sans risques dans une telle confusion des établissements dont dépend la santé de chacun d'entre nous et dont les dépenses atteignent aujourd'hui - je vous le rappelle - près de 150 milliards de francs.

Voilà pourquoi j'indiquais tout à l'heure, en introduction, que ce projet de loi présente une impérieuse nécessité.

S'il est nécessaire, pour comprendre le présent projet de loi, de bien mesurer la situation actuelle, il convient également de bien comprendre les raisons de l'échec de la loi du 3 janvier 1984. Il faut les rechercher sans aucun esprit polémique, mais uniquement pour tirer les enseignements de la situation actuelle et répondre ainsi au mieux aux besoins des hôpitaux.

Les raisons de cet échec tiennent, me semble-t-il, en quelques mots : dilution des responsabilités, uniformisation et rigidité.

S'agissant tout d'abord de la dilution des responsabilités dans un secteur aussi sensible et aussi délicat que celui de l'exercice de la médecine, où les questions de responsabilité ne cessent de se poser, il n'était pas envisageable de diluer à l'excès cette nécessaire responsabilité.

Dans toute organisation, il est impératif qu'il se trouve quelqu'un pour prendre les décisions essentielles et assumer le bon fonctionnement de la structure qui lui est confiée.

Or, la réforme de 1984 ne répondait pas à cet impératif et aboutissait, au contraire, à une dilution des responsabilités, qui aurait été préjudiciable au bon fonctionnement de nos hôpitaux.

Ensuite, s'agissant de l'uniformisation, la loi du 3 janvier 1984 s'est révélée inapplicable, car elle ne tenait pas compte de l'extrême diversité des hôpitaux.

Peut-on, en effet, traiter de la même façon le centre hospitalier général, doté de quelques services, et le grand centre hospitalier régional et universitaire de plusieurs milliers de lits ?

Dans ce domaine, il est préférable que la loi se contente de fixer les grandes lignes de l'organisation des hôpitaux. Il appartient ensuite à chaque hôpital de déterminer et de mettre en place lui-même les structures les mieux adaptées à ses moyens, à ses besoins et à ses spécificités.

S'agissant enfin de la rigidité, je pense notamment au problème du département.

Le département - je l'ai déjà dit et de très nombreuses reprises - constitue incontestablement une voie d'avenir pour l'organisation de nos hôpitaux.

Or, je constate que, depuis la loi du 3 janvier 1984, seuls deux ou trois établissements ont effectivement mis en place des départements selon les modalités et dans les conditions définies par cette loi.

Cet échec, alors qu'encore une fois le département est une bonne chose, tient avant tout à la volonté, exprimée par cette loi de 1984, d'imposer le département, alors que celui-ci repose avant tout sur la notion de collaboration et de complémentarité.

Je suis frappée de constater que, sur un certain nombre de points, il existe au Parlement, comme parmi l'ensemble des partenaires concernés, un consensus sur la direction à suivre. Je pense en particulier à la nécessité de développer les départements, que j'évoquais à l'instant, ou encore à celle de confier des responsabilités aux jeunes médecins qui sont l'avenir de nos hôpitaux.

C'est pourquoi, afin d'atteindre ces objectifs largement partagés, il faut sans esprit polémique tirer les leçons de l'expérience de la loi du 3 janvier 1984 et trouver les réponses adaptées à nos besoins.

Comme je vous l'indiquais en introduction, je m'en remets à votre rapporteur pour vous exposer les justifications et le contenu des principales dispositions de ce projet de loi. Laissez-moi toutefois vous indiquer quel a été l'esprit qui a présidé à la conception et à la rédaction de ce texte.

Il s'agit avant tout d'un texte pragmatique car il tient compte de l'extrême diversité des situations et des différences très importantes qui existent entre les hôpitaux.

Il ne s'agit, en aucune façon, d'un retour au passé...

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. ... car le texte favorise la mise en place non pas théorique mais effective de structures nouvelles et indispensables comme le département ou le pôle d'activité.

Il instaure également un mandat de cinq ans renouvelable pour les chefs de service.

Il s'agit aussi d'un texte souple, car il laisse les établissements et tous ceux qui y travaillent déterminer librement l'organisation la mieux adaptée aux besoins et aux spécificités de chaque hôpital.

Il s'agit d'un texte libéral, car il se contente de fixer un cadre général et fait très largement appel à l'initiative locale et à la responsabilité de chacun.

Il s'agit d'un texte d'égalité, car il harmonise les procédures en matière d'équipements et favorise la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé.

Il s'agit enfin d'un texte réaliste, fruit d'une très large concertation, qui tient compte des enseignements de l'échec de la loi du 3 janvier 1984 et qui a reçu un accueil favorable de la part de la grande majorité des partenaires concernés.

Voilà, monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, les grandes orientations qui ont guidé l'élaboration et la rédaction du texte qui vous est aujourd'hui soumis.

S'il est vrai que les dispositions relatives à l'organisation et aux structures des établissements hospitaliers publics constituent l'un des éléments essentiels du projet de loi qui vous est aujourd'hui soumis, il faut également souligner que ce texte comporte un certain nombre de dispositions très importantes pour les établissements d'hospitalisation privés.

Ces dispositions, que votre rapporteur vous détaillera tout à l'heure, portent sur trois points essentiels : les regroupements d'établissements privés ; l'allègement des procédures de conversion de lits dans les secteurs déficitaires ; l'harmonisation des procédures d'équipement entre les établissements publics, d'une part, et les établissements privés, d'autre part.

Je souhaiterais sur ce point vous exposer l'esprit dans lequel ces mesures ont été proposées et, plus généralement, la politique du Gouvernement en matière d'hospitalisation privée.

Cette politique est marquée avant tout par une volonté d'égalité de traitement entre les deux catégories d'établissements.

Cette volonté se traduit notamment dans les différentes dispositions de l'article 12, qui harmonisent les procédures d'équipement. Elle se traduit également, en dehors du présent projet de loi, par la politique menée depuis maintenant plus

d'un an en matière d'attribution d'équipements lourds, qui vise à établir une égalité entre les deux formes d'hospitalisation.

Cette égalité ne doit toutefois pas être une égalité à sens unique. Il est nécessaire, en effet, que l'ensemble des établissements, quels qu'ils soient, participent, en fonction de leur importance respective, à un certain nombre de politiques nationales.

Je pense notamment ici à la disposition qui prévoit une réduction du nombre de lits à l'occasion des regroupements. Cette disposition n'est, en effet, que la stricte contrepartie de ce qui se pratique régulièrement à l'occasion des restructurations d'hôpitaux publics ou des modifications de leurs programmes d'établissement.

Ces dispositions feront, bien entendu, dès le lendemain de la publication de cette loi, l'objet d'une très large concertation avec l'ensemble des partenaires concernés.

Ces réductions, comme le prévoit la loi, feront par ailleurs l'objet d'un plafond. Il est clair, sur ce point, que le Gouvernement n'a pas pris la peine de proposer une mesure autorisant le regroupement des cliniques pour la vider aussitôt de son sens au niveau des textes d'application.

Les mécanismes prévus par le décret d'application ne seront donc en aucune façon des mécanismes dissuasifs.

Au-delà de la mise en œuvre de cette nécessaire égalité de traitement, il est également indispensable de développer la complémentarité entre les établissements publics et les établissements privés.

Sur ce point, l'examen des dossiers d'équipements publics et privés par les commissions régionales de l'hospitalisation et par la commission nationale de l'hospitalisation constituera incontestablement un élément qui favorisera la mise en œuvre de cette complémentarité.

Par ailleurs, dans le domaine des équipements lourds, le Gouvernement a également « systématisé » les procédures de partage et d'utilisation commune de ces équipements.

Voilà, brièvement résumé, quel est l'esprit d'égalité et de complémentarité qui inspire les dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés.

Je souhaiterais maintenant bien situer ce projet de loi dans la politique hospitalière générale du Gouvernement.

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

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

Ce retour à la stabilité est indispensable pour que nos hôpitaux puissent aborder dans les meilleures conditions possibles les mutations, voire les bouleversements qui ne manqueront pas d'apparaître, dans les prochaines années, dans nos structures hospitalières, en raison de l'évolution des techniques chirurgicales, des techniques de diagnostic, des progrès en matière d'imagerie médicale et de biologie.

Depuis maintenant plus d'un an, le Gouvernement a entrepris d'aider nos établissements à se préparer à ces évolutions.

Bien que, par nécessité, le texte qui vous est soumis soit consacré principalement au problème de l'organisation médicale des hôpitaux, il va de soi que l'action du Gouvernement ne se limite pas à ce seul domaine.

Je souhaiterais donc vous exposer tout d'abord la politique du Gouvernement en matière de personnel hospitalier.

L'hôpital, ce sont, en effet, avant tout, les hommes et les femmes qui y travaillent.

Or, vous le savez bien, on ne va pas travailler dans un hôpital par hasard ; on choisit de travailler à l'hôpital, ou au service des malades, par vocation.

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

C'est pourquoi, parallèlement à cette loi, nous nous attachons à trouver des solutions aux différents problèmes qui se posent.

Tout d'abord, plusieurs textes d'application du titre IV du statut général de la fonction publique, c'est-à-dire la loi du 9 janvier 1986, ont été pris ou sont en cours de concertation. Je pense notamment au décret sur les congés bonifiés des

agents originaires des D.O.M., à celui sur l'intégration des personnels de secteurs psychiatriques, ou encore au décret sur les congés maladie, longue maladie et longue durée.

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

Une réflexion est largement engagée, en concertation avec les organisations syndicales, sur l'organisation du temps de travail dans les établissements. Cette réflexion va permettre de dégager des solutions concrètes et négociées, qui permettent à la fois d'améliorer la prise en charge du malade et de tenir compte des aspirations du personnel en améliorant ses conditions de travail.

Elle devra également permettre de développer la participation du personnel hospitalier. Cette participation pourra notamment passer par la mise en œuvre du bilan social dans les hôpitaux, à l'image de ce qui existe déjà dans les entreprises.

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

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

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

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

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

Des études sont en cours pour supprimer les rigidités et les effets pervers engendrés par le budget global - j'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer ici sur ce sujet - devenu dotation globale. Tout en conservant le principe général de l'enveloppe globale, il convient de repasser de la dotation globale à un vrai budget global concerté.

Les premières mesures devront pouvoir être mises en œuvre, à titre général ou expérimental, dès les budgets primitifs de 1988.

Cette réforme de la gestion passe également par la poursuite de l'informatisation des hôpitaux, entreprise depuis quelques années : informatique lourde, avec les grandes filières de gestion budgétaire, de personnel, de gestion de stocks, ou encore mise en place informatique du projet de médicalisation des systèmes d'information ; informatique légère au niveau des services, axée principalement sur la gestion des dossiers médicaux et le secrétariat médical.

En troisième lieu, il est nécessaire de poursuivre l'adaptation des structures hospitalières.

Chacun sait, en effet, que l'évolution démographique, dont nous connaissons le caractère inéluctable à moyen terme, posera avec une acuité toujours croissante le problème de la prise en charge des personnes âgées et très âgées. Il faut donc, pour être prêt à accueillir celles-ci, achever le programme de transformation des hospices et favoriser le développement des maisons de retraite avec section de cure médicale.

Mais il faut également favoriser, dès aujourd'hui, la mise en place de véritables alternatives à l'hospitalisation, avec, notamment le développement de l'hôpital de jour ou des formules de maintien à domicile des personnes âgées, offrant une prise en charge médicale et sociale adaptée ; il convient en effet de prendre en compte non seulement le problème médical, mais aussi l'ensemble des problèmes humains qui se posent à ces personnes âgées, qui deviennent plus ou moins dépendantes, mais qui n'ont pas nécessairement besoin d'être complètement « médicalisées » dans un service hospitalier.

En quatrième lieu, le Gouvernement a entrepris de favoriser le développement des techniques médicales et thérapeutiques, pour préparer nos hôpitaux aux échéances de l'an 2000.

En effet, en l'an 2000 - c'est-à-dire dans treize ans - près de la moitié des actes de chirurgie seront des actes non invasifs ou des actes de remplacement, avec notamment les

transplantations d'organes. Un effort important a été consenti dans ce domaine, avec la mise en œuvre d'un premier train de mesures en faveur du développement des transplantations d'organes.

De même, un effort important a été fait pour permettre aux établissements de s'adapter à l'apparition de nouvelles maladies. Je pense, bien entendu, ici, au problème du S.I.D.A.

Dans les prochaines années également, la part de la chirurgie ambulatoire ne cessera de croître, transformant radicalement la conception traditionnelle de l'hôpital. C'est pourquoi l'effort d'adaptation du parc hospitalier sera poursuivi, pour tenir compte de la diminution du nombre de lits nécessaires, engendrée par l'évolution des techniques médicales et la réduction des durées moyennes de séjour.

En cinquième lieu, le Gouvernement a entrepris d'améliorer la planification sanitaire, dont le principe demeure une nécessité, pour assurer une répartition harmonieuse des équipements et maîtriser l'évolution des dépenses de l'assurance maladie.

Comme je l'indiquais tout à l'heure, le Gouvernement a tout d'abord « systématisé » les conventions de partage et d'utilisation commune des équipements lourds, dont le principe avait été mis en place par le gouvernement précédent.

Cette politique correspond aussi au souci de respecter un équilibre entre les établissements publics et les établissements privés. Ce souci s'est illustré en particulier dans les conventions signées pour les attributions d'équipements lourds.

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

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

En ce qui concerne les équipements lourds, les indices de besoins sont régulièrement révisés en fonction de l'évolution des techniques et des besoins. Depuis un an, ces révisions ont porté notamment sur les indices de besoins concernant les scanners, les gamma-caméras et les imageurs par résonance magnétique.

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

Enfin, une fois réglée la question du moyen séjour, il faudra s'attaquer au problème de la carte sanitaire du long séjour. C'est là, en effet, un enjeu essentiel pour préparer notre système sanitaire à l'accueil des personnes âgées et très âgées. En l'an 2000, 20 p. 100 de la population sera âgée de plus de soixante ans et 7 p. 100 de plus de soixante-quinze ans. Le nombre de personnes âgées ne cessera donc de croître dans les prochaines années ; nous avons le devoir de prévoir, dès maintenant, un ensemble de structures qui puissent les accueillir, en ayant un double souci : d'une part, assurer la plus grande humanité et, d'autre part, répondre aux impératifs économiques de la politique de santé.

Enfin, un effort important a été entrepris en matière d'évaluation médicale.

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

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

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

Mais il faut bien comprendre que toutes ces réformes, qui sont nécessaires pour que les hôpitaux puissent aborder dans de bonnes conditions les mutations en profondeur que j'évoquais tout à l'heure, ne peuvent se faire que sur un terrain stable. Une absence de structures bien définies, une dilution des responsabilités, un flottement dans la définition du rôle

de chacun à l'intérieur de l'hôpital ne pourraient conduire qu'à l'échec de ces réformes, pourtant indispensables pour permettre à nos hôpitaux d'aborder le XXI^e siècle.

Voilà pourquoi, dans quel cadre et dans quel esprit le Gouvernement vous soumet aujourd'hui ce projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Je ne doute pas, monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, que le débat qui va s'instaurer contribuera à enrichir ce texte et à guider l'action du Gouvernement. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.*)

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

M. Charles Descours, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame le ministre, mesdames, messieurs les sénateurs, le projet de loi qui est soumis aujourd'hui à votre examen, après adoption par l'Assemblée nationale, comporte deux volets principaux. Le premier traite de l'organisation interne des établissements hospitaliers publics ; le second assouplit certaines dispositions propres au secteur privé d'hospitalisation et harmonise les règles applicables aux projets d'équipements, pour le service hospitalier tant public que privé.

Il paraît essentiel de rappeler, même si vous l'avez fait, madame le ministre, l'esprit dans lequel ce texte a été élaboré et de le replacer au sein d'un « chantier » de réformes et de réflexions de grande envergure qui doivent permettre de préparer « l'hôpital de demain ».

Cette répétition est, bien entendu, nécessaire, si l'on veut que le message passe, et nous savons qu'il faut toujours répéter les mêmes formules.

Les mesures proposées par le projet de loi sont toutes caractérisées par la souplesse, le pragmatisme et le volontariat.

S'agissant de la souplesse, il est vain de vouloir définir pour tous les hôpitaux publics un modèle unique d'organisation interne, alors même que l'on connaît la diversité extrême de nos structures hospitalières.

Quant au pragmatisme, au-delà de toutes les querelles politiques qui n'ont aucun sens aujourd'hui, il convient de prendre acte du vide organisationnel dans lequel se trouvent nos établissements publics hospitaliers. Il importe de mettre fin à cette situation confuse et contradictoire qui porte gravement préjudice à la situation de l'ensemble des personnels qui la vivent et qui porteront atteinte, éventuellement, si elle perdurait, à la qualité des soins.

Concernant le volontariat, il n'est pas possible d'imposer une réforme à un corps professionnel, et ce contre sa volonté, comme les gouvernements successifs l'ont constaté. Il importe, au contraire, de favoriser son adhésion à un projet de structure, dont l'utilité n'a jamais été contestée. En lieu et place de la carte forcée, il faudra développer des mesures incitatives.

Le projet de loi qui vous est proposé constitue donc, dans cet esprit, un préalable indispensable. Il est une étape essentielle, dans la réforme d'envergure que vous venez d'évoquer, madame, qui est en train de se mettre en place et qui doit permettre au système hospitalier français d'adapter sa gestion au défi de la compétitivité.

Votre commission des affaires sociales a voulu s'entourer de l'avis des professionnels concernés, au travers de très nombreuses auditions - vingt-deux délégations ont été reçues - dont vous trouverez le compte rendu en annexe du rapport.

Elle a étudié ce texte dans le même esprit que celui qui avait prévalu en novembre 1983. A cette date, notre éminent collègue M. Jean Chérioux, refusant tout esprit de polémique, avait proposé au gouvernement socialiste un contre-projet de loi, qui permettait, notamment, une départementalisation volontaire et progressive.

Tout au long de l'examen du texte, j'aurai l'occasion de rappeler la nécessité de trouver des solutions équilibrées et de montrer que le présent projet de loi ne constitue nullement le retour en arrière pur et simple, dénoncé par l'opposition.

Dans mon rapport écrit, j'ai voulu, avant de vous présenter le contenu du projet de loi, replacer le système hospitalier dans son contexte historique et économique.

Pour cette présentation, je me suis d'ailleurs appuyé sur le bilan présenté par le Conseil économique et social, en 1983, à propos de la loi du 31 décembre 1970, qui est très riche d'enseignements et très nuancée.

Je citerai ici quelques chiffres significatifs, à mon sens.

En 1985, le produit intérieur brut s'élevait à 4 585 milliards de francs, le budget de l'Etat à 1 042,6 milliards de francs, le budget santé-solidarité était de 35,7 milliards de francs, le montant des prestations sociales versées était de 1 244 milliards de francs, la dépense nationale courante de santé s'élevait à 421 milliards de francs, dont 176,7 milliards de francs pour les seules dépenses d'hospitalisation.

Ces dépenses n'ont fait que progresser ces dernières années.

Au-delà de ces chiffres, il est intéressant de rappeler qu'au 1^{er} janvier 1985 il existait 1 065 entités juridiques d'hospitalisation publique, offrant 385 000 lits, sans compter les 121 800 lits d'hébergement en section hospice et maisons de retraite.

Le secteur privé, quant à lui, comptait 2 418 établissements, dont 436 participant au service public et il gérait 200 700 lits.

Pour remplir correctement leurs fonctions, les établissements hospitaliers tant publics que privés ont considérablement accru leurs effectifs, jusque vers 1982-1983.

Au 1^{er} janvier 1985, l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés employaient 965 000 personnes, soit 4 p. 100 de la population active. Le personnel médical représentait 12 p. 100 du total, soit 115 000 personnes et le personnel non médical 850 000 personnes.

Les dépenses de personnel représentent en moyenne 70 p. 100 du budget d'un établissement hospitalier.

La présentation succincte de ces chiffres, qui pourrait paraître fastidieuse, permet d'apprécier à sa juste valeur l'enjeu économique que représente notre système hospitalier. Accusé par certains de coûter trop cher, il doit impérativement s'adapter aux nouvelles contraintes économiques, tout en conservant sa spécificité.

Il faut conforter le rôle pivot de l'hôpital public, tout en respectant un nécessaire pluralisme entre le secteur public et le secteur privé, qui fait partie de la tradition, de l'histoire médicale française.

En ce qui concerne les objectifs à remplir, le défi est important : il s'agit d'améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant, bien sûr, le coût de la santé.

Les réflexions et les réformes mises en chantier par le Gouvernement entendent répondre à ce défi. Elles concernent le financement des établissements hospitaliers, la rationalisation de leur fonctionnement, l'organisation du travail des personnels et les modifications à apporter à la carte sanitaire.

Il convient maintenant de vous présenter le contenu du projet de loi.

En ce qui concerne l'organisation interne des structures médicales de l'hôpital public, le présent projet de loi se caractérise par sa souplesse et son pragmatisme.

Il part d'un constat de fait que nul ne peut ignorer. La loi du 4 janvier 1984, qui institue le département de manière obligatoire, n'a pas été appliquée. Depuis la fin de la période transitoire intervenue en janvier 1987, les hôpitaux sont en situation quasiment illégale. Ils restent organisés en services, alors que ceux-ci ont juridiquement disparu et le département, devenu obligatoire, n'a pas été mis en place dans la majeure partie des cas.

Sur la base de ce constat pragmatique, le projet de loi définit quatre structures qui seront les piliers de l'organisation médicale hospitalière. Toutes se caractérisent par leur souplesse, tant dans leur faculté d'adaptation aux caractéristiques de chaque établissement, que dans leurs possibilités d'évolution dans le temps. Il vous sera proposé par diverses modifications de préserver, voire parfois de renforcer cette souplesse.

La première structure prévue par le projet de loi est le service hospitalier, mais son rétablissement ne traduit pas un retour en arrière.

Sans refaire l'historique du service, qui constitue depuis 1941 la cellule de base de nos structures hospitalières, et qui a donné la preuve de son efficacité, mon rapport évoque les reproches qui lui ont été faits. Ils justifient les dispositions du projet de loi qui ne veulent pas du retour pur et simple d'avant 1984.

Au-delà de ces reproches, le service a fait la preuve de son efficacité en matière d'organisation des soins apportés aux malades. Dans la plupart des cas, le fonctionnement du service repose sur la collégialité des décisions arrêtées par les membres du corps hospitalier. De plus, nous l'avons constaté au cours des auditions, le personnel non médical, notamment administratif, est très attaché à cette structure.

C'est pour toutes ces raisons qu'il vous est proposé de rétablir le service, en lui donnant une garantie essentielle.

En maintenant le principe de la dissociation du grade et de la fonction, la chefferie devient une fonction qui pourra être remise en cause.

L'accès à la fonction de chef de service est ouvert à l'ensemble des praticiens hospitaliers titulaires. Si la prééminence reste aux praticiens hospitaliers à temps plein, il est important que, là où les besoins du service n'exigent pas un poste à temps plein, un praticien puisse être nommé chef de service à temps partiel. Il vous sera proposé de préciser les conditions de nomination d'un chef de service à temps partiel, ce qui semble de bon sens.

Les règles de nomination donnent compétence au ministre chargé de la santé, mais après avis des instances locales : conseil d'administration et commission médicale d'établissement.

L'Assemblée nationale a tenu à maintenir la spécificité des règles de nomination des chefs de service en psychiatrie, mais on peut s'interroger sur l'opportunité de maintenir de telles règles, surtout à l'heure de la décentralisation. C'est pourquoi il vous sera proposé une solution conciliant la spécificité de ce recrutement et les avis des instances locales.

La principale garantie du bon fonctionnement du service repose sur son renouvellement quinquennal.

Cinq points essentiels motivent le principe de ce renouvellement : il doit être demandé par son titulaire ; il est accompagné d'un rapport d'activité ; il est prononcé par le ministre chargé de la santé ; les instances locales - conseil d'administration et commission médicale d'établissement - donnent leur avis. Cela est fondamental pour éviter que la procédure de renouvellement ne soit entre les mains de la direction des hôpitaux et partant des directeurs. Cette disposition permet de rassurer les médecins qui sont très inquiets. Enfin, il ne s'agit pas d'un renouvellement tacite.

Dans ces conditions, le chef de service n'est pas transformé en bête à concours, mais son renouvellement ne constitue pas une simple formalité.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de bouleverser systématiquement tous les cinq ans l'organisation des services hospitaliers. Dans la pratique - ce sera le cas le plus fréquent - la production du rapport d'activité et les avis des instances locales donneront toute garantie à l'administration pour renouveler le titulaire et assurer ainsi la stabilité du service.

La décision du non-renouvellement ne s'apparente nullement à une sanction, mais elle doit permettre une adéquation optimale entre les hommes et les structures.

Par exemple, il se peut qu'un praticien hospitalier, de très haute qualité, ne corresponde pas à la taille de l'établissement dans lequel il exerce les fonctions de chef de service. La procédure de renouvellement doit lui permettre de trouver une meilleure affectation.

Il vous sera proposé une rédaction plus claire de cet alinéa relatif au renouvellement, qui traduise mieux les objectifs essentiels de cette procédure, tout en préservant les garanties des médecins chefs de service.

La deuxième structure est constituée par les pôles d'activités, dont la création au sein du service permet d'offrir des responsabilités particulières aux jeunes praticiens.

La création de ces pôles d'activité permet la reconnaissance d'une activité spécifique au sein du service.

Le rôle primordial joué par le chef de service justifie que ce dernier soit l'initiateur d'une telle structure, tant en ce qui concerne sa création qu'en ce qui concerne le contenu de la délégation qui va l'accompagner. Il serait inconcevable d'imposer la mise en place de telles structures à un chef de service hostile. C'est pourquoi le conseil d'administration, après l'avis de la commission médicale d'établissement, ne peut créer ce pôle que sur proposition du chef de service.

En revanche, contrairement à ce qu'a voté l'Assemblée nationale, on peut penser que les dispositions relatives à la suppression des pôles d'activités soumettent les responsables de ces pôles à une trop grande incertitude qui nuira à l'efficacité de ces structures.

En effet, le chef de service peut proposer la suppression de ces pôles d'activités à tout moment, alors même que c'est en toute liberté qu'il en a proposé la création. Cela nous semble préjudiciable au bon fonctionnement interne du service. C'est pourquoi il vous sera proposé une rédaction de cet article permettant une plus grande stabilité du dispositif.

La troisième structure est constituée par le département, qui se définit par son caractère souple et volontaire.

L'utilité de la départementalisation n'est plus à démontrer, mais la départementalisation imposée n'a jamais pu être mise en œuvre.

Dans mon rapport écrit, je rappelle l'échec, que nul ne peut nier, de la loi du 3 janvier 1984.

A l'inverse, la départementalisation proposée par le projet de loi est une fédération souple de services.

La création du département repose sur l'adhésion du corps médical, mais elle sera décidée par une délibération du conseil d'administration qui aura donc le rôle essentiel d'inciter à la mise en place de cette structure.

Le projet de loi, dans un souci de souplesse et de pragmatisme, renvoie très largement à un règlement intérieur défini par les intéressés pour les modalités de fonctionnement du département. Ce règlement intérieur sera arrêté par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement.

Il donne, enfin, un caractère collégial aux instances qui assisteront le chef du département, tout en renvoyant au règlement intérieur pour les modalités d'application de cette disposition.

A propos de ce département, résultant d'une adhésion volontaire, il importe, si l'on veut qu'il soit effectivement mis en place - vous l'avez dit, madame le ministre - que des mesures incitatives notables soient adoptées, notamment en ce qui concerne les équipements et les plateaux techniques.

La quatrième structure est constituée par la commission médicale d'établissement.

La commission médicale consultative change de dénomination et devient commission médicale d'établissement car elle est dotée de pouvoirs délibératifs.

Ses pouvoirs consultatifs sont maintenus et même renforcés. Elle sera ainsi consultée sur le plan directeur et sur tous les aspects techniques des activités médicales.

En ce qui concerne les nouveaux pouvoirs délibératifs de la commission, ils doivent permettre de mieux associer les praticiens hospitaliers à la gestion de l'hôpital, dans le respect des compétences du conseil d'administration. C'est un point important.

Cela consacre une évolution très importante des rapports médico-administratifs. Les directeurs d'hôpitaux souhaitent associer les médecins aux responsabilités budgétaires qui leur incombent. De plus, les médecins, principaux initiateurs de dépenses dans l'hôpital, doivent comprendre la nécessité d'opérer des choix.

Le rôle délibératif reconnu à la commission médicale d'établissement relève de ce principe. La commission aura à se prononcer sur les choix médicaux de l'établissement, dans le respect des décisions du conseil d'administration et de celles du directeur, et ce, dans la limite de la dotation budgétaire allouée. Dans la perspective d'un budget global ascendant que nous souhaitons mettre en place, le pouvoir délibératif reconnu à la commission médicale d'établissement constitue un élément essentiel.

Le projet de loi veut également favoriser une meilleure complémentarité entre le secteur public hospitalier et le secteur privé d'hospitalisation.

Au travers des titres III, IV et V, le projet de loi propose un certain nombre de mesures qui doivent permettre une meilleure complémentarité entre le secteur public hospitalier et les établissements privés.

Avant d'exposer le contenu de ces dispositions, il convient de rappeler l'importance de la carte sanitaire au sein de laquelle se joue la complémentarité entre les deux secteurs.

J'indiquerai ici simplement que cet instrument indispensable à la planification sanitaire doit être amélioré sur les points suivants - mais vous venez d'en prendre l'engagement dans votre discours d'introduction, madame le ministre - définition des secteurs sanitaires, carte du moyen séjour, carte du long séjour, indices des besoins en équipements lourds ; à cet égard, vous nous avez fait part des résultats des

travaux de votre ministère. Sur ce point, il vous sera proposé un amendement en vue de donner une certaine publicité aux modifications apportées à la carte sanitaire.

A propos du secteur privé d'hospitalisation, plusieurs chiffres témoignent de l'importance de ce secteur, et je ne ferai que rappeler ici quelques points.

Au 1^{er} janvier 1985, 2 418 établissements privés géraient plus de 200 700 lits dont 110 400 en court séjour, soit un peu plus du tiers des lits du système hospitalier français ; ces établissements employaient 26 p. 100 de l'ensemble des personnels hospitaliers et les dépenses brutes de fonctionnement pour l'ensemble des établissements privés s'élevaient à 28 800 millions de francs, soit 18 p. 100 de l'ensemble des coûts hospitaliers. Enfin, leur activité est très importante.

Mais les établissements privés connaissent des difficultés réelles. Confrontés au progrès technologique, à la nécessité de s'équiper en techniques médicales de pointe, les cliniques souffrent de leur capacité réduite.

Pour pouvoir équiper leurs établissements dans de bonnes conditions de rentabilité et assurer la sécurité de leurs malades, les cliniques doivent pouvoir disposer de structures élargies et donc s'agrandir. Sinon, elles risquent fort de disparaître ou d'être absorbées par de grands groupes financiers, ce qui serait préjudiciable à l'exercice libéral de la médecine auquel nous sommes attachés.

On peut considérer, que de 1972 à 1985, 371 établissements ont disparu, ce qui représente une réduction moyenne annuelle du parc hospitalier privé d'environ 2 p. 100.

Or, jusqu'à présent, les regroupements de lits des établissements privés ont été quasiment impossibles, en raison de la jurisprudence administrative.

La loi du 31 décembre 1970 ne prévoit que les cas de création ou d'extension d'établissements et les soumet à autorisation préalable. Le quatrième alinéa de l'article 33 de ladite loi précise qu'en aucun cas une autorisation ne pourra être délivrée dans un secteur sanitaire excédentaire.

En ce qui concerne les regroupements d'établissements, le Conseil d'Etat maintient une jurisprudence très restrictive, puisqu'il assimile cette opération à une création de lits consécutive à une suppression de lits équivalente. Dès lors que cette opération de regroupement se produit dans un secteur excédentaire, elle est refusée.

Le maintien de cette jurisprudence fait peser de graves menaces sur l'avenir des établissements privés et il convient d'y remédier. L'article 10 du projet de loi apporte, à ce titre, une solution nettement plus satisfaisante.

Il reconnaît juridiquement la notion de regroupement et il l'autorise dans un secteur sanitaire excédentaire sous certaines conditions.

Dans le cas d'un regroupement au sein d'un secteur excédentaire, au lieu d'un refus pur et simple qui serait opposé à une demande de création, il propose un régime d'approbation assorti d'une réduction de lits.

Cette réduction de lits correspond à l'évolution des techniques médicales, qui implique un renforcement des plateaux techniques au détriment de la fonction hébergement.

Le regroupement autorisé permet de dégager des gains de productivité très importants, et tel est le but poursuivi par le projet de loi. Il est normal d'en attendre une certaine contrepartie.

Enfin, il convient de rappeler qu'il existe en France plusieurs dizaines de milliers de lits de court séjour excédentaires.

L'effort de réduction est déjà mené par le secteur public hospitalier à l'occasion de chaque restructuration ou rénovation.

Il n'est pas anormal que les établissements privés participent à cet effort, d'autant plus qu'ils ont bénéficié des créations de lits pour court séjour entre 1972 et 1985. Je citerai à cet égard quelques chiffres, afin d'essayer de mettre fin à une polémique qui alimente les discussions entre le secteur public et le secteur privé.

Pour l'ensemble des disciplines hospitalières, entre 1972 et 1985, la capacité du secteur public s'est accrue de 27 p. 100, avec 67 453 lits supplémentaires, contre seulement 3 283 lits supplémentaires pour le secteur privé libéral, soit une augmentation de 3,4 p. 100. Mais ces statistiques globales intègrent les lits de long séjour, les transformations d'hospices auxquels le secteur public hospitalier a massivement participé.

Il faut donc ne retenir que les disciplines de court séjour pour apprécier les évolutions respectives dans les secteurs public et privé.

Pour les établissements privés, le nombre des lits de court séjour a progressé de 3,9 p. 100, passant de 102 978 en 1972 à 106 971 en 1985.

A l'inverse, dans le secteur public hospitalier, le nombre de lits de court séjour a diminué de 12,2 p. 100 entre 1972 et 1985.

Au-delà de ces chiffres, on peut, en outre, rappeler que les précisions apportées par l'Assemblée nationale apportent des garanties sur la procédure en prévoyant que la réduction ne pourra être effectuée que dans la limite d'un plafond.

Il nous semble également impératif que le décret d'application fasse l'objet de la plus large concertation avec les représentants de l'hospitalisation privée.

Enfin, il nous paraît souhaitable que très rapidement les obstacles juridiques, à savoir l'absence de décrets d'application, soient levés afin de permettre aux établissements privés de développer des formules d'hôpital de jour ou d'hospitalisation à domicile, dans les mêmes conditions que le secteur public hospitalier. Il n'est pas normal que les dispositions prévues par la loi du 29 décembre 1979 ne soient pas encore applicables.

A ce sujet, les dispositions que nous avons votées à propos du secteur privé des hôpitaux publics devraient rapidement entrer en vigueur afin de répondre à l'impatience légitime des médecins à temps plein des hôpitaux publics.

Il nous semble important de préciser que ces regroupements ne pourront avoir lieu que dans un même secteur sanitaire. Cela peut paraître restrictif dès lors que plusieurs secteurs limitrophes sont en cause. Mais, dans ce dernier cas, il convient de s'en remettre au pouvoir dérogatoire dont dispose le ministre chargé de la santé en vertu de l'article 33 de la loi du 31 décembre 1970. Les demandes de regroupement mettant en jeu plusieurs secteurs limitrophes seront examinées cas par cas.

Enfin, les autres dispositions du projet de loi harmonisent des procédures d'autorisation d'équipements.

En ce qui concerne la procédure d'autorisation des projets d'équipement et de programme, le projet de loi harmonise les délais de mise en œuvre et les fixe à trois ans. Actuellement, le service public hospitalier dispose de six ans et les établissements privés n'ont que deux ans pour réaliser un projet, ce qui semble très court.

Enfin, le dernier article du projet de loi généralise à l'ensemble du secteur hospitalier tant public que privé une procédure d'homologation pour un certain nombre de produits et d'appareils biomédicaux.

En conclusion, il faut rappeler que ce texte ne constitue pas une fin en soi. Il a été élaboré pour répondre à une situation de fait qu'on ne pouvait laisser se poursuivre.

Mais nous sommes bien conscients des profondes transformations que l'hôpital va connaître dans les prochaines années. Ce texte constitue une étape et, dans le même temps, d'autres réformes, d'autres études sont en cours et qui doivent permettre au système hospitalier de réussir sa mutation.

Madame le ministre, dans votre exposé introductif vous avez insisté sur le problème de l'évaluation ; cette dernière nous semble indispensable si l'on veut maîtriser les coûts publics hospitaliers dans les années à venir.

Madame le ministre, globalement, ce projet de loi nous est apparu nécessaire, bien entendu, mais également courageux car équilibré. Les auditions auxquelles nous avons procédé nous ont montré que, comme d'habitude, mais particulièrement en l'occurrence, vous étiez, si je puis dire, tirée à hue et à dia. Ce projet de loi est équilibré et reflète une position courageuse qui ne nous étonne pas de votre part, madame le ministre. Je dirai, d'ailleurs, en tant que chirurgien, que les dispositions que vous avez été amenée à prendre à la tête de votre ministère ont toujours reçu mon approbation. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I., de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées de la gauche démocratique.*)

Exception d'irrecevabilité

M. le président. Je suis saisi par MM. Méric, Bonifay, Sérusclat, Bœuf, Penne, les membres du groupe socialiste et apparentés d'une motion n° 2, tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité.

J'en donne lecture :

« Considérant que le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire, conduit à une inégalité devant l'accès aux soins et qu'il ne prend pas les dispositions qui permettent de tirer le meilleur parti des ressources dont dispose aujourd'hui l'hôpital public, le Sénat le déclare irrecevable en application de l'article 44, alinéa 2, du règlement. »

Je rappelle qu'en application du dernier alinéa de l'article 44 du règlement ont seuls droit à la parole sur cette motion : l'auteur de l'initiative ou son représentant, 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.

La parole est à M. Bœuf, auteur de la motion.

M. Marc Bœuf. Monsieur le rapporteur, j'ai été très intéressé par votre rapport fourni et documenté sur ce projet de loi qui, s'il entre dans la logique de la politique gouvernementale, est, selon nous, contraire aux principes d'égalité et de solidarité de notre pays.

Le texte marque une discrimination profonde entre les malades, ainsi qu'entre les médecins, et il risque de marquer une discrimination profonde entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée.

Au cours des débats en commission, au cours des audiences accordées à diverses personnalités et à diverses organisations du monde médical, il y eut souvent un absent : le malade.

Faut-il rappeler que l'hôpital est avant tout au service du malade ?

Celui-ci ne doit pas être oublié. Pourtant, au cours de son passage à l'hôpital, il ignore bien souvent jusqu'aux noms de ceux qui le soignent et qui lui ont été affectés. Connait-il le nom du chef de service qui, du reste, dispose rarement de temps pour lui dispenser personnellement des soins ?

La spécialisation des techniques et la nécessité d'une carrière pour les médecins ont conduit à multiplier les services et il n'est pas rare, dans ces conditions, que le malade voyage d'un service à l'autre et subisse à nouveau examens et visites.

On oublie trop souvent que le malade doit être au centre de toutes les préoccupations et que, dans ce débat, il doit être l'objet prioritaire de nos réflexions.

Il ressort de la Déclaration des droits de l'homme de 1789, des préambules des constitutions de 1946 et de 1958 que l'égalité est un principe constitutionnel de la République et de notre communauté. Peut-on parler vraiment d'égalité si n'existe point le droit à la santé pour tous ? Qui dit égalité, dit solidarité ! Et l'égalité et la solidarité s'appliquent à la protection de la santé.

C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place dans notre pays un système hospitalier capable de rendre le progrès médical d'aujourd'hui et de demain accessible à toute la population.

C'est pourquoi la politique du Gouvernement de la gauche avait mis en place une politique de la santé qui remettait l'homme au premier plan, comme l'indiquait d'ailleurs la Charte de la santé adoptée lors de la précédente législature.

Or, force nous est donnée de constater que le texte présenté va dans le sens d'une inégalité, à savoir, la discrimination devant l'accès aux soins.

Je dois reconnaître que ces dispositions entrent bien dans une logique gouvernementale : privilégier certains au détriment des autres. C'est la logique qui a présidé à la suppression de l'autorisation de licenciement, à l'aménagement du temps de travail, à la suppression de l'impôt sur les grandes fortunes, aux dénationalisations ou à la privatisation de T.F. 1.

La majorité sénatoriale avait déjà réussi à glisser une partie du projet de loi, abandonné en décembre à la suite du mouvement des étudiants, par un procédé qui lui est cher, à savoir un amendement de dernière minute au projet de loi portant diverses mesures d'ordre social. Ainsi, par cet artifice, a été rétabli le secteur privé en milieu hospitalier public. Alors que la collectivité nationale tout entière consent des efforts considérables pour moderniser et entretenir les « plateaux techniques » des hôpitaux, un accès prioritaire aux équipements et soins médicaux financés par l'ensemble des contribuables est réservé aux plus privilégiés, c'est-à-dire à ceux qui peuvent payer !

L'argent est donc devenu le critère de choix du malade et du médecin. Le droit à la santé peut-il être vraiment reconnu lorsque profit et soins cohabitent ?

Il est vrai que vous continuez votre logique consistant à détruire tout ce qui a été fait de nouveau, pour revenir au passé.

Croyez-vous que les mesures contenues dans ce projet de loi peuvent prendre en compte la réalité sociale et économique ? Comment peut-on ignorer le poids sociologique, économique et culturel de l'institution ?

On peut aussi s'étonner d'une certaine ambiguïté dans l'attitude du Gouvernement ; ainsi, les dispositions que vous proposez, madame le ministre, me semblent aller à l'encontre des propos de M. Chirac qui, le 17 avril, s'interrogeait « sur le moyen de redéfinir le rôle de l'hôpital afin d'assurer la progression du progrès médical et la maîtrise de la défense hospitalière ».

En fait, ce projet de loi ne va pas de l'avant, mais restaure l'ancien système. Il conduit à l'inégalité entre les malades et nous éloigne de la solidarité.

L'inégalité s'instaurera également entre les médecins. En effet, ce sont surtout les hospitalo-universitaires de haut grade qui profitent des dispositions du secteur privé. Voilà cinq ans, quand fut décidée la suppression du secteur privé, profitaient de la possibilité offerte du secteur de consultations privé plus de 50 p. 100 des professeurs et chefs de service des centres hospitalo-universitaires. La grande majorité des praticiens qui exercent au tarif conventionnel de la sécurité sociale ou le dépassent modérément sont des médecins des hôpitaux de deuxième catégorie. Ceux qui se font payer plus de 500 francs une consultation sont essentiellement des hospitalo-universitaires de haut grade.

Le maintien du secteur privé accentue donc les distorsions de revenus entre médecins hospitaliers.

Augmenter le champ de l'activité privée à l'hôpital, n'est-ce pas s'inscrire dans un processus de retour à un certain mercantilisme au sein même du service public ? N'est-ce point une source supplémentaire de divisions et d'affrontements dans le corps médical ?

Cette inégalité entre médecins va encore être renforcée par le texte présenté aujourd'hui. Alors que la communauté hospitalière a actuellement besoin de solidarité et que tout ce qui peut être créateur de tension au sein de cette communauté est néfaste, vous rétablissez ce que l'on appelle bien souvent « le mandarinate » : le service redevient l'unité de base de l'hôpital et vous redonnez tous les pouvoirs au chef de service. Ainsi, c'est lui qui organise le fonctionnement technique des services, qui propose les orientations médicales et qui règle les rapports avec l'administration. C'est lui qui crée ou qui ne crée pas de pôles d'activités. C'est lui qui délègue ses pouvoirs. S'il part, le pôle d'activités n'existe plus. Si, dans un service où existent cinquante ou quatre-vingts médecins, le chef de service ne veut pas créer de pôle d'activités, tout est bloqué.

M. Georges Benedetti. Très bien !

M. Franck Sérusclat. C'est juste !

M. Marc Bœuf. Ainsi, par ce projet de loi, on revient aux notions de service et de chef de service contenues dans un décret pris par le Gouvernement de Vichy en 1941.

Or, en 1987, la médecine ne peut plus être le fait d'un homme seul. C'est une réalité qui s'amplifie. Le médecin doit faire partie - surtout à l'hôpital - d'une équipe médicale et para-médicale. La complexité de certaines techniques exige un dialogue sur le dossier d'un malade au sein de l'équipe de ceux qui concourent au diagnostic et de ceux qui élaborent une thérapeutique. Cette collaboration doit s'étendre aussi aux autres personnels soignants, et ce toujours autour du malade.

Cette politique sera-t-elle possible avec le maintien de services rigides et cloisonnés ? Cette politique sera-t-elle possible avec un chef de service tout-puissant et nommé pratiquement à vie ? En effet, le projet de loi établit en fait une tacite reconduction des chefs de service tous les cinq ans. La procédure de non-reconduction serait considérée comme un blâme ou une sanction et non comme une possibilité de transmission de pouvoirs. Quelle commission médicale, composée en grande partie de chefs de service, se prononcera contre la reconduction d'un de ses pairs ?

La chefferie de service devient un grade qui ne veut pas en être un, mais qui, tout de même, en revêt toutes les caractéristiques.

C'est pourquoi ce projet de loi est rejeté par une majorité de médecins hospitaliers ; en effet, instituant plus qu'une hiérarchie, il rétablit une féodalité. Pensez-vous que nous puissions vraiment aller vers la notion d'hôpital-entreprise, lorsqu'un tel projet stérilise l'avenir des jeunes médecins, les déresponsabilise et les éloigne de la gestion ? Quel chef d'entreprise privée oserait prendre un tel risque ?

Ce renforcement de l'inégalité entre les médecins peut entraîner toute une génération de praticiens de valeur à fuir l'hôpital public et certains établissements iront alors vers des situations de pénurie, voire d'abandon.

M. Franck Sérusclat. Tout à fait !

M. Marc Bœuf. En effet, pour pouvoir assumer une parcelle de responsabilité concédée, les praticiens non chefs de service n'auront plus qu'à espérer le bon vouloir du chef de service de créer un pôle d'activité.

MM. Franck Sérusclat et Charles Bonifay. Très bien !

M. Marc Bœuf. Et qu'advient-il du statut des médecins récemment admis au concours de praticiens des hôpitaux ? Seront-ils assimilés aux chefs de service ou rétrogradés au rang d'assistants adjoints ?

Les médecins qui se sont engagés dans la carrière publique en passant le concours de praticiens hospitaliers ne vont-ils finalement pas être des victimes, puisque les fonctions qu'ils auront à remplir ne correspondront plus à ce qu'ils escomptaient légitimement dans le nouveau statut des praticiens hospitaliers ?

Enfin, pourquoi refuser, pour toute une carrière professionnelle, à des milliers de médecins, chirurgiens ou psychiatres des hôpitaux toute responsabilité dans la gestion et dans l'animation de leur structure de travail ? Comment concilier l'indépendance professionnelle à laquelle a droit tout médecin et la dépendance administrative, la suppression de la délégation pouvant à tout moment remettre en cause l'indépendance professionnelle du praticien non chef de service ?

C'est donc bien à la fois une discrimination entre médecins et une atteinte au principe même d'égalité que propose ce projet de loi.

L'hôpital français ne sera pas apte à affronter les problèmes que pose l'arrivée de techniques nouvelles. Certes, tout le monde est d'accord pour louer la départementalisation : elle devrait consister à regrouper les moyens humains et matériels pour une meilleure efficacité de soins aux malades ; elle devrait permettre des économies au budget des établissements hospitaliers. Les textes législatifs et réglementaires instituant la départementalisation devraient prendre place dans une évolution historique. C'est ce qui aurait fait leur force.

En fait, par le texte que vous présentez, la départementalisation risque de devenir bien souvent l'Arlésienne : on en parlera beaucoup, mais on ne la verra guère.

M. Henri Belcour. C'est le cas jusqu'à présent !

M. Marc Bœuf. C'est un recul pour le personnel soignant non médical qui pouvait espérer d'une véritable départementalisation un meilleur travail d'équipe et une réelle implication dans la marche de l'hôpital ; c'est un recul pour le personnel administratif, qui se trouve face à un système difficile à gérer et incohérent, associant un budget global et des services hospitaliers dirigés par des chefs de service. C'est également un recul pour la majorité des médecins hospitaliers qui voient leurs débouchés de carrière remis en cause par le rétablissement des chefs de service.

M. Jacques Bialski. C'est vrai !

M. Franck Sérusclat. Tout à fait !

M. Henri Belcour. Quand c'est trop, c'est trop !

M. Marc Bœuf. C'est enfin un recul pour les usagers, qui se plaignent, souvent à juste titre, de la dépersonnalisation du patient, considéré comme un numéro et voyageant d'un bout de l'hôpital à l'autre pour des examens, certes indispensables, mais mal coordonnés. (*Protestations sur les travées du R.P.R.*)

Le triptyque de la loi de 1983 - budget global, départementalisation et nouveaux statuts - avait vraiment une cohérence pour moderniser le fonctionnement de l'hôpital et pour mieux maîtriser les dépenses hospitalières.

M. Jacques Bialski. Tout à fait.

M. Marc Bœuf. J'ai peur que le texte qui nous est proposé ne remette en cause la politique de régulation des dépenses qui avait été mise en place par le gouvernement de la gauche.

Cependant, je dois reconnaître que vous avez admis le budget global et que votre projet de loi ne revient pas sur cette mesure.

Toutefois, un fait me trouble : pourquoi avoir présenté ce projet de loi avant la tenue des états généraux de la sécurité sociale ? Alors que ces états généraux doivent faire des propositions précises en ce qui concerne le financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire tant les recettes que les dépenses, vous nous proposez un texte sans connaître les conséquences financières de la future politique de la sécurité sociale, qui sera élaborée par ces états généraux.

Lorsque nous savons que les dépenses d'hospitalisation représentent bon an mal an 50 p. 100 des dépenses des caisses d'assurance maladie, lorsque nous constatons que les dépenses de santé ont augmenté de 11 p. 100 en 1986, contre une augmentation de 5,5 p. 100 en 1985,...

M. Charles Descours, rapporteur. Et le douzième mois ? C'est un mensonge !

M. Marc Bœuf. ... alors que la politique gouvernementale de l'époque, par le développement d'une alternative à l'hospitalisation et par une meilleure gestion des hôpitaux, avait réussi le maintien d'une non-croissance des dépenses de santé,...

M. Henri Belcour. Et le forfait hospitalier ?

M. Marc Bœuf. ... nous pouvons nous demander ce qui va se passer demain ! En effet, vous savez bien que le budget global ne peut être valable que s'il s'appuie sur des centres de responsabilités ; or, par votre réforme, ces centres de responsabilités n'existent plus. Les services, par leur rigidité et leur cloisonnement, seront inflationnistes. C'est un sujet qui aurait pu être abordé très utilement par les états généraux de la sécurité sociale. Ne pas le faire me donne l'impression que, dans la conception de ces états généraux, les jeux risquent d'être déjà faussés et les décisions déjà prises.

M. Franck Sérusclat. C'est vrai !

M. Marc Bœuf. Dernier point qui montre bien les aspects inégalitaires de ce texte, l'hospitalisation privée.

Les propositions du rapport Etienne, commandé par Jacques Delors et Pierre Bérégovoy, rendu public par Philippe Séguin et Edouard Balladur et consacré à la planification hospitalière, méritaient d'être reprises. Le professeur Etienne affirmait la nécessité du programme d'établissement, fixant objectif et moyens. Il faisait prévaloir l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins dans un contexte de contraintes budgétaires.

Certes, votre projet de loi s'inspire de certaines conclusions du rapport Etienne, mais très partiellement. Pourquoi s'en être tenu à la seule disposition du regroupement de cliniques privées ? Je crains, là aussi, qu'il n'y ait pas d'égalité de traitement entre hôpitaux publics et hôpitaux privés.

La procédure de l'accord « réputé accordé » fait disparaître tout acte constitutif permettant de faire courir des délais de recours en cas de contestation de la décision.

Le regroupement de cliniques privées ne risque-t-il pas d'entraîner une mainmise de grands groupes financiers sur l'hospitalisation privée et la création de cliniques de luxe réservées à une certaine catégorie de clientèle ?

De jeunes praticiens, espoirs de la médecine de demain, ne voyant aucune possibilité de promotion dans un hôpital public aux services rigides et cloisonnés, ne risquent-ils pas de fuir vers une hospitalisation privée plus rentable pour eux ?

M. François Delga. C'est déjà fait !

M. Marc Bœuf. Ainsi, les hôpitaux publics pourraient se voir dépouillés, à terme, des opérations rentables au profit de cliniques privées qui deviendraient très rapidement de véritables centres hospitalo-universitaires *bis*.

M. François Delga. Pourquoi pas ?

M. Marc Bœuf. Ce sont des craintes que nous exprimons. Elles montrent que ce projet de loi est bien porteur d'inégalités. En fait, il va vers la privatisation de notre système hospitalier. Il ne manquera pas de réintroduire une médecine à deux vitesses. Il s'inscrit donc dans une conception de société duale. Il s'inscrit encore dans une remise en cause d'une même protection sociale pour tous les habitants de notre pays.

Nous, socialistes, nous nous opposerons toujours à toute mesure discriminatoire, quelle qu'elle soit. Nous ne pouvons admettre qu'il y ait plusieurs possibilités d'accéder au système de soins, car le droit à la santé doit être le même pour tous.

M. Franck Sérusclat. Très bien !

M. Marc Bœuf. C'est pourquoi nous invitons les membres de la Haute Assemblée à voter le texte de la motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

M. Charles Bonifay. Très bien !

3

SOUHAITS DE BIENVENUE À UNE DÉLÉGATION PARLEMENTAIRE DE LA RÉPUBLIQUE INDIENNE

M. le président. Mes chers collègues, j'ai le plaisir de saluer la présence, dans la tribune présidentielle, d'une délégation de parlementaires de la République indienne.

Au nom de la Haute Assemblée, je leur renouvelle nos souhaits de bienvenue dans ce Palais du Luxembourg. (*Mme le ministre, Mmes et MM. les sénateurs se lèvent et applaudissent.*)

4

ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION ET ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Exception d'irrecevabilité (suite)

M. le président. Y a-t-il un orateur contre la motion ?...

M. le rapporteur. Je demande la parole, monsieur le président.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Je ne reviendrai pas point par point sur la déclaration de M. Bœuf. Toutefois, j'ai été frappé - je le lui dis de façon très modérée - par la pauvreté de son argumentation qui démontre bien qu'il n'avait, en réalité, pas grand-chose à dire - certes, je ne pensais pas le convaincre par mon exposé introductif ! - et j'ai noté, ici et là, quelques objections que je vais essayer de réfuter sans beaucoup d'espoir de le convaincre.

Il en est finalement revenu au secteur privé. Il se trompe de débat, ce qui n'est pas étonnant. Cela dit, je n'ai pas entendu parler du projet de loi sur lequel il devait pourtant

prendre la parole ! Il ne s'agit pas, sur le fond, d'un retour au passé. On ne rétablit rien, mon cher collègue. Si un projet de loi est aujourd'hui examiné, trois mois avant la tenue des états généraux, c'est parce qu'il n'existait rien. Je sais bien que M. Sérusclat est opposé au terme de vide juridique...

M. Franck Sérusclat. Vous aussi !

M. Charles Descours, rapporteur. ... mais, mon cher collègue, une loi a été votée en janvier 1984 avec une période transitoire qui devait durer jusqu'en janvier 1987. Nous sommes en mai 1987. Il n'y a donc plus, selon cette loi, ni service ni département. Aujourd'hui, il faut quand même que les hôpitaux fonctionnent et que ceux qui en ont la charge sachent où ils en sont. Il était donc nécessaire d'élaborer cette loi qui vient à son heure.

Je déplorerais également certains termes qui ont certainement dépassé la pensée de l'intervenant s'agissant du personnel médical et du personnel soignant. Je tiens à leur rendre ici hommage pour leur travail.

Sur la forme, je déplore le genre de discours que nous venons d'entendre où l'on fait appel à toute une série de notions qui en font plus un discours de préau ou de fin de campagne électorale qu'un débat digne de cette assemblée. (*Protestations sur les travées socialistes.*)

M. Franck Sérusclat. Vous pouvez en parler !

M. Charles Descours, rapporteur. On a parlé d'inégalité pour les malades et de discrimination entre les malades et les médecins. On est allé jusqu'à invoquer la Déclaration des droits de l'homme et jusqu'à nous rappeler que le malade était au centre du système hospitalier public et privé.

M. Franck Sérusclat. C'est vrai !

M. Charles Descours, rapporteur. L'homme est effectivement au centre de nos débats. Mme le ministre de la santé et moi-même avons prêté le serment d'Hippocrate et ne l'avons jamais oublié. Or, jusqu'à preuve du contraire, Hippocrate n'était pas socialiste ! (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.*)

M. Franck Sérusclat. Il n'était pas non plus de droite !

M. Charles Descours, rapporteur. On a rappelé aussi le régime de Vichy. J'en suis désolé. Ce genre de rappel me semble nuire à la qualité de nos débats. Nous sommes dans un débat technique ; je m'étais maintenu sur ce terrain, je déplore que vous vous en soyez écarté.

J'invite donc la majorité du Sénat à repousser cette motion. (*Applaudissements sur les mêmes travées.*)

M. le président. Je mets aux voix la motion d'irrecevabilité, repoussée par la commission.

Je rappelle que son adoption aurait pour effet d'entraîner le rejet du projet de loi.

(*La motion n'est pas adoptée.*)

Question préalable

M. le président. Je suis saisi par Mmes Luc, Fraysse-Cazalis, M. Souffrin, les membres du groupe communiste et apparenté d'une motion n° 1 tendant à opposer la question préalable.

Cette motion est ainsi rédigée :

« En application de l'article 44, alinéa 3, du règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (n° 210, 1986-1987) ».

Je rappelle qu'en application du dernier alinéa de l'article 44 du règlement du Sénat, ont seuls droit à la parole sur cette motion l'auteur de l'initiative ou son représentant, 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.

La parole est à Mme Fraysse-Cazalis, auteur de la motion.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Monsieur le président, madame le ministre, chers collègues, en présentant devant le Sénat cette question préalable sur votre projet de loi relatif

aux équipements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire, les parlementaires communistes tiennent à souligner la gravité des dispositions qu'il contient dans la mesure où elles consacrent un retour en arrière considérable. Parfaitement inscrit dans la logique gouvernementale d'attaques contre le système de santé et de protection sociale, il en constitue un élément important.

M. Pierre Louvot. Quelle caricature !

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Sans aucun doute, vous agissez avec méthode et cohérence dans tout le domaine sanitaire - démantèlement de notre système de protection sociale basé sur la solidarité et la contribution des revenus du travail - pour mettre en place un système de protection privée au grand bonheur des compagnies d'assurance et de leurs appétits financiers. Ainsi seront protégés ceux qui pourront payer cher, quant aux autres... ils auront bien sûr le droit de n'être pas soignés. A l'évidence, tel n'est pas votre problème. (*M. Michel Crucis proteste.*)

Dans la même logique, vous vous attaquez à la qualité et à la diversité des formes d'exercice médical avec notamment une offensive d'envergure contre les centres de santé dont on sait le rôle important qu'ils jouent au plus près de la population et en liaison avec les autres praticiens. C'est la même démarche qui conduit à favoriser le développement du secteur II de la convention médicale.

Dans ce contexte, votre projet de réforme du troisième cycle des études médicales - vivement combattu par les étudiants en médecine - prend toute sa valeur et confirme votre volonté de ne pas faire de la médecine générale une spécialité au même titre que les autres. Ainsi y aurait-il des médecins très qualifiés pour soigner les plus fortunés et des généralistes, véritables « fantassins de la médecine », ayant une formation moins élevée, mais à vos yeux suffisante pour traiter tous ces braves gens qui, de toute façon, n'ont pas les moyens de payer.

Enfin, vous nous proposez aujourd'hui une réforme hospitalière avec notamment le rétablissement du secteur privé dans les établissements publics, la restauration des chefs de service et la suppression de tout le contenu démocratique de la départementalisation pour mieux appliquer la politique d'austérité.

Tout cela, je le répète, est cohérent et procède de la volonté d'instaurer une médecine à plusieurs vitesses pour une société éclatée où ceux qui en auraient les moyens se verraient offrir des prestations médicales hors de portée des autres citoyens.

Cette politique est déontologiquement inacceptable pour le corps médical, l'ensemble des personnels de santé ainsi que pour les étudiants, à plus forte raison dans notre pays, qui compte près de trois millions de chômeurs et où l'extrême pauvreté a atteint un niveau alarmant.

Cette politique qui prend appui sur les abandons consentis avant mars 1986 par le gouvernement Fabius - remise en cause de la couverture sociale, forfait hospitalier, abandon progressif d'une départementalisation associant tous les personnels et tentatives de renforcer la sélection à l'entrée de l'université comme le montre avec éclat la publication du rapport Schwartz commandité par l'Elysée - doit être vigoureusement dénoncée et combattue.

M. Charles Descours, rapporteur. Et toc !

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Le mouvement des étudiants en médecine comme les manifestations des 22 mars et 14 mai derniers soulignent à quel point elle est largement repoussée par les Français.

Voilà où conduit ce que vous appelez pudiquement « le libéralisme », mais qui n'est autre que l'exaltation et l'aboutissement logique du profit. La réponse aux besoins des gens n'est pas votre souci. La santé est pourtant l'une des richesses essentielles d'une société.

C'est ce que soulignait, en ces termes, le préambule de la Constitution de 1946. Revenir aux textes fondamentaux gêne quelques esprits ici. Pourtant, il me semble intéressant de citer ces mots lourds de sens : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé... »

Il est particulièrement préoccupant de voir la santé d'une nation organisée et pensée elle aussi en termes de profits, ce qui revient à spéculer sur la maladie. La démarche des communistes est diamétralement opposée. Nous pensons au contraire qu'une population saine constitue un formidable investissement pour un pays. C'est pourquoi nous combattons votre texte.

Notre conception de la santé rejoint celle qu'en donne l'excellente définition de l'Organisation mondiale de la santé, qui, prenant l'être humain dans sa globalité, déclare : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Votre projet de loi lui tourne le dos. De même qu'avec l'ensemble du dispositif que vous mettez en place, en instituant une médecine au rabais pour les pauvres et une médecine bénéficiant des meilleurs atouts, tant techniques qu'humains, pour les privilégiés, vous bafouez l'article 1^{er} de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, qui proclame que les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit.

S'il était voté, votre projet de loi aggraverait encore les inégalités déjà criantes face à la maladie et à la mort. C'est profondément contraire aux principes qui doivent régir notre société et c'est, comme je l'ai déjà dit, un retour en arrière considérable pour l'état sanitaire de notre société.

L'un des aspects clés de votre texte, madame le ministre, est le rétablissement du service comme unité de base avec, à sa tête, un chef de service doté de tous les pouvoirs.

La conséquence directe d'une telle mesure est la remise en cause de l'organisation en départements. A l'évidence, deux conceptions totalement opposées s'affrontent : celle du pouvoir personnel face à celle du travail d'équipe, celle des intérêts corporatistes face à celle de l'intérêt du malade.

A l'heure où les progrès techniques explosent, exigeant des connaissances de plus en plus pointues, et donc la mise en commun des savoirs au sein d'équipes pluridisciplinaires, vous rétablissez les services avec, à leur tête, la toute-puissance d'un chef. Il ne s'agit même pas d'un simple retour en arrière. En effet, l'organisation en services a joué un rôle utile à une autre étape. C'est le maintien d'une organisation inadaptée à la médecine d'aujourd'hui, insuffisante pour permettre aux médecins et au personnel soignant - à toutes les catégories du personnel - la meilleure utilisation de leurs connaissances au service des malades.

Vous êtes d'ailleurs vous-même amené à reconnaître que l'organisation en départements présente des avantages indiscutables, tant en ce qui concerne la gestion et la rationalisation des moyens, la qualité des soins, que l'enseignement et la recherche.

Vous n'osez donc pas supprimer la départementalisation, mais vous la rendez facultative, et vous vous gardez bien de prévoir les moyens incitatifs à sa mise en place. Bien au contraire, en donnant tout pouvoir au seul chef de service, notamment celui de créer ou de supprimer le département, vous étouffez les possibilités d'un fonctionnement efficace, fondé sur les nouvelles exigences posées aujourd'hui.

Les techniques modernes, les nouveaux savoirs nécessitent toujours plus de réflexions communes et de démocratie, aussi bien pour assurer au malade la meilleure qualité possible des soins donnés que pour se parer d'éventuels effets négatifs qu'une mauvaise appropriation des techniques modernes pourrait mettre au jour.

Vous le voyez, y compris au regard de l'éthique médicale, votre texte n'est pas acceptable.

Le retour au mandarinat, à la chefferie de service témoigne du peu de cas que vous faites des vertus fondamentales de la réflexion collective et de la démocratie dans son acception la plus large.

Vous prétendez que l'élection des chefs de département par leurs confrères et l'ensemble des représentants des personnels présente un risque de politisation et d'atteinte à l'autorité médicale. Mais pouvez-vous développer devant nous les risques que vous voyez à leur nomination dans le secret des cabinets ministériels ? Nous serions également intéressés de connaître quels seront les critères de choix puisque, à l'évidence, les critères politiques n'interviendront pas du tout dans la décision du ministre ! Quelle hypocrisie !

Tous les modes de nomination présentent, certes, des avantages et des inconvénients, mais l'élection reste l'un des moyens les moins dangereux. Je croyais que l'élection était l'apanage de la démocratie, mais je vois, que, au-delà des discours ronflants, vous craignez de confier aux professionnels eux-mêmes le choix de leur organisation. Vous préférez nommer vous-même, c'est plus sûr !

Votre libéralisme a de toute évidence des limites. Il me plaît de les souligner ici ! Il s'agit de nommer des chefs de service qui, au-delà de leurs compétences, présenteront des garanties politiques et accepteront de gérer leur service hospitalier selon vos critères d'austérité. Le plus zélés seront, bien sûr, les mieux récompensés.

De cette organisation découle une dépendance absolue des autres praticiens vis-à-vis de leur chef de service, ce qui ne peut que nuire au travail fructueux de chacun et de tous. Il en est de même pour les personnels, disponibles à souhait et malléables à merci dans le cadre d'une meilleure « flexibilité ».

Face à cette logique dépassée des seigneurs et des serfs...
(*Protestations sur les travées du R.P.R. et de l'U.R.E.I.*)

M. Pierre Louvot. C'est le Moyen Age !

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Oui, mon cher collègue, nous y retournons au Moyen Age !

M. Michel Crucis. Il ne faut pas pousser !

M. Henri Belcour. Allez voir à Moscou !

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Face à cette logique, dis-je, face à votre conception parfaitement rétrograde, nous opposons la concertation et le respect mutuel au sein d'équipes où tous les personnels concernés peuvent avoir l'initiative, où chacun, à son poste de responsabilité, peut prendre une part active à la réflexion collective, et ce dans l'intérêt des patients.

Comment peut-on répondre aux besoins des malades, de la population, en général, sans répondre à ceux des personnels soignants, médicaux, paramédicaux ou à ceux des personnels administratifs, techniques et ouvriers, alors que l'hôpital de notre temps appelle des équipes stables et qualifiées regroupant tous ceux qui concourent aux soins et au bien-être des malades ?

La première partie de ce texte est, à l'évidence, dans sa logique, en complète cohérence avec la suite, qui concerne le développement sinon illimité, du moins largement encouragé du secteur privé.

Nous considérons que le privé peut et doit coexister avec le public. Mais pour qu'il apporte quelque chose d'utile, il doit travailler dans une conception de complémentarité, de non-concurrence et de transparence.

Or, sous prétexte de donner les mêmes chances au privé qu'au public, vous favorisez le regroupement d'établissements privés, en supprimant l'essentiel des possibilités de contrôle et de rationalisation. Vous abandonnez le service public aux appétits féroces des capitaux privés pour, finalement, les faire fonctionner comme une entreprise « rentable » où les soins seraient conçus comme une source de profit.

C'est ce que vous avez commencé à faire lorsqu'en décembre dernier, au cours de l'examen des D.M.O.S., vous avez prévu la possibilité d'introduire le secteur libéral à l'intérieur de l'hôpital en en faisant un moyen de financement des services.

Loin de l'équité entre public et privé, dont vous vous réclamez, c'est, en fait, la possibilité offerte au privé de bénéficier des atouts du secteur public - locaux, matériel, recherche, formation - pour investir, quant à lui, dans des domaines rentables, au sens financier du terme, bien entendu.

Ainsi s'accroît le processus de désengagement de l'Etat, déjà bien enclenché avec la privatisation des services de blanchisserie, de restauration, d'entretien et même de téléphone, comme dernièrement au C.H.U. de Nantes où les malades ont été contraints de payer 95 francs par semaine la location de leur poste téléphonique.

L'hôpital-entreprise que vous voulez instaurer est déjà en place dans d'autres pays. Aux Etats-Unis, par exemple, où les établissements se livrent une concurrence sans merci, au niveau scientifique comme au niveau financier, où, schématiquement, tout est permis pourvu que cela rapporte de l'argent.

Le récent scandale des trafics d'organes prélevés sur des enfants sud-américains, que nos médias, préoccupés de liberté et de droits de l'homme, ont d'ailleurs curieusement étouffé, montre jusqu'où peut conduire l'introduction de la rentabilité financière dans le domaine de la santé.

C'est pour nous une raison supplémentaire d'agir pour exiger la mise en place de structures hospitalières ayant des règles de fonctionnement démocratiques et transparentes, exclusivement tournées vers les besoins des malades. C'est très exactement le contraire de ce que vous faites.

Nous entendons sans cesse parler du coût excessif de la santé, mais vous ne parlez jamais de la richesse que constitue l'activité sanitaire ; richesse humaine, d'abord - ce n'est pas un détail, permettez-moi de le rappeler ici - richesse sociale, ensuite, mais aussi richesse économique.

Il faut savoir que l'hôpital constitue le troisième marché intérieur français et qu'il occupe 4 p. 100 de la population active. Que dire aussi du rôle moteur qu'il joue dans la recherche et le développement des techniques de pointe ? Le biomédical, l'industrie pharmaceutique sont autant de secteurs liés à l'activité sanitaire.

Il est donc faux sur toute la ligne d'envisager la politique de santé uniquement en termes de coûts ou encore de charges pour la société.

Votre texte, madame, n'est pas acceptable. Il aggrave une injustice majeure et particulièrement intolérable : la discrimination entre les citoyens devant l'accès aux soins.

Vous qui défendez vos privilèges avec autant d'acharnement, votre conscience n'est-elle pas interpellée quand, au seuil de l'an 2000, alors que les progrès de la connaissance ouvrent à l'humanité des possibilités formidables, vous n'avez rien d'autre à proposer que le chômage, la flexibilité, le travail de nuit pour les femmes, la régression de la protection sociale, le recul sanitaire et l'accumulation des engins nucléaires de mort ?

Avouez qu'en y regardant de loin comme de près les mesures que vous mettez en place et les perspectives que vous nous proposez ne sont pas brillantes. Votre fameuse société libérale a pour le moins quelle difficulté à soulever les jeunes enthousiasmes. C'est d'ailleurs compréhensible !

Il faut vous rendre à l'évidence, cette vieille société de profit est au bout du rouleau. Elle ne parvient même plus à assurer sa fonction minimale : faire tourner l'économie et assurer un seuil acceptable de protection à la population.

Vous fabriquez la misère en série et démontrez tous les jours votre incapacité à répondre aux besoins humains les plus élémentaires et à les laisser s'épanouir. Le texte qui nous est soumis en est une triste illustration.

Non seulement il n'ouvre aucune perspective aux jeunes médecins, aux praticiens hospitaliers, au personnel soignant et non soignant, mais il accentue les discriminations entre eux et les contraintes à leur égard.

Non seulement il tourne le dos à ce que doit être un hôpital moderne, mais il remet en cause l'essentiel des valeurs qui ont forgé le haut niveau de la médecine française au service du plus grand nombre.

Telles sont, madame le ministre, mes chers collègues, les raisons qui fondent cette question préalable, que le groupe communiste demande au Sénat d'adopter par scrutin public.
(*Mme Marie-Claude Beaudeau applaudit.*)

M. le président. Y a-t-il un orateur contre ?...

M. Charles Descours, rapporteur. Je demande la parole.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, je croyais que M. Bœuf était allé assez loin dans l'inflation verbale, mais je viens de voir qu'on pouvait faire mieux !

Je ne souhaite pas répondre sur le fond...

Mme Marie-Claude Beaudeau. C'est dommage !

M. Charles Descours, rapporteur. Je répondrai au moment de la discussion des articles, madame.

Quand on dit que les chefs de service vont être nommés dans le secret des cabinets, alors qu'il y aura un vote du conseil d'administration et un vote de la commission médicale consultative, je crois que l'on confond les pratiques qui

ont cours place du Colonel-Fabien et celles qui sont en usage dans les hôpitaux publics. (*Mme Marie-Claude Beaudeau rit. - Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste.*)

En ce qui concerne l'« hôpital entreprise », si la santé n'a pas de prix, elle a un coût et, vu le coût qu'elle atteint aujourd'hui, les responsables politiques, quels qu'ils soient, doivent réfléchir aux problèmes que cela pose.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Je n'ai pas dit le contraire.

M. Charles Descours, rapporteur. Voilà au moins un point sur lequel nous sommes d'accord, madame !

Enfin, avant de vous demander de rejeter cette motion, mes chers collègues, je vous avouerai que je suis toujours très sensible aux propos des élus communistes quand ils me parlent de démocratie et de concertation. (*Sourires sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.*)

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Vous progressez donc !

M. le président. Je mets aux voix la motion n° 1, tendant à opposer la question préalable, repoussée par la commission et dont l'adoption aurait pour effet d'entraîner le rejet du projet de loi.

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° 167 :

Nombre des votants	317
Nombre des suffrages exprimés	317
Majorité absolue des suffrages exprimés	159
Pour l'adoption	79
Contre	238

Le Sénat n'a pas adopté.

Discussion générale (suite)

M. le président. J'indique au Sénat que, compte tenu de l'organisation du débat décidée par la conférence des présidents, les temps de parole dont disposent les groupes pour la discussion générale sont les suivants :

Groupe du rassemblement pour la République, cinquante-huit minutes ;

Groupe de l'union centriste, cinquante-cinq minutes ;

Groupe socialiste, cinquante-deux minutes ;

Groupe de l'union des républicains et des indépendants, quarante-sept minutes ;

Groupe de la gauche démocratique, trente-huit minutes ;

Groupe communiste, vingt-sept minutes ;

Réunion administrative des sénateurs ne figurant sur la liste d'aucun groupe, vingt-trois minutes.

La parole est à M. Beaudeau.

Mme Marie-Claude Beaudeau. Madame le ministre, mon amie le docteur Fraysse-Cazalis a exposé avec clarté, voilà quelques instants, nos critiques sur votre projet de réforme hospitalière. Je vous présenterai maintenant, au nom du groupe communiste, des propositions concrètes qui se fondent sur deux constats.

Premier constat, huit millions de personnes vivent aujourd'hui en France avec moins de 50 francs par jour parmi lesquelles deux millions et demi sont sans ressources. Ces exclus de la société ont une espérance de vie moyenne de cinquante-sept ans alors que, si l'on en croit la moyenne nationale publiée dans *Informations hospitalières*, elle est de 79,4 ans pour les femmes et de 71,3 ans pour les hommes,

pour l'ensemble de la population en 1987. Cette moyenne de cinquante-sept ans était celle de notre pays voilà un siècle, avant même l'existence de Pasteur et la mise en évidence des microbes.

Ces chiffres montrent que, dans la France de 1987, des millions de personnes n'ont pas les moyens de garantir, de préserver leur santé. L'hôpital est souvent le dernier recours.

La réforme hospitalière doit prendre en compte cette réalité, tout comme elle devrait pouvoir mieux jouer son rôle de prévention, d'animation pour conseiller, prévenir, guérir, suivre.

Or, les chiffres montrent que, de 1980 à 1985, les dépenses d'hospitalisation sont passées de 50,7 p. 100 à 48,9 p. 100 de la consommation médicale totale. Elles diminuent en pourcentage, contrairement à ce que déclare le Gouvernement.

En se référant aux chiffres publiés en 1982, on constate que ce pourcentage, dépenses d'hospitalisation par rapport à celles de santé, était de : 45,9 p. 100 pour la France ; 50,8 p. 100 pour la Grèce ; 50,1 p. 100 pour les Etats-Unis ; 55,1 p. 100 pour le Canada ; 49,8 p. 100 pour l'Italie ; 59 p. 100 pour les Pays-Bas. Nous pourrions citer d'autres chiffres, publiés d'ailleurs dans *Informations hospitalières*, pour confirmer notre analyse.

Les Français ont de plus en plus besoin de l'hôpital pour des raisons tenant à l'évolution générale de notre société et pour des raisons plus spécifiques liées à l'aggravation de la crise. Dans le même temps, le Gouvernement, par la politique qu'il mène, réduit son aide à l'hôpital, allant même jusqu'à ne plus aider un équipement, comme le scanographe, souvent vital pour un établissement, qui reste maintenant totalement à la charge du budget de l'hôpital.

Ce premier constat nous conduit à proposer une aide nouvelle, spécifique, à court et à long terme, afin de donner de nouveaux moyens aux hôpitaux et de répondre aux besoins en personnels, en équipements, notamment de matériels lourds : scanographes, postes d'hémodialyse, caméras à scintillation, accélérations de particules, bombes au colbat, appareils d'imagerie par résonance magnétique, implantation de lithotripteurs, etc.

Cette nécessité de donner plus de moyens à l'hôpital ne concerne pas seulement l'investissement nécessaire pour nous placer dans les évolutions scientifiques d'une modernisation toujours plus grande de l'hôpital mais également les dépenses de fonctionnement.

L'examen de l'évolution des coûts hospitaliers traduit une régression constante des pourcentages d'augmentation des budgets des établissements d'une année sur l'autre dans les dix dernières années, donc pas seulement sous ce gouvernement, madame le ministre.

En 1979, la progression réelle sur l'année antérieure était de 17,2 p. 100 ; en 1980 de 17,5 p. 100 ; en 1981 également de 17,5 p. 100 ; en 1982 de 14,6 p. 100 ; en 1983 de 12 p. 100 ; en 1984 de 8 p. 100 ; en 1985 de 8,8 p. 100 ; pour 1986, nous ne connaissons que le taux directeur initial qui était de 3,4 p. 100 et qui est tombé en 1987 à 2,3 p. 100.

Nous demandons donc une réactualisation importante en 1987, comme d'ailleurs cela se pratiquait chaque année, réactualisation d'autant plus nécessaire que des charges nouvelles ont été imputées aux établissements hospitaliers par décision gouvernementale : un exemple, les congés bonifiés qui, pour certains hôpitaux, se traduiront par une dépense supplémentaire représentant des dizaines de millions d'anciens francs.

Soyons également réalistes face à ces chiffres. En effet, depuis 1983, on a incorporé des rémunérations médicales au budget, mais sans que cette modification soit prise en compte dans le taux directeur initial.

Cette réactualisation du taux directeur, nous proposons que le Gouvernement la réalise sur la base des chiffres de 1985 - 5,7 p. 100 par rapport à 1984, soit une progression réelle des budgets de 8 p. 100 - avec comme objectif de faire les calculs pour que l'augmentation réelle atteigne 10 p. 100.

Cette proposition est réaliste, concrète, et attendue par les établissements hospitaliers. Elle correspond aux besoins nouveaux de la population en matière de santé du fait de la crise. Elle s'inscrit dans une politique d'intérêt national : la France a besoin d'un hôpital plus moderne, mieux équipé, offrant un service pouvant répondre à la fois aux soins du malade et à la prévention du bien-portant.

Le deuxième constat que nous établissons est que l'hôpital a besoin de plus d'ouverture, de démocratie, de concertation.

Votre projet de loi, madame le ministre, va dans un sens diamétralement opposé, avec une centralisation des pouvoirs et des responsabilités au sein de l'établissement, avec une accélération de la privatisation.

L'autoritarisme que vous souhaitez développer correspond à ce que je disais précédemment : il faut imposer un certain nombre de réductions des dépenses, de refus de modernisation, de réduction du temps de séjour et l'augmentation des dépenses pour le malade.

Le dispositif que vous nous proposez redonnera un caractère centralisateur avec le renouveau des pouvoirs du chef de service que, dans les faits, le conseil d'administration ne pourra guère contester.

Le service est rétabli et correspond à nouveau à l'unité de base de l'hôpital. Il rend la création du département facultative. Toute perspective de démocratisation s'éloigne avec ce retour en arrière.

Pour vous, madame le ministre, il s'agit par là d'appliquer les notions de rentabilité, chères au capitalisme, à l'établissement hospitalier : le statut de l'hôpital sera celui d'une entreprise devant, par tous les moyens, réduire les dépenses, refuser les créations de postes et les investissements pour s'équiper, accepter la privatisation de services entiers.

Il ne faut pas oublier que les services généraux des hôpitaux représentent 12,3 p. 100 des budgets. Quelques exemples : pour la restauration, l'hôpital a fabriqué et servi 280 millions de repas par an et emploie 25 000 agents ; les services de lingerie traitent 400 000 tonnes de linge par an et emploient 15 000 agents ; les télécommunications représentent 400 000 lignes intérieures et emploient 4 000 agents ; les services d'énergie utilisent 1,2 million de tonnes d'équivalent-pétrole et emploient 2 000 agents.

La privatisation intéresse le profit et déjà, dans certains hôpitaux, des sociétés privées entreprennent de s'installer et de se développer.

La part de l'informatique dans les budgets d'exploitation augmente régulièrement : elle est passée de 0,45 p. 100 en 1982 à 1,18 p. 100. L'informatique, la recherche du profit attirent les sociétés privées.

La réduction des dépenses, la privatisation entraînent des réactions et des luttes de la part des hospitaliers, des médecins, du personnel de soins, de santé, et d'administration. des luttes également des usagers, des malades, de leur famille. J'ai pu le constater dans un centre hospitalier de Gonesse, dans le Val-d'Oise, où 2500 personnes, à la porte de l'hôpital, ont signé une pétition pour obtenir un scanographe. Les malades de l'hôpital ne supportent plus les transports incessants vers d'autres hôpitaux ou cliniques privées afin de subir des examens qui, en toute logique, devraient être réalisés à l'hôpital.

Madame le ministre, votre projet de loi vise également à empêcher ces luttes pour assurer une meilleure rentabilisation d'une entreprise de type capitaliste et de préserver le budget de l'Etat qui pourra alors apporter une aide aux profits dans d'autres domaines plus rentables. Le secteur privé reprend, la place qu'il occupait à l'hôpital avant la loi du 28 octobre 1982.

Votre projet de loi, sous couvert de le ménager, s'attaque au département. Pour nous, le département est l'institution qui permet la concertation permanente avec la pluralité des compétences, des avis, voire de certaines décisions.

Le département est un instrument indispensable pour une organisation plus efficace des soins, pour une utilisation plus rationnelle des équipements et des installations.

Le département est également la garantie la plus sûre contre toute tentative de faire de l'hôpital une entreprise à vocation de profits, mais aussi de lui préserver son caractère de centre de soins, d'aides, fonctionnant avec comme seul critère l'intérêt du malade.

Le groupe communiste propose l'abandon du projet de remise en cause du département et une redéfinition encore plus poussée de cette structure de base démocratique, pluraliste, efficace et moderne.

Notre groupe estime également que la mise en place au sein des services des pôles d'activités marque un retour vers la centralisation, vers un autoritarisme renforcé.

De telles structures sont utilisées pour aller dans un sens totalement opposé à une vocation qui est, selon même un représentant de la majorité « de réduire l'anonymat pour offrir aux jeunes praticiens la possibilité d'exercer de véritables responsabilités. »

Soyons réalistes, madame le ministre : le seul patron, le seul maître d'œuvre est le chef de service. C'est lui qui prend l'initiative de créer un pôle d'activités. C'est le chef de service qui décide, seul, de déléguer une partie de son pouvoir. C'est le chef de service qui choisit, seul, le délégué. C'est le chef de service qui détermine, seul, le contenu de la délégation. C'est le chef de service qui, seul, met fin à cette délégation.

Dans de telles conditions, le jeune praticien n'est plus qu'un simple instrument, qu'un simple rouage exposé à tous les risques de chantage, l'agent d'une volonté extérieure.

Mais le chef de service lui-même ne va-t-il pas être exposé à certains risques ? Le chef de service est nommé par vous, madame le ministre. L'acte de nomination risque de peser sur les décisions qu'il prendra. Il ne disposera pas, vis-à-vis du pouvoir central, vis-à-vis de la politique en matière de santé, de la même liberté que s'il était élu. L'élection donne la liberté de jugement, de décision ; la nomination impose, tôt ou tard, des servitudes, qui, en l'espèce, seront le soutien aux choix définis en matière de politique de la santé.

C'est une des raisons principales qui nous conduisent à proposer le rétablissement du département et l'élection du chef de département.

Madame le ministre, nous avons une autre conception de l'hôpital, de son organisation. Ce n'est pas celle d'un hôpital entreprise, ni d'un hôpital avec un droit à la santé à plusieurs vitesses, ni d'un hôpital caserne, où le commandement se substitue à la responsabilité. L'hôpital que nous voulons est l'hôpital de service public, moderne, capable de répondre aux besoins de tous les malades, quels que soient leur âge, leur condition économique, leurs revenus, leur race, un hôpital qui ait le même égard pour la santé de chaque malade et un hôpital qui assure le droit aux mêmes soins, à la même sollicitude et à la même attention.

En matière de santé, plus qu'ailleurs peut-être, un doit être égal à un. L'hôpital que nous vous proposons le permet.

Son fonctionnement implique collégialité pour la prise des décisions, pluralisme des compétences, indépendance totale de jugement au sein du département, dont le responsable est élu, et cela dans le domaine spécifiquement médical.

Mais nous pensons également, madame le ministre, que dans le domaine administratif, financier, le département permettrait de réduire les cloisonnements, les gaspillages, d'utiliser de façon plus rationnelle salles, équipements, d'élaborer le budget en partant des besoins réels des malades en matière de santé.

Il existe une profonde contradiction, madame le ministre, entre les propos que vous avez tenus devant la commission des lois et le projet de loi qui nous est soumis aujourd'hui. Vous affirmiez alors une grande confiance dans le département considéré comme une structure d'avenir de l'hôpital. Votre projet de loi le rejette dans les faits et rétablit les pouvoirs du mandarin, qui, pensions-nous, avait disparu.

Dans notre souci de voir profondément démocratisé le fonctionnement du conseil d'administration, nous renouvelons des propositions faites à plusieurs reprises en vue d'une meilleure représentation des personnels, des élus et aussi de toutes les collectivités sur lesquelles l'établissement étend son influence. Nous proposons également qu'à la concurrence, au silence, se substitue une coordination entre des hôpitaux de types différents : régionaux, généraux, locaux. La complémentarité doit jouer, avec la participation pleine et entière des hôpitaux de l'assistance publique. Il y a un champ nouveau, fondé sur la collaboration, à explorer et à développer. La formation du praticien est aussi un élément d'une politique de haute qualité en matière hospitalière.

Mme Fraysse-Cazalis a rappelé tout à l'heure notre position sur votre projet de loi. J'y reviens seulement pour insister de nouveau sur le fait que seul l'hôpital, lieu multidisciplinaire, présentant le plateau le plus performant, est capable de développer une formation initiale et permanente de qualité, une formation où il ne s'agirait pas seulement d'actualiser les connaissances, mais aussi de les adapter aux besoins de la population. L'hôpital doit offrir aux médecins qui ont choisi de le servir de meilleures conditions de travail et de rémunération. Sur 74 600 médecins travaillant à l'hôpital, ils sont 42 800, soit 57 p. 100, à être des médecins salariés exclusifs - à temps plein - et 31 800 à temps partiel, dont 40 p. 100 d'internes ou bien en faisant fonction. L'hôpital représente donc, pour 57 p. 100 des médecins hospita-

liers, le lieu d'exercice de leur profession. Ces médecins qui se consacrent totalement à l'hôpital doivent recevoir de lui de meilleurs salaires.

La situation de précarité doit également être régularisée, par l'intégration de nombreux vacataires, particulièrement nombreux en psychiatrie.

L'hôpital doit également, à notre avis, être un centre privilégié, un lieu de recherche, un lieu ouvert vers l'extérieur, c'est-à-dire un lieu capable d'envisager soins à domicile dans certains cas, pratique de réadaptation, de rééducation, de préparation au retour à la vie normale.

Je voudrais aborder rapidement trois autres questions liées directement ou indirectement à l'hôpital.

Premièrement, la prévention doit bénéficier d'un développement nouveau. Il faut cesser de valoriser exclusivement la médecine de réparation, qui ignore les causes profondes de la maladie et met de côté systématiquement tout ce qui est facteur de risques dans la vie, le travail.

A l'échelon de l'école, de l'entreprise, des efforts nouveaux sont nécessaires pour aboutir à ce que les tâches de dépistage, d'éducation pénètrent de façon plus rationnelle le secteur hospitalier.

Investir dans la prévention est loin de représenter un coût ; cela constitue au contraire une économie, un atout.

Lutter contre l'origine des maladies par immunisation, réduire les facteurs de risques de l'environnement, développer l'éducation sanitaire tendant à modifier les habitudes de vie des populations, dépister les maladies et leur propagation de manière précoce - je pense ici notamment au S.I.D.A. - en apportant une attention plus grande aux populations à risques - femmes enceintes, nouveaux-nés, enfants scolarisés, travailleurs - il faut tout mettre en œuvre pour éviter les suites négatives des maladies déclarées.

Pour nous, tout cela signifie accroître les chances de guérison, mais aussi épargner aux citoyens les souffrances liées à la maladie et aussi investir beaucoup moins pour demain.

Voilà, madame le ministre, la conception que nous avons d'une politique de la santé attentive à la défense de l'homme dans son intégrité, de l'homme exposé aux risques, de l'homme malade, de l'homme guéri. Eh oui, madame le ministre, même l'homme guéri peut poser des problèmes. Faut-il que je rappelle à ce propos le cruel fait divers relaté par les journaux il y a quelques jours, le cas de cette jeune leucémique, parfaitement guérie de sa maladie, mais qui, incapable de trouver du travail, menace de se donner la mort ? Un cas limite, dira-t-on. Mais une politique soucieuse en même temps du bien-être et des intérêts des citoyens doit aussi prendre en compte les cas limites, qui sont d'ailleurs bien plus nombreux qu'on ne le pense.

Deuxièmement, le financement de la sécurité sociale doit être revu pour assurer la protection sociale face aux mesures de remise en cause que vous prenez : certains médicaments ne sont plus remboursés, d'autres voient leur taux de remboursement diminuer ; des opérations et des maladies graves ne sont plus remboursées à 100 p. 100 ; les prothèses dentaires et auditives sont l'objet de difficultés nouvelles.

L'hôpital ne peut faire face à une situation dont vos décisions sont responsables.

Pour défendre et sauver la sécurité sociale, nous avons des propositions.

Je rappellerai notamment celles qui ont trait au financement, car le sort de l'hôpital est directement lié à celui de la sécurité sociale.

Nous proposons tout à la fois de faire contribuer les dividendes et les placements financiers au même niveau que les salaires, ce qui rapporterait 36 milliards de francs, de faire contribuer les fortunes, de revoir l'assiette de financement afin de ne pas limiter les cotisations à la masse salariale, mais de l'étendre aux profits, enfin, de récupérer les dettes patronales. Le système actuel de financement favorise les entreprises qui réalisent un maximum de profits avec un minimum de salariés, ainsi que les entreprises qui licencient au détriment des entreprises de main-d'œuvre qui créent des emplois.

Je voudrais en quelques mots évoquer la situation des personnels hospitaliers.

Les personnels hospitaliers non médicaux représentent 650 000 travailleurs dans le secteur public et 215 000 dans le secteur privé.

Leur nombre est notoirement insuffisant. On peut estimer à 10 p. 100 le nombre de travailleurs supplémentaires qui seraient nécessaires pour assurer un service décent.

Leur garantie statutaire est menacée.

Leur salaire ne correspond pas à leurs responsabilités.

M. le président. Je souhaite vous faire remarquer, madame Beaudeau, que votre groupe dispose de vingt-sept minutes et que vous en avez déjà utilisé vingt-deux. Il vous en reste donc cinq pour conclure.

Mme Marie-Claude Beaudeau. Cela me suffira, monsieur le président.

Infirmiers et personnels paramédicaux avec bac + 3 perçoivent un salaire de 5 500 francs par mois. Des employés - et ils sont nombreux - gagnent tout juste le Smic.

Quant aux « tucards », nombreux aussi - plusieurs milliers - ils sont employés sans aucune garantie et perçoivent des rémunérations indignes.

La participation à la vie, au fonctionnement de l'hôpital est réduite au silence, voire à la sanction.

Pour nous, améliorer le service public hospitalier signifie la création des postes nécessaires, des rémunérations à la hauteur des responsabilités assumées et la participation à la vie des services et aux décisions.

Nous pensons que l'hôpital a besoin de personnels mieux formés, avec garantie de l'emploi, et associés aux décisions les concernant. Il ne suffit pas de leur adresser des louanges, il faut passer aux actes, madame le ministre, car ce personnel doit souvent prendre sur lui, sur son salaire, sur ses conditions de travail pour servir le malade. Usez-en, madame le ministre, mais n'en abusez pas !

Pour nous, la protection sociale est un droit fondamental de l'individu, une conquête sociale et démocratique. Elle repose sur la solidarité nationale.

Avec la crise, deux conceptions s'affrontent.

La vôtre, madame le ministre, au nom d'une gestion capitaliste, réduit les dépenses de santé. Elle est source de difficultés pour le corps médical, les personnels soignants, la protection sociale et la population elle-même. Elle est une atteinte aux droits de l'homme. Elle aggrave les inégalités, l'injustice et l'insécurité. Votre projet de réforme est mis au service de cette politique.

A cette conception s'affronte la nôtre. Notre politique hospitalière, fondement d'une politique globale de santé, considère que la protection sociale, la prévention et les soins sont producteurs de richesse. Répondre aux besoins sociaux est une condition de l'épanouissement individuel et de l'équilibre de la société.

Le Sénat s'honorerait en partageant notre point de vue, en rejetant la réforme proposée par le Gouvernement et en lui substituant une politique hospitalière digne de la France et des Français. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

Mme Héléne Luc. Monsieur le président, puisque ma collègue Marie-Claude Beaudeau n'a pas épuisé le temps de parole imparti à notre groupe - nous disposons encore de deux minutes - je vous demande la permission de poser une question très brève mais très importante et très urgente à Mme le ministre.

M. le président. Madame Luc, le débat est organisé ; il vous reste, certes, deux minutes, mais il est treize heures et nous allons suspendre ; vous poserez votre question plus tard.

Mme Héléne Luc. Monsieur le président, je n'ai pas voulu interrompre ma collègue, pour ne pas désorganiser notre débat ; mais je vous demande de me laisser intervenir maintenant. Si Mme le ministre ne peut pas me répondre tout de suite, elle le fera plus tard ; si elle ne veut pas me répondre aujourd'hui, elle le fera par écrit.

M. le président. Je vous laisse, par bienveillance, madame, poser votre question.

Mme Héléne Luc. Ma question concerne l'école d'infirmières de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, que l'on veut supprimer. On demande, en fait, aux élèves d'aller à Créteil.

M. Henri Belcour. Posez une question écrite !

Mme Hélène Luc. Je signale que cette école intéresse trois départements, puisque Villeneuve-Saint-Georges se trouve à la limite du Val-de-Marne, de l'Essonne et du département de Seine-et-Marne.

Les élèves sont actuellement en grève et sont même allées trouver le préfet du Val-de-Marne.

Je sais que la suppression est envisagée pour des considérations de locaux.

Je vous demande d'agir, madame le ministre, pour que cette école ne soit pas supprimée.

M. Henri Belcour. C'est de la démagogie !

M. le président. Le Sénat voudra sans doute interrompre maintenant ses travaux pour les reprendre à quinze heures. (*Assentiment.*)

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à treize heures, est reprise à quinze heures cinq, sous la présidence de M. Étienne Dailly.)

**PRÉSIDENCE DE M. ÉTIENNE DAILLY,
vice-président**

M. le président. La séance est reprise.

5

DÉPÔT DE QUESTIONS ORALES AVEC DÉBAT

M. le président. J'informe le Sénat que j'ai été saisi des questions orales avec débat suivantes :

I. - M. Xavier de Villepin demande à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires étrangères, chargé des affaires européennes, quelles sont les initiatives que le Gouvernement entend proposer à nos partenaires pour renforcer la coopération militaire en Europe, dans le cadre de la C.E.E. Ne serait-il pas possible de mettre rapidement en place un conseil européen de défense, regroupant les plus hautes autorités militaires des douze ? La mission de ce conseil européen serait d'œuvrer à la formation d'une agence européenne de l'armement. Cette agence européenne de l'armement permettrait d'harmoniser les politiques industrielles militaires. Ce conseil pourrait aussi promouvoir, sans toucher au principe de la dissuasion nucléaire française, une coopération intégrée des forces conventionnelles des pays membres. Ces actions permettraient de renforcer l'unité européenne dans le cadre de l'Alliance atlantique (n° 154).

II. - M. Jacques Genton demande à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires étrangères, chargé des affaires européennes, de bien vouloir exposer au Sénat la politique que le Gouvernement entend suivre pour que la France aborde dans les meilleures conditions l'échéance du 31 décembre 1992, date à laquelle devrait être concrétisé le grand marché unique européen. Il lui demande notamment les initiatives que le Gouvernement entend prendre en matière monétaire pour que soit renforcée la coopération entre les banques centrales et développé le rôle de l'ÉCU. Il le prie de lui indiquer en outre si, selon lui, ces avancées européennes doivent donner lieu à une politique différenciée selon les pays membres de la Communauté qui s'associeraient éventuellement à de telles initiatives (n° 155).

III. - M. Marc Bœuf interroge M. le ministre de l'éducation nationale sur l'organisation des programmes de sciences physiques et de mathématiques dans les classes de seconde, première et terminale. On semble s'orienter vers un lissage de l'enseignement, qui ne recourt plus à l'évaluation de l'acquis dans les classes antérieures. On assiste à un allègement de la charge globale des capacités à acquérir afin de permettre une meilleure poursuite des objectifs essentiels des différentes parties du programme : l'approfondissement de certaines d'entre elles ne devient plus obligatoire, mais reste seulement à l'appréciation du professeur. On semble donc s'acheminer vers un enseignement qui exclurait tout apprentissage de

méthodes de raisonnement. Il lui demande donc si les orientations prises depuis deux ans en matière d'allègement de programme, plus spécifiquement de programme concernant les épreuves de mathématiques du baccalauréat, seront maintenues (n° 156).

IV. - M. Marc Bœuf attire l'attention de M. le ministre de l'éducation nationale sur différentes mesures en cours d'élaboration visant à dévaluer la formation des instituteurs des écoles maternelles ; en effet, les soixante-dix heures consacrées à la maternelle pour les élèves instituteurs seraient supprimées. Il s'inquiète de cette orientation prise par le ministre puisque cette mesure s'inscrit dans un contexte visant à ne scolariser les enfants qu'après trois ans. Les différents textes de loi votés sur la famille incitent les femmes à garder leur enfant ou à le faire garder jusqu'à l'âge de trois ans - allocations de garde d'enfant à domicile, allocation parentale d'éducation versée jusqu'à ce que l'enfant ait trois ans, au lieu de deux auparavant. Il lui demande donc de lui préciser, dans ces conditions, si l'accueil de l'enfant dès l'âge de deux ans sera encore possible partout. Il s'inquiète de l'avenir réservé aux classes enfantines rurales qui rencontrent déjà d'énormes difficultés pour fonctionner, alors que l'enseignement pré-élémentaire à l'école de campagne est un atout majeur dans l'éducation des jeunes ruraux (n° 157).

V. - M. Gérard Delfau appelle l'attention de M. le ministre délégué auprès du ministre de l'éducation nationale, chargé de la recherche et de l'enseignement supérieur, sur la situation financière des universités et la nécessité de prévoir budgétairement des conditions d'accueil, de travail et de recherche conformes aux besoins de la communauté universitaire, à l'augmentation des effectifs étudiants et à l'attente du monde économique. Le schéma directeur établi pour la préparation du budget pour 1988 et présenté à la presse laisse apparaître une augmentation globale de 4,7 p. 100 par rapport à l'année en cours, ce qui, compte tenu du dérapage de l'inflation, ne laisse qu'une marge très faible d'augmentation en valeur absolue pour un secteur qui est dit prioritaire. Dès à présent, il lui demande s'il peut lui indiquer ses projets quant à l'amélioration du fonctionnement des universités - parc immobilier, situation des bibliothèques, créations d'emplois de personnels enseignants et non enseignants, etc. - et des conditions de vie des étudiants par l'accroissement des aides, notamment des bourses, dans des proportions significatives (n° 158).

VI. - M. Gérard Delfau demande à M. le ministre de l'éducation nationale de bien vouloir lui préciser sa position quant à l'application du décret n° 86-489 du 14 mars 1986 relatif au statut particulier des professeurs agrégés de l'enseignement instituant l'agrégation interne. Il lui demande si l'absence d'arrêtés d'application signifie un désaccord de principe sur cette procédure nouvelle, à l'égard de laquelle l'ensemble des organisations représentatives se sont prononcées favorablement. En effet, l'agrégation interne correspond à une attente légitime des professeurs certifiés et à la possibilité pour ceux-ci d'accroître leur qualification en cours de carrière. Ce point est d'autant plus important que le corps des certifiés, qui compte actuellement 110 000 professeurs, est appelé à en compter environ 250 000 dans dix ans, ce qui ne manquera pas de créer un blocage si aucune amélioration de carrière n'est ouverte. Il lui demande, en outre, sur le plan des modalités d'examen, s'il entre dans ses intentions de concevoir des épreuves à caractère pédagogique, qui permettraient, sans que puisse être par ailleurs dévaluée la forme d'excellence attachée à l'agrégation, de prendre en compte la richesse de l'expérience acquise par les professeurs certifiés (n° 159).

VII. - M. Gérard Delfau appelle l'attention de M. le ministre de l'éducation nationale sur l'abandon du principe de sectorisation concrétisé par ses dernières instructions. Sans méconnaître la nécessité de préserver une souplesse fonctionnelle en vue de répondre aux besoins des enfants et aux demandes des familles, au demeurant développée dès 1984, il convient de définir et de respecter un certain nombre de principes : la priorité de l'accueil des élèves du secteur, le maintien de l'affectation des moyens en postes, la délimitation de critères de décisions objectifs permettant la transparence des procédures. Seules ces orientations peuvent garantir que les objectifs en vue ne seront pas déviés de leur finalité et que l'on n'assistera pas à la disparition d'établissements ruraux ou périphériques des grandes villes, ainsi qu'à une modification sociologique des établissements dans un sens ségrégatif. Il lui demande quelles assurances il peut apporter

quant à la définition de ces règles, et à leur application, conformes au principe d'égalité des chances de tous les jeunes concernés (n° 160).

Conformément aux articles 79 et 80 du règlement, ces questions orales avec débat ont été communiquées au Gouvernement et la fixation de la date de la discussion aura lieu ultérieurement.

6

RETRAIT D'UNE QUESTION ORALE AVEC DEBAT

M. le président. J'informe le Sénat que M. Louis Perrein a fait connaître qu'il retire la question orale avec débat n° 60, qu'il avait posée à M. le ministre des affaires sociales et de l'emploi.

Cette question avait été communiquée au Sénat le 31 mai 1986.

Acte est donné de ce retrait.

7

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

M. le président. La conférence des présidents a établi comme suit l'ordre du jour des prochaines séances du Sénat :

A. - Vendredi 22 mai 1987, à neuf heures trente :

Ordre du jour prioritaire

1° Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (n° 210, 1986-1987) ;

A quinze heures :

2° Quatre questions orales sans débat :

- n° 156 de M. Louis Minetti à M. le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme (Avenir des constructions navales de La Ciotat) ;

- n° 170 de M. Robert Pontillon à M. le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme (Situation de l'industrie automobile dans les Hauts-de-Seine) ;

- n° 185 de Mme Hélène Missoffe à M. le ministre de l'équipement, du logement, de l'aménagement du territoire et des transports (Tracé du T.G.V. Nord dans la traversée du Val-d'Oise) ;

- n° 177 de M. Jean Garcia à M. le ministre des affaires étrangères (Evolution de la situation au Nicaragua).

B. - Lundi 25 mai 1987, à seize heures :

Ordre du jour prioritaire

1° Eventuellement, suite de l'ordre du jour du vendredi 22 mai.

Ordre du jour complémentaire

2° Conclusions de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi de M. André Méric et des membres du groupe socialiste et apparentés, tendant à étendre le bénéfice des dispositions de l'article L. 178 (troisième et quatrième alinéas) du code des pensions d'invalidité aux prisonniers de guerre déportés du camp de Rawa-Ruska (n° 184, 1986-1987).

C. - Mardi 26 mai 1987.

Ordre du jour prioritaire

A dix heures :

1° Deuxième lecture du projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, relatif au service public pénitentiaire (n° 220, 1986-1987).

La conférence des présidents a précédemment fixé au lundi 25 mai, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi ;

A seize heures et le soir :

2° Projet de loi sur le développement du mécénat (n° 185, 1986-1987).

La conférence des présidents a précédemment fixé au lundi 25 mai, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi.

D. - Mercredi 27 mai 1987.

Ordre du jour prioritaire

A neuf heures trente :

1° Eventuellement, suite de l'ordre du jour de la veille ;

A quinze heures et le soir :

2° Conclusions de la commission mixte paritaire ou nouvelle lecture du projet de loi sur l'épargne ;

3° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, modifiant diverses dispositions du code de la route en vue de renforcer la lutte contre l'alcool au volant (n° 201, 1986-1987).

La conférence des présidents a fixé au mardi 26 mai, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi.

E. - Mardi 2 juin 1987, à seize heures et le soir :

Ordre du jour prioritaire

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (n° 235, 1986-1987).

La conférence des présidents a fixé au lundi 1^{er} juin, à douze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi.

F. - Mercredi 3 juin 1987.

Ordre du jour prioritaire

Le matin :

1° Eventuellement, suite de l'ordre du jour de la veille ;

A quinze heures :

2° Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, transférant le contentieux des décisions du conseil de la concurrence à la juridiction judiciaire (n° 203, 1986-1987).

La conférence des présidents a fixé au mardi 2 juin, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à cette proposition de loi ;

3° Conclusions de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi de MM. Guy Malé, Georges Mouly et Jean Puech, tendant à adapter aux exigences du développement du tourisme certaines dispositions du code des débits de boissons (n° 218, 1986-1987) ;

Le soir :

4° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification du traité entre la République française et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord concernant la construction et l'exploitation par des sociétés privées concessionnaires d'une liaison fixe transmanche (n° 198, 1986-1987) ;

5° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, portant approbation, en tant que de besoin, de la concession concernant la conception, le financement, la construction et l'exploitation d'une liaison fixe à travers la Manche, signée le 14 mars 1986 (n° 199, 1986-1987).

La conférence des présidents a décidé qu'il sera procédé à une discussion générale commune de ces deux projets de loi.

G - Jeudi 4 juin 1987, à quinze heures trente et le soir :

Questions orales avec débat à M. le ministre des affaires étrangères et à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires étrangères, chargé des affaires européennes :

- n° 147 de M. Jean Lecanuet relative à la position du Gouvernement en matière de désarmement et de sécurité ;
- n° 151 de M. Pierre-Christian Taittinger relative aux relations France-URSS, à la sécurité en Europe et à la réduction des armements ;
- n° 152 de M. Maurice Couve de Murville relative aux négociations sur les armes nucléaires en Europe ;
- n° 46 de M. Raymond Bourguine relative à la défense stratégique de la France ;
- n° 154 de M. Xavier de Villepin relative à la coopération militaire en Europe ;
- n° 155 de M. Jacques Genton relative à l'échéance européenne de 1992.

La conférence des présidents propose au Sénat de joindre ces questions, ainsi que celles qui pourraient ultérieurement être déposées sur le même sujet.

H - Vendredi 5 juin 1987, à quinze heures :

Sept questions orales sans débat :

- n° 178 de M. Jean Colin à M. le ministre de la culture et de la communication (Termes employés lors d'un reportage du journal d'Antenne 2) ;
- n° 183 de M. Jean Colin à M. le ministre de la culture et de la communication (Ampleur donnée par les médias au procès de Lyon) ;
- n° 180 de M. Philippe Madrelle à M. le ministre de la défense (Situation des industries aéronautiques militaires du bassin d'emploi de la Gironde) ;
- n° 175 de Mme Hélène Luc à M. le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la jeunesse et des sports (Désengagement de l'éducation nationale vis-à-vis des activités sportives d'éveil) ;
- n° 176 de Mme Hélène Luc à M. le ministre de l'éducation nationale (Déssectorisation des collèges) ;
- n° 172 de M. Maurice Lombard à M. le ministre de l'éducation nationale (Mesures pour améliorer le niveau du C.A.P.E.S.) ;
- n° 188 de M. Louis Perrein à M. le ministre des affaires sociales et de l'emploi (Problèmes que pose aux communes l'augmentation du nomadisme).

I - Mardi 9 juin 1987, à seize heures et le soir :

Ordre du jour prioritaire

Projet de loi relatif à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal (n° 228, 1986-1987).

J - Mercredi 10 juin 1987, à quinze heures et le soir :

Ordre du jour prioritaire

Projet de loi modifiant le titre premier du livre premier du code du travail et relatif à l'apprentissage (n° 219, 1986-1987).

K - Jeudi 11 juin 1987, à quatorze heures trente et le soir :

1° Questions au Gouvernement.

Les questions devront être déposées au service de la séance avant dix heures ;

Ordre du jour prioritaire

2° Projet de loi relatif à certaines situations résultant des événements d'Afrique du Nord (n° 437, 1985-1986) ;

3° Projet de loi relatif au règlement de l'indemnisation des rapatriés (urgence déclarée) (n° 208, 1986-1987).

La conférence des présidents a décidé qu'il sera procédé à une discussion générale commune de ces deux projets de loi.

L. - Vendredi 12 juin 1987.

A neuf heures trente :

Ordre du jour prioritaire

1° Suite de l'ordre du jour de la veille ;

A quinze heures et le soir :

2° Questions orales ;

Ordre du jour prioritaire

3° Suite de l'ordre du jour du matin.

Y a-t-il des observations en ce qui concerne les propositions de la conférence des présidents qui ont été faites sous réserve de l'application de l'article 32, alinéa 4, du règlement, pour les jours de séance autres que le mardi, le jeudi et le vendredi ?...

Y a-t-il des observations à l'égard des propositions de la conférence des présidents concernant l'ordre du jour complémentaire, la discussion et la jonction des questions orales avec débat ?...

Ces propositions sont adoptées.

Mme Marie-Claude Beaudeau. Je demande la parole.

M. le président. Vous souhaitez sans doute, madame Beaudeau, présenter des observations sur les propositions de la conférence des présidents.

Mme Marie-Claude Beaudeau. Pas à proprement parler sur celles que vous venez de lire, monsieur le président.

M. le président. Sans doute portent-elles alors sur les propositions au sujet desquelles nous ne pouvons rien ! Je vous donne néanmoins la parole, madame Beaudeau.

Mme Marie-Claude Beaudeau. Au nom de mon groupe, je tiens à élever la protestation la plus vive contre le fait que cette conférence des présidents ait envisagé de programmer à très brève échéance l'examen par le Sénat de mesures provisoires que le Gouvernement entend prendre en ce qui concerne la sécurité sociale.

Nous considérons que ce sont les mauvais coups qui se font à la sauvette. Les travailleurs et les travailleuses ainsi que les assurés sociaux en savent, hélas ! quelque chose. Nous les mettons en garde et, avec eux, nous exigeons que préalablement à tout débat parlementaire les représentants qualifiés de tous les intéressés soient entendus. Toutes les mesures doivent être prises dans la clarté et la concertation.

M. le président. Madame Beaudeau, chacun peut s'exercer à l'art divinatoire ! Cependant, dans ce que j'ai lu, il n'est nulle part question de discuter quoi que ce soit qui ressemble, de près ou de loin, à ce que vous venez d'évoquer, pas même dans l'ordre du jour prioritaire, sur lequel nous ne pouvons rien, conformément à la Constitution. A aucun moment le Gouvernement n'a fait allusion à l'inscription, jusqu'au 12 juin, d'un projet de loi se référant directement ou indirectement au sujet que vous venez d'évoquer, madame Beaudeau. Mais peut-être en sera-t-il question pour la deuxième quinzaine du mois de juin, après la prochaine conférence des présidents.

Je tenais à apporter ces précisions afin que tout soit bien clair. Néanmoins, le Sénat, le Gouvernement et, au-delà de ces murs, beaucoup d'autres vous ont sans doute entendu.

8

ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION ET D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence.

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

J'informe le Sénat que la commission des affaires sociales m'a fait connaître qu'elle a d'ores et déjà procédé à la désignation des candidats qu'elle présentera si le Gouvernement demande la réunion d'une commission mixte paritaire en vue de proposer un texte sur le projet de loi en discussion.

Ces candidatures ont été affichées pour permettre le respect du délai réglementaire.

La nomination des représentants du Sénat à la commission mixte paritaire pourrait ainsi avoir lieu aussitôt après le vote sur l'ensemble du projet de loi, si le Gouvernement formulait effectivement sa demande.

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

M. Franck Sérusclat. Madame le ministre, vous avez aujourd'hui exprimé d'une façon plus atténuée vos critiques et vos attaques d'hier. Je dois donc faire de même dans mes réponses. Je m'en réjouis d'ailleurs, car il est préférable de rechercher et d'analyser en toute objectivité des solutions et de faire de même pour les solutions proposées par les autres plutôt que de céder à la facilité de la vaine polémique.

Malheureusement, vous avez usé - je ne dis pas abusé - de cette notion de vide juridique. Avec votre habileté médiatique, vous avez su impressionner ceux qui ne savaient pas ce qu'est un « vide juridique » ou ceux qui, le sachant, se disaient : « Il n'y a plus de loi. » Certes, M. le rapporteur a trouvé une solution transitoire en parlant de « vide organisationnel », qui n'a pas plus de substrat que le vide juridique.

En effet, il y avait des lois et elles vous permettaient, entre autres, de prendre des circulaires ou de proposer dans les D.D.O.S. un retour aux services privés dans les hôpitaux publics.

Cela prouve bien que ces textes existaient. Il y avait des employeurs et des employés, l'accueil des malades était réalisé, ce qui signifie que l'organisation était en état de recevoir. Il n'y a donc pas plus de vide juridique que de vide organisationnel.

Or M. le rapporteur a de ces habiletés qui lui permettent de considérer qu'on est en situation quasiment illégale. Le terme « quasiment » enlève toute portée au terme « illégal ». Ou bien on est en illégalité, ou bien on ne l'est pas. Le « quasiment » signifie donc qu'on est dans la légalité.

M. Jean Chérioux. C'est une litote !

M. Franck Sérusclat. Monsieur Chérioux, j'accepte volontiers que vous m'interrompiez !

M. le président. Mes chers collègues, veuillez écouter l'orateur sans l'interrompre. Le temps de parole du groupe socialiste est de cinquante-deux minutes et les temps de parole de tous les groupes sont importants !

M. René Régnauld. Cette interruption sera-t-elle décomptée ?

M. le président. Messieurs, j'ai l'habitude de décompter les arrêts de jeu quand cela en vaut la peine !

M. Franck Sérusclat. Je le sais, monsieur le président, et j'y compte bien !

J'en reviens à mon exposé. Madame le ministre, monsieur le sénateur, les termes que vous avez employés ne se justifient pas puisque l'organisation hospitalière fonctionnait.

Il y avait certes eu un refus d'appliquer la loi, et au lieu de la faire appliquer, vous avez purement et simplement cédé au lobby de ceux qui ne voulaient pas qu'elle soit appliquée.

Vous avez cédé aux biappartenants, comme d'autres ont cédé à la rue ! Il s'agit là d'une position d'extrême repli, car le Gouvernement n'a fait qu'obéir à d'autres.

Je ne m'en étonne qu'à moitié après avoir entendu Mme le ministre consacrer la plus grande partie de son exposé de présentation du projet de loi à ce qui se passera après son adoption.

Sur ce point également, on a usé de la complémentarité qui peut exister entre un ministre et un rapporteur ; on a ainsi laissé au rapporteur le soin de défendre le projet de loi alors que le texte qui vous est soumis reflète la position des biappartenants et semble d'ailleurs rejeté par la plupart des médecins de votre génération, madame le ministre.

Vous avez par ailleurs déclaré, madame le ministre, que le projet de 1984 était totalement inappliqué parce que inapplicable. Cela laisse supposer que les gouvernants de l'époque étaient irréalistes, donc incompétents ! Il me semble qu'à cet instant vous avez, malgré tout, été animée par un souci excessif de polémique, c'est d'ailleurs peut-être le seul qui ait été formulé.

Madame le ministre, vous avez également repris d'autres thèmes, comme celui de la dilution de la responsabilité, du rigorisme, de l'absence de souplesse, voire de l'autoritarisme.

Je suis sûr que vous avez lu l'interview de Mme Georgina Dufoix dans *Le Quotidien du Médecin* du 19 septembre 1985. Elle disait : « Je suis très pragmatique » - M. le rapporteur et Mme le ministre le disent également aujourd'hui - « je sais que beaucoup d'hôpitaux sont prêts et que les praticiens ont élaboré "dans leur tête" leur plan de départementalisation. Il faut leur laisser suffisamment de souplesse afin de prendre en compte les caractéristiques propres à chaque établissement. »

Cette souplesse était certes enserrée dans un certain nombre de règles générales, telles les modalités d'élection du chef de département et la formation du conseil de département ; il y avait donc une unité.

Mais, pour faire une comparaison qui n'est pas raisonnable, imaginerez-vous que l'on puisse dire que le maire gère une commune et que le règlement intérieur déterminera les modalités de son élection ? C'est un peu pareil ! Le conseil de département, le chef de département étaient des institutions qui se rapprochaient d'une option démocratique dans la vie de l'hôpital, avec la désignation d'un chef de département et non du meilleur chirurgien ou du meilleur médecin. Dans une démocratie, dans un pays comme le nôtre, il faut des indications précises afin que l'on opère selon des modalités partout identiques et non selon des règlements intérieurs fantaisistes.

Votre conception de la souplesse s'oppose tout à fait à la souplesse organisée que défendait Mme Georgina Dufoix, la première aboutissant à l'impossible ou au tellement divers qu'il n'y a plus de pratique commune et, donc, pas de pratique démocratique et républicaine.

Mais ce sont là presque brouilles, allais-je dire, par rapport aux autres éléments de votre projet de loi qui, tous, s'inscrivent plus ou moins dans ce que j'appellerai des fauxsemblants, des accords sur les mots et dans lesquels les contenus montrent effectivement bien quelles sont les intentions et les divergences.

Aujourd'hui, personne ne met en question la nécessité d'un département car cette notion, ou ce mot tout au moins, est entré dans le langage ordinaire. Quand on parle de gestion hospitalière, personne n'ose dire qu'il est contre le département.

Mais quelle différence entre un département qui ébrèche le pouvoir des chefs de service et un département qui ne peut se faire que si les chefs de service sont d'accord pour qu'il se fasse et qu'ils restent chef de service. En effet, le département en amont, qui est celui que vous avez suggéré, permet aux chefs de service, s'ils en ont la volonté, de créer, en conservant leur service, un département au sujet duquel vous restez d'ailleurs très prudente, madame le ministre, renvoyant à un règlement intérieur pour les modalités d'application, car vous ne sauriez enfreindre le pouvoir de ces chefs de service.

Ils se sont opposés à un département qui, créant - j'y reviendrai dans un instant - des unités fonctionnelles qui ne sont en rien des pôles d'activités, permet effectivement de donner des responsabilités à des hommes en fonction de leurs compétences.

Mais, là aussi, nous assistons à une situation curieuse dans notre pays. Dès que certains détiennent un pouvoir, en particulier, semble-t-il, les chefs de service, ils adoptent ce que j'appellerai un comportement « régalien » à la Bourbon », c'est-à-dire qu'à aucun moment ils ne veulent le céder. Dès qu'apparaissent des hommes et des femmes capables de participer à la gestion, tout est fait pour les en empêcher. On en a vu les conséquences mais, dans d'autres pays, tels les Pays-Bas et tout récemment l'Espagne, le pouvoir régalien a su accompagner une montée de la démocratie.

J'entends M. le président qui s'interroge. J'aimerais, éventuellement, connaître ses questions, car les entendre me tracasse et ne pas les connaître m'inquiète. Peut-être s'expliquera-t-il tout à l'heure dans le débat.

M. le président. Monsieur Sérusclat, si j'avais quelque chose à vous dire, je l'aurais fait depuis longtemps. J'ai murmuré une question à l'un de mes collaborateurs sur des problèmes liés à la séance.

Veillez poursuivre.

M. Franck Sérusclat. Les problèmes de séance en question étaient très liés au nom d'Orléans. C'est pourquoi j'ai écouté, sinon je n'aurais pas prêté l'oreille. Il doit exister une relation entre le prince d'Orléans et notre séance !

M. le président. Vous voulez tout savoir ?

M. Franck Sérusclat. Avec plaisir !

M. le président. Pourquoi pas, nous sommes en famille ! Vous avez évoqué un comportement régalien lié aux Bourbons. J'ai alors dit que la famille d'Orléans éprouverait peut-être du chagrin en vous entendant ! (*Sourires. - MM. Chérioux et Arzel applaudissent.*)

Veuillez poursuivre, monsieur Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Je vous remercie, monsieur le président, d'avoir apporté cette précision. Mais je ne vois pas en quoi nous méritons l'un ou l'autre ces applaudissements - car je ne sais à qui ils s'adressent - alors que nos propos ne portent pas sur le texte en discussion !

M. Jean Chérioux. On n'a plus le droit d'applaudir ! Est-ce cela la démocratie ?

M. Franck Sérusclat. Mais si, bien sûr ! J'aimerais cependant savoir à qui s'adressent ces applaudissements.

M. Jean Chérioux. A celui qui a de l'esprit et le sens de l'humour !

M. Franck Sérusclat. Je crois l'avoir, je n'ai donc pas d'hésitation !

Cette notion de département est en elle-même une source d'incompréhension et de divergences si importante qu'il faut bien admettre que nous ne parlons pas des mêmes choses.

Il en est de même d'ailleurs pour le pôle d'activités. Celui-ci est actuellement conçu exactement comme l'était l'unité de soins, c'est-à-dire que sa création dépend de l'initiative ou de la bonne volonté du chef de service ; un pôle d'activités pourra être créé si le chef de service donne une délégation à un médecin avec, certes, la possibilité pour le conseil d'administration de contribuer à la détermination de la nature et du contenu de la délégation, mais, ensuite, le chef de service aura toute liberté et tout pouvoir d'appréciation.

Nous retrouvons donc, dans ce projet de loi, l'unité de soins et non l'unité fonctionnelle. Dans ce dernier système, le médecin responsable était choisi par le chef de département et le conseil de département, avec approbation du préfet, afin qu'une autorité extérieure confirme la désignation.

De tout cela, vous semblez, madame le ministre, garder une certaine nostalgie. En effet, le fonctionnement de l'hôpital était organisé au niveau du département, structure essentielle, et les tâches étaient réparties entre, d'une part, la gestion et, d'autre part, l'exercice complet et responsable des soins en rendant accessibles ces derniers au plus grand nombre de praticiens.

Aujourd'hui, en évoquant la nécessaire mobilité du chef de service, vous créez en définitive les conditions pour le maintien à vie de celui qui aura été désigné ; en effet, ce n'est pas l'hypothèse de renouvellement tous les cinq ans, sur présentation d'un rapport d'activités et à condition qu'il n'y ait pas demande de non-renouvellement, qui permettra un changement.

Les praticiens biappartenants le savent si bien que, lors d'auditions devant notre commission, ils nous ont déclaré qu'ils étaient heureux de voir leur situation rétablie.

En effet, à cet égard, l'astuce consistant à dire qu'il y a non pas une « restauration » mais un « rétablissement » ne nous satisfait pas. S'il existe peut-être une différence sur le plan juridique entre ces deux termes, sur le plan administratif et concret, cela revient à rétablir la situation antérieure - les biappartenants hospitaliers le ressentent d'ailleurs ainsi. Enfin, il n'y aura aucune demande de non-renouvellement - d'autres orateurs l'ont déclaré avant moi - et si, par hasard, le renouvellement n'intervenait pas, il faudrait alors craindre que ce ne soit une décision d'opportunité politique.

Non seulement, vous centralisez à l'extrême le lieu de nomination des chefs de service, mais vous créez en plus un climat de courtoisie - c'est le mot le plus clair, même s'il est quand même quelque peu excessif - car on cherchera à

plaire à celui qui décide - en l'occurrence le ministre ou ses collaborateurs immédiats - pour obtenir une délégation dans un pôle d'activité. De ce fait, seront créés non seulement une dépendance envers le ministre de la santé, mais aussi un climat qui n'est pas sain pour le comportement quotidien de personnes ayant des responsabilités aussi importantes que les chefs de service, les médecins et les chirurgiens.

Alors que vous évoquez la mobilité, vous semblez craindre de recourir à la technique qui est utilisée aux Etats-Unis, pays auquel vous vous référez pourtant fréquemment, à savoir la mise en question annuelle du chef de service. Vous estimez que cette mobilité ne serait pas valable pour le système français et que la stabilité des structures pourrait en souffrir.

Plus grave encore, vous laissez en place - quasiment à vie - 5 000 à 6 000 chefs de service, alors que 25 000 praticiens compétents attendent un poste. L'instauration des pôles d'activités leur donnera l'illusion d'exercer une responsabilité ; néanmoins, cette dernière sera sous contrôle et sous dépendance et ces médecins auront la quasi-certitude de ne jamais accéder aux chefferies de service.

Ces quelques éléments permettent déjà, à mon avis, de critiquer le projet de loi que vous nous proposez, texte qui, je le répète, ne revêtait aucun caractère d'urgence et n'était pas même nécessaire, du moins dans la mesure où l'on souhaite que l'hôpital puisse s'adapter dans l'avenir.

Or, vous le savez, chaque fois que des modifications profondes sont intervenues dans le fonctionnement de l'hôpital, elles se sont heurtées à l'hostilité de ceux qui étaient en place ; à cet égard, je ne peux que vous rappeler combien, en 1945, la décision de Michel Debré de créer les services a été contestée. Pourtant, elle était bonne. Pendant trente ans environ, les services ont apporté les réponses attendues dans les circonstances de l'époque.

Mais tout a une fin. Quand des structures sont périmées ou usées, quand les hommes qui leur ont donné leur valeur arrivent à un moment de leur vie où, il faut bien le reconnaître, leurs capacités, leurs compétences et leur vitalité ne leur permettent plus de continuer comme auparavant, des conséquences perverses apparaissent. M. le rapporteur les a indiquées et je n'ai rien à ajouter à cet égard. Chacun sait combien la vie actuelle au sein des services est conflictuelle et, en définitive, préjudiciable d'abord aux malades.

Tels sont, madame le ministre, les éléments que je souhaitais apporter. J'ajouterai que, contrairement aux chefs de service, l'ensemble des praticiens hospitaliers, c'est-à-dire les médecins qui exercent « sur le terrain », sont hostiles à ce projet de loi, comme d'ailleurs ceux qui, avec Robert Debré, je crois, avaient créé en 1984 un syndicat qui ne semblait pas particulièrement attentif à nos projets et qui, tout récemment,...

M. Charles Descours, rapporteur. Ce n'est pas Robert !

M. Jean Chérioux. C'est Bernard !

M. Charles Descours, rapporteur. Vous vous trompez de deux générations !

M. Franck Sérusclat. Effectivement, c'est Bernard Debré. Robert, c'était son grand-père !

Ces médecins ont affirmé sans ambiguïté l'intérêt du département tel que nous l'avons défini, à savoir que les soins soient donnés au malade par des hommes compétents, connus de lui et pouvant mettre en action les dernières techniques médicales.

Votre texte n'aura pas ce résultat, d'autant plus que la situation ne sera pas la même qu'en 1984 : l'absence de grève est très vraisemblable. En effet, cette fois, les « mandarins » - c'est ainsi qu'ils nous ont dit s'appeler - ne paieront pas la grève comme ils l'avaient payée en 1984.

En revanche, vous créez un climat de déception, de résignation et surtout de défection dans l'ensemble du monde hospitalier : la conviction minimum, qui pourrait même devenir enthousiasme, n'existera plus à l'hôpital public. On observera sans doute une dégradation due au départ de certains médecins soit pour l'étranger, soit pour le secteur privé, comme semblait d'ailleurs le reconnaître, ce matin, un membre du Sénat qui envisageait cette éventualité.

Ce projet de loi, par son contenu, trahit peut-être son intention essentielle : faire en sorte qu'à terme, le service public se dégrade au point que les habitants de ce pays l'abandonnent. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

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

M. Alphonse Arzel. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, M. Claude Huriet devait prendre la parole cet après-midi, mais il a eu un empêchement de dernière minute. Je vous ferai donc part de ses observations.

La médecine hospitalière est, par son importance - près de 600 000 lits - et par son coût - 46 p. 100 des dépenses de santé - l'élément essentiel du système de santé.

Tout ce qui a trait tant à l'hospitalisation qu'à la médecine comporte une triple dimension : humaine, technique et économique.

Lieux d'accueil, de refuge et d'isolement, les hôtels-Dieu, nés voilà 1000 ans, ont connu, après des siècles durant lesquels leur vocation première n'avait guère évolué, une mutation qui s'est amorcée il y a un peu plus d'un siècle et s'est considérablement accélérée depuis cinquante ans.

La loi du 7 août 1851 précise que les hôpitaux sont des établissements publics autonomes, rattachés aux communes, et fixe leur rôle - accueillir et soigner les indigents - les modalités de leur administration, la composition des commissions administratives, les conditions de nomination du personnel, etc. L'hôpital, refuge, devient ainsi un lieu où l'on soigne, puis, rapidement, un lieu où l'on enseigne la médecine.

De la loi du 21 décembre 1941 et du décret du 17 avril 1943 datent la notion de « prix de journée », l'affirmation du pouvoir de tutelle de l'Etat et la définition des responsabilités des directeurs. A cette époque est autorisée la prise en charge par la sécurité sociale des cliniques privées conventionnées.

Puis, en décembre 1958, ce sont les ordonnances portant réforme hospitalière, instituant une coordination entre les établissements publics et privés et créant les centres hospitaliers et universitaires, auxquels est dévolu, en plus des soins et de l'enseignement, un rôle en matière de recherche médicale.

Après la loi du 31 décembre 1970 instituant le « service public hospitalier » et associant, par la carte sanitaire, les établissements privés, une nouvelle pause n'empêche pas la médecine hospitalière de se développer, de s'adapter aux progrès des techniques médicales ni de satisfaire aux aspirations des malades, quant à l'hébergement et au niveau des équipements nécessaires au diagnostic et au traitement.

Mais quatorze ans plus tard est votée la loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier et que le projet de loi du Gouvernement nous propose maintenant de modifier.

1941, 1958, 1970, 1984, 1987 : ...

M. René Régnauld. Assez !

M. Alphonse Arzel. ...les lois hospitalières se rapprochent. L'hôpital et les malades ont-ils à y gagner ?

La question mérite d'être posée, car le projet de loi du Gouvernement a suscité des critiques - parfois acerbes - laissant entendre qu'il s'agissait d'un texte de restauration d'un système ancien et, par là même, condamnable.

Mieux vaudrait s'interroger sur les motifs qui ont poussé le Gouvernement de l'époque à faire voter la loi de 1984. Le bilan dressé par le Conseil économique et social en 1983 n'incitait pas à remettre en cause la loi hospitalière de 1970. Des adaptations étaient certes souhaitables, soit par voie législative, soit par voie réglementaire, mais pas une révision du système. On doit reconnaître d'ailleurs que la loi de 1984 a été ou inappliquée, ou inapplicable sur certains points et que, sur d'autres, elle a entraîné des conséquences dommageables auxquelles il était nécessaire et urgent d'apporter des correctifs :

C'est dire, madame le ministre, que le groupe de l'union centriste approuve les intentions du Gouvernement et porte sur le texte du projet de loi une appréciation « globalement positive ». Cette dernière ne va néanmoins pas sans quelques interrogations et réserves, dont certaines ont été levées par les amendements proposés par le rapporteur, au nom de la commission des affaires sociales ; d'autres font l'objet des amendements que j'ai déposés.

L'interrogation porte sur la ou les finalités du projet. S'agit-il d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital au profit des malades ? S'agit-il d'améliorer le fonctionnement du système hospitalier ? S'agit-il encore de modifier essentiellement le fonctionnement médical de l'hôpital, de redéfinir le rôle et les responsabilités des médecins ?

Madame le ministre, vous avez déclaré devant la commission des affaires sociales que le texte répondait à une double préoccupation : d'une part, donner aux établissements hospitaliers la stabilité dont-ils ont besoin - pensez-vous vraiment que ce texte y contribue ? - et, d'autre part, créer le terrain qui permettra d'aborder sereinement les mutations vers l'hôpital de demain. Il eût été souhaitable d'en esquisser le contenu, encore que l'expression même soit discutable. En effet, dans la mesure où l'hôpital est en constante évolution, l'hôpital de demain se construit jour après jour, dès aujourd'hui.

En fait - et l'on peut le comprendre, étant donné la part croissante et importante des dépenses d'hospitalisations dans les dépenses de santé - le texte a essentiellement une finalité économique.

M. René Régnauld. Ce n'est pas évident !

M. Alphonse Arzel. Il importe d'organiser les structures - pôle d'activités, services, départements - et de renforcer le rôle de la commission médicale d'établissement pour « responsabiliser » davantage les médecins et les associer plus étroitement à la gestion de l'hôpital. Il importe encore de développer la complémentarité entre secteur public hospitalier et secteur privé et de permettre le regroupement des établissements privés, ne serait-ce que pour favoriser des économies d'échelle.

Cette finalité est d'ailleurs clairement annoncée par le rapporteur : « permettre au système hospitalier français d'adapter sa gestion au défi de la compétitivité ». Cet objectif, madame le ministre, nous le faisons nôtre.

Les réserves ne portent que sur le titre premier : organisation des établissements d'hospitalisation publics. Elles concernent : les fonctions hospitalières, les chefs de service et les pôles d'activités.

Les fonctions hospitalières peuvent être évoquées en faisant référence à la « réforme Debré », dont un des principaux objectifs visait à « unifier » les fonctions de soins, d'enseignement et de recherche.

Trente ans plus tard, on peut se demander si une telle unification a jamais correspondu à une réalité. L'évolution de la médecine hospitalière universitaire, l'hyperspécialisation et la complexité croissante des techniques amènent à s'interroger sur la possibilité, pour un même homme, d'être à la fois bon enseignant, médecin disponible pour les malades qui lui sont confiés, et chercheur de haut niveau.

La « réforme Debré » a eu pour conséquence l'attribution de « services », de lits hospitaliers à des chercheurs non attirés par l'activité clinique, attribution indispensable pour que leur soit reconnue la « biappartenance ».

Une telle situation amène à s'interroger sur la notion de « service » et, désormais, de pôle d'activités. Alors que l'on constate, depuis quelques années, une évolution contrastée entre, d'une part, les capacités excédentaires d'accueil de « l'hôtellerie » hospitalière et, d'autre part, le développement des plateaux techniques, la définition du « service » gagnerait à être précisée.

Il y aura, en effet, de plus en plus de « services sans lits », et l'on pourra être amené à concevoir une organisation distincte pour la gestion hôtelière, qui ne concerne en rien les médecins, fussent-ils chefs de service, et pour l'activité médicale, qui les concerne totalement.

Ces évolutions prévisibles, les problèmes qu'elles suscitent et les conséquences sur l'organisation et la hiérarchie hospitalière ne sont pas prises en compte dans le projet du Gouvernement.

N'est pas davantage prise en compte la définition des missions dévolues aux divers établissements hospitaliers. Le projet de loi concerne essentiellement les hôpitaux généraux dans un texte dont vous nous dites qu'il préfigure « l'hôpital de demain ». Il eût été souhaitable que la place et les spécificités des hôpitaux universitaires fussent bien mises en évidence ; or, ce n'est pas le cas.

L'article 2 concerne les chefs de service. Il introduit la notion de « renouvellement quinquennal ». Avant de développer une analyse critique de cet article, puis-je vous demander, madame le ministre, de prendre en considération la situation de tous ceux qui attendent, depuis plus de deux ans, une nomination dans les fonctions de chef de service actuellement impossible du fait du « vide institutionnel » actuel ?

Première observation : il apparaît nécessaire qu'une nomination de chef de service d'un hôpital universitaire ne puisse pas intervenir sans que les instances universitaires aient été préalablement saisies pour avis.

La deuxième observation porte sur le rapport d'activité, sur son contenu, sur les instances qui auront à l'appécier, et sur celles qui, le cas échéant, auront à arbitrer des avis différents.

Le contenu devra comporter des données quantitatives reflétant l'activité du service et son évolution sur cinq ans. Mais pourra-t-on faire grief d'une baisse d'activité chirurgicale à un chef de service de chirurgie digestive ou urinaire, alors que les techniques endoscopiques auront réduit sa « part de marché » ?

Le nombre d'entrées, de jours d'hospitalisation et le taux d'occupation constitueront des indicateurs de moins en moins fiables, et j'ose penser que le « rapport d'activité » quinquennal ne sera pas jugé comme un rapport de gestion.

Mais alors, force sera de prendre en compte des données « non chiffrables » qualitatives ; en dehors des publications éventuelles du service, des mises au point de techniques nouvelles - si les moyens ont été accordés par le conseil d'administration - du taux de satisfaction des malades, voire - sait-on jamais ? - du personnel, quels seront les éléments qui figureront dans le rapport à l'appui d'une demande de renouvellement ?

Madame le ministre, pouvez-vous nous éclairer sur ce point ?

La difficulté de définir le contenu du rapport a pour corollaire les difficultés auxquelles risquent de se heurter les instances saisies pour avis : conseil d'administration, commission médicale d'établissement.

« Néphrologue - écrit M. Claude Huriet - je me sentirais incapable d'émettre un avis sur la manière dont un collègue rhumatologue a dirigé son service au cours des cinq dernières années. »

Si le conseil d'administration émettait un avis différent de celui de la commission médicale d'établissement, dans quelles conditions pourriez-vous vous-même arbitrer, madame le ministre ?

Il est probable - et la crainte a été exprimée par certains de nos interlocuteurs entendus par la commission des affaires sociales - que vous vous rangeriez à l'avis du directeur de l'hôpital.

La suggestion a été faite que, dans de tels cas - qui seraient rares, on peut l'espérer - une commission nationale puisse être saisie. Si vous en reteniez le principe, il serait sage que sa composition soit fixée en fonction de la spécialité du chef de service concerné.

J'en viens à la troisième observation.

L'Assemblée nationale a amendé l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, afin de fixer la date de cessation des fonctions de chef de service.

Cet amendement me paraît être en contradiction avec le principe même du renouvellement quinquennal. Il appartient en effet au ministre, après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement, de renouveler - si l'intéressé est apte à exercer ses fonctions - ou de ne pas renouveler un chef de service.

Si la demande de renouvellement est introduite alors que le chef de service est âgé de soixante-deux ans ou de soixante-trois ans, et si le renouvellement est accordé, pour quelle raison prendrait-il fin avant l'échéance normale si l'intéressé est autorisé, dans le cadre de la loi, à poursuivre ses fonctions universitaires ?

Les pôles d'activités constituent pour les jeunes médecins hospitaliers une incitation à développer, au sein du service, des activités nouvelles, un moyen d'acquiescer une certaine autonomie et, par là même, une pratique de l'organisation et de la gestion, et d'accéder à un niveau de responsabilité.

Ces buts sont tout à fait louables et nous y souscrivons. Néanmoins, la loi est faite non seulement pour donner un cadre juridique à des initiatives qui peuvent voir le jour sans elle - en fait, des « pôles d'activités » existent déjà dans de nombreux services - mais aussi pour inciter à la mise en place de structures nouvelles ceux qui n'auraient pas eu une imagination suffisante pour les concevoir et, plus encore, pour lever les réserves et éviter les blocages susceptibles de réduire la portée d'un texte au détriment de ceux qui en ont le plus besoin.

Les pôles d'activités sont créés « sur proposition du chef de service concerné ». Dans la plupart des cas, cette proposition sera spontanée et la décision du conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement, l'entérinera.

Nous devons cependant nous préoccuper des cas dans lesquels un collaborateur du chef de service ayant l'expérience et les qualités requises pour que lui soit confiée la responsabilité d'un pôle de gestion se voit refuser cette possibilité.

Certes, des incitations pourraient venir de la commission médicale d'établissement, nous a-t-on dit. Sera-ce suffisant ? Ne serait-il pas préférable de donner à ce jeune médecin la possibilité de solliciter la création d'un pôle d'activités qui ne pourrait toutefois intervenir sans l'accord du chef de service ?

Cette question est particulièrement délicate. De la réponse que vous apporterez, madame le ministre, risque de dépendre, pour une large part, l'accueil que réserveront à ce projet de loi nos jeunes collaborateurs et, par là même, leur adhésion à un projet hospitalier qui ne pourra se développer sans eux.

Il me reste à évoquer une situation très préoccupante à laquelle il est urgent, madame le ministre, d'apporter une réponse.

La multiplication, au cours des dernières années, des postes de médecins dits « monoappartenants » dans les hôpitaux universitaires résulte de deux phénomènes : l'apparition de techniques nouvelles dont le développement ne va pas toujours de pair avec les nécessités de l'enseignement et les créations de postes universitaires en nombre insuffisant.

Quels que soient les fondements de ces deux démarches, on constate une évolution du ratio monoappartenants sur biappartenants - hospitalo-universitaires - qui, si elle se poursuit, dénaturera les hôpitaux universitaires.

La solution - ou une solution - pourrait consister à substituer - autant qu'il est possible - des médecins à temps partiel contractuels aux médecins monoappartenants. La durée limitée du contrat et le temps partiel donneraient davantage de souplesse à l'organisation hospitalière et éviteraient d'engager des médecins dans une carrière hospitalière qui se révélerait tôt ou tard comme « sans issue ».

Intéressant, bien qu'un peu flou dans ses objectifs, constituant un apport utile à l'élaboration d'une politique hospitalière dont nous aurions aimé mieux percevoir les lignes essentielles qui la sous-tendront, le projet que vous nous soumettez recueille l'adhésion du groupe de l'union centriste.

L'expérience récente a montré que, dans le domaine hospitalier comme dans beaucoup d'autres, l'application d'une loi, aussi bien faite soit-elle, ne pouvait intervenir que s'il y avait consensus. Nous souhaitons que la loi relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire suscite un tel consensus. Puissent les amendements de la commission des affaires sociales et ceux qui sont déposés par notre groupe le favoriser. *(Applaudissements sur les travées de l'Union centriste, de l'U.R.E.I. et du R.P.R.)*

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

M. Henri Belcour. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, la loi de 1970, « loi phare » de l'hospitalisation française, avait pour but d'assurer un développement des structures hospitalières en fonction du contexte socio-économique, en s'efforçant de traduire les mutations observées depuis les textes de 1958 par un cadre législatif nécessaire aux adaptations prévisibles du système hospitalier.

En 1983, le Conseil économique et social établissait un bilan mitigé de l'application de cette loi. Force est de constater que, quatre ans après, en dépit de la loi du 3 janvier 1984, le bilan n'a guère évolué. L'échec relatif de la complémentarité des établissements privés et publics, celui de la coopération interhospitalière, la mise en œuvre laborieuse de la carte hospitalière, des responsabilités mal définies et les

difficultés à maîtriser les dépenses hospitalières - en raison d'un budget global inapproprié - ont contribué à l'émergence d'une crise matérielle et morale dans les hôpitaux publics. En effet, la situation générale n'est, hélas ! pas celle des secteurs médicaux de pointe qui font oublier les faiblesses.

La limitation des moyens financiers place le corps de direction dans une situation inconfortable tandis que les problèmes s'accroissent. Le mécontentement des médecins n'a fait qu'empirer avec certaines réformes entreprises au cours des cinq dernières années.

Ainsi, le statut actuel des praticiens ne tient compte ni de l'activité réelle ni de la qualification en ce qui concerne la rémunération. Sans parler vraiment de démotivation, nombre d'entre eux ont abandonné le secteur public, qui connaît à présent des difficultés de recrutement.

Or, tous ces problèmes s'aggravent en raison du véritable vide juridique dans lequel se trouve aujourd'hui l'organisation des hôpitaux. La dilution des responsabilités, l'uniformité et la rigidité contenues dans la loi du 3 janvier 1984 ont conduit à son échec.

Il était donc nécessaire de restaurer un cadre rationnel et efficace pour nos hôpitaux. Le projet de loi qui nous est soumis aujourd'hui va dans ce sens, essentiellement par son pragmatisme et son dynamisme.

Tout d'abord, la restauration du service en tant qu'unité de base traditionnelle tient compte des réalités. La meilleure preuve est qu'actuellement des malades sont hospitalisés dans des services dont la liste est toujours affichée dans les hôpitaux, alors que ceux-ci devraient avoir théoriquement disparu depuis 1984 ! Cela montre bien que le service est la cellule opérationnelle de l'hôpital public français, telle qu'il l'a été pendant des années.

Mais ce projet de loi a la qualité d'avoir rétabli cette structure en essayant d'éviter certains effets pervers. Ainsi, parfois, l'autorité hiérarchique de celui qu'on appelait « le patron » a pu engendrer des querelles de personnes, amplifiées par l'immovibilité du chef de service nommé à vie dans son poste et dans son grade.

En assortissant le rétablissement du service de la garantie essentielle du renouvellement quinquennal de son chef, l'écueil que certains désigneront comme « le conservatisme du mandarinate » a pu être évité. Cette remise en question, conforme à l'idée de compétence, est nécessaire. Elle est d'ailleurs de règle dans la plupart des structures hospitalières des pays étrangers. Il est clair qu'il ne s'agit pas de bouleverser systématiquement et régulièrement l'organisation des services hospitaliers, puisque le renouvellement du mandat est prévu. Toutefois, les jeunes médecins ont ainsi la possibilité d'accomplir une carrière hospitalière.

Cette responsabilisation peut s'accompagner d'un volontariat de l'ensemble des partenaires concernés, avec la possibilité de regrouper les services en départements de façon souple et volontaire et non plus obligatoire et contraignante.

Une départementalisation intelligente, tout en améliorant la qualité des soins par une mise en commun des moyens, doit tenir compte de l'extrême diversité des situations. Il n'est ni possible ni souhaitable qu'un petit hôpital général ait la même organisation interne qu'un C.H.U. C'est pourquoi les objectifs et les modalités de fonctionnement de chaque département seront définis par un règlement intérieur propre à chacun d'entre eux. Cette fédération souple de services permettra d'associer le personnel non médical aux activités du département, de par le caractère collégial des instances qui assisteront le chef de département.

Voilà donc des mesures de clarification qui, j'en suis persuadé, rétabliront les équilibres.

De plus, ce projet de loi sous-tend un dynamisme qui devrait permettre à nos hôpitaux de s'adapter à l'évolution de notre société, à sa technicité, à sa démographie, tout en se gérant de manière autonome.

La création de pôles d'activités en amont du service permettra de confier à de jeunes médecins la responsabilité d'un secteur particulier ou d'une technique médicale spécifique. Ces structures facultatives et volontaires à l'intérieur du service présent, en ce sens, une innovation positive car de nature à dynamiser l'esprit d'initiative.

Le Gouvernement a donc pris en compte les aspirations des jeunes médecins, même si des garanties pourraient encore être données aux hospitalo-universitaires de rang B et aux

mono-appartenants pour ce qui concerne leur carrière et leur rémunération. Mon collègue, M. Arzel, en a parlé tout à l'heure de manière particulièrement efficace et réaliste.

Le secteur privé, quant à lui, par la place qu'il tient dans notre système hospitalier, par les investissements importants qu'il a réalisés au cours des dernières années et par son adaptation aux techniques médicales les plus modernes, doit voir sa pérennité assurée. C'est l'objectif que se donne le Gouvernement, en garantissant la complémentarité et l'égalité des établissements publics et privés, mais aussi leur émulation et la concurrence.

L'enjeu est ici considérable. La compétition constitue le plus sûr moyen de stimuler les efforts de recherche et de gestion des établissements hospitaliers. Elle est plus que jamais nécessaire, à cinq ans de l'achèvement du grand marché intérieur européen, face à la concurrence de nos partenaires et au développement de groupes financiers étrangers gestionnaires de cliniques. Il en va donc de l'image de marque de notre système de santé national.

Telle est la raison de la facilité offerte à l'hospitalisation privée de regrouper des lits ou d'en changer l'affectation, le cadre de la carte sanitaire étant cependant maintenu.

On observera également une harmonisation de la procédure d'examen des projets d'équipement et des programmes d'établissement, du délai maximal de mise en œuvre d'une autorisation d'équipement et de la procédure d'homologation des matériels médicaux. L'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée acquièrent donc les mêmes droits et les mêmes devoirs.

Enfin, j'aborderai un problème préoccupant. Les hôpitaux ne pourront s'adapter continuellement aux rapides progrès de la médecine et aux besoins sans cesse accrus de notre société que s'ils en ont les moyens matériels.

A ce sujet, les nouvelles prérogatives de la commission médicale d'établissement doivent permettre d'associer plus étroitement les médecins à la gestion de l'hôpital. Ils auront à se prononcer sur les choix médicaux de l'établissement, dans la limite de la dotation budgétaire allouée.

Je suis tout à fait conscient du fait que ce projet de loi ne prétend pas résoudre tous les problèmes. Comme vous l'avez précisé, madame le ministre, il ne constitue pas une fin en soi mais une étape dans le cadre de la rénovation des hôpitaux.

Ainsi se pose le problème de l'inadéquation du budget global, qui, par son mécanisme, décourage parfois les bons gestionnaires et risque d'empêcher l'adaptation des établissements au progrès des techniques de soins. Mais vous avez annoncé, madame le ministre, qu'une étude était menée sur ce sujet, de manière à apporter une plus grande souplesse, une plus grande facilité dans son adaptation aux différents établissements.

Par ce projet de loi, vous avez suivi la voie de la prudence, de la sagesse et du réalisme. Votre texte semble tenir compte des enseignements en matière d'organisation hospitalière sans bouleversement. En effet, l'hôpital ne doit pas être prétexte à des révolutions partisans ; l'enjeu en est la lutte contre la maladie dans l'intérêt des malades et, sur ces problèmes, il doit y avoir un consensus général. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.*)

M. Charles Descours, rapporteur. Très bien !

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

M. François Delga. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, traitant de toutes les dispositions contenues dans le projet de loi relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire, M. le rapporteur, ce matin, a attiré l'attention de l'assemblée sur l'importance du secteur privé d'hospitalisation et les difficultés qu'il rencontre.

L'importance du secteur privé est matérialisée par les chiffres qu'il a rappelés : 2 418 établissements, dont 436 participent au service public hospitalier ; 200 700 lits, dont 110 400 de court séjour ; un coefficient d'occupation de 90,8 p. 100 et une durée d'hospitalisation de 9,3 jours, soit 0,5 de plus que dans le secteur public ; enfin, un personnel de 215 000 employés, soit 84 p. 100 de personnel non médical, pour un budget global de fonctionnement qui s'établit à 28,8 milliards de francs, soit 18 p. 100 du coût global hospitalier.

Vous avez admis, madame le ministre, le handicap dû à la capacité réduite qu'ont les cliniques privées de s'équiper en matériel lourd, en fonction des progrès médicaux et chirurgicaux, en vue de l'élaboration d'un diagnostic plus précis et d'une qualité plus élaborée des soins.

En effet, dans ce secteur aussi, et pour tous les malades, sans distinction aucune, la règle, pour les médecins, est d'apporter les meilleurs soins dans les meilleures conditions. J'ai toujours vu cette règle observée pendant les quarante-deux ans d'exercice de ma profession libérale et médicale.

L'aide médicale, dans notre département, s'étend à tous les secteurs, public et privé.

Ainsi, madame le ministre, pour faciliter cet équipement lourd et cher, vous acceptez le regroupement des cliniques privées. Je pense d'ailleurs qu'il sera tenu compte de cette notion de complémentarité dans le cadre d'une carte sanitaire, certainement perfectible, lors des opérations de regroupement et dans les concertations qui, à ce moment-là, auront lieu entre les deux secteurs, public et privé. Il existe, en effet, un déséquilibre dans le nombre de lits et dans leur répartition entre les deux secteurs.

Il faut préserver le caractère sacré pour le malade du choix de son médecin et du lieu de ses soins. Or, les médecins généralistes ou spécialistes exerçant leur activité dans le cadre libéral ne peuvent plus intervenir sur le plan thérapeutique dès lors que leurs malades entrent dans un service public, à l'exception, il est vrai, des hôpitaux ruraux, qui sont, hélas ! plus ou moins bien équipés, de certaines cliniques où ils sont autorisés à exercer et de cliniques privées au financement desquelles ils ont participé ou avec lesquelles ils ont passé une convention.

De plus, ne pourrait-on profiter de cette occasion pour réfléchir au rapprochement des deux secteurs en favorisant l'interpénétration de ces deux types d'exercice ? Les uns et les autres ont une formation identique, beaucoup les mêmes diplômes et la même efficacité.

Le médecin, mes chers collègues, soigne tous ses malades. C'est sa vocation première, sans qu'aucune autre considération n'entre en ligne de compte. C'est là le sens du serment que j'ai prononcé et je tiens à m'y tenir. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.*)

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

M. Pierre-Christian Taittinger. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, notre ambition commune, en examinant ce texte, sera de définir pour nos établissements d'hospitalisation les chemins de l'avenir.

Votre projet de loi a ce mérite essentiel, madame le ministre, de nous permettre de sortir d'un vide, que je ne sais plus comment qualifier après vous avoir entendue, après avoir entendu M. le rapporteur, qui a fait un remarquable travail, et après avoir entendu également notre collègue M. Sérusclat. Je dirai qu'il s'agit d'un vide factuel. Je pense que cet adjectif ne le choquera pas.

En effet, qui pourrait nier que la loi du 3 janvier 1984 n'était pas appliquée ? Et si elle n'était pas appliquée, c'est qu'il existait des raisons pour qu'il en soit ainsi, des raisons qui tenaient à sa conception, à sa nature même.

Quand on se trompe et que l'on en vient à élaborer une loi qui ne correspond pas à ce qu'attendent ceux à qui elle est destinée, il ne faut pas s'étonner si, par la suite, cette loi est refusée ! Tel le veut la logique. Nous rencontrons ici un exemple sur lequel le législateur que nous sommes se doit de méditer, c'est-à-dire la possibilité, précisément - on parle toujours du droit à l'erreur - que nous avons de nous tromper.

En l'espèce, le législateur s'était trompé en créant une départementalisation qui était à la fois excessive, forcée, uniforme, générale. Elle ne répondait ni à un espoir, ni à une attente.

Vous avez d'ailleurs rappelé ce matin qu'elle n'est entrée en application que dans trois hôpitaux et quelques établissements psychiatriques et que, pour le reste, elle s'est heurtée soit à l'indifférence, soit, au contraire, à la résistance de ceux que j'appelle les « praticiens hospitaliers », qui ont dénoncé tous les effets négatifs que contenait la loi dans ses dispositions.

Lorsque vous êtes arrivée au Gouvernement, vous avez trouvé une situation difficile, conséquence d'un ensemble de réformes qui avaient été faites et dont certaines ne s'impo-

saient pas. Je ne dis pas que ce qui avait été fait de 1981 à 1986 était globalement à rejeter ; simplement, certains textes se sont révélés néfastes, voire dangereux. Il convenait donc de les revoir.

A cet égard, je vous mettrai en garde, comme j'ai mis en garde les gouvernements précédents : s'il est une chose que l'opinion supporte mal en France, et ce depuis quelques années, c'est la prolifération des réformes, des changements et des modifications gratuites. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I.*)

Depuis quelques années, l'habitude a été prise de vouloir changer la vie des Français beaucoup plus vite qu'ils ne le souhaitent, et ce dans de multiples domaines. Certains changements correspondent aux besoins ou à des nécessités impérieuses et, en réalité, suivent une évolution en s'y adaptant.

Sachons éviter le changement pour le changement, la réforme pour la réforme, la modification pour la modification. Il est temps de marquer une certaine pause et de poursuivre la réflexion. Ces propos ne s'adressent pas à vous, madame le ministre, mais surtout à ceux qui vous ont précédée, puisque vous arrivez, mais il vous faudra en tenir compte. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste.*)

M. Jean Chérloux. Très bien !

M. Pierre-Christian Taittinger. Vous avez dû faire face au grave problème du recrutement ainsi qu'à celui concernant la carrière des personnels médicaux des hôpitaux. Il faut reconnaître que les prévisions n'avaient pas été assez rigoureuses lorsque l'on avait conçu la réforme des études médicales. C'est dans ce contexte difficile que nous devons étudier votre texte.

S'agissant des modifications que vous nous proposez, je retiendrai deux idées qui me paraissent importantes et simples.

La première idée, c'est une meilleure organisation des établissements publics hospitaliers, avec un objectif qui me paraît parfaitement souhaitable, à savoir trouver un certain réalisme, une stimulation, une efficacité, se rapprocher des règles de gestion d'une entreprise.

La seconde idée essentielle consiste à respecter le principe de l'égalité de traitement entre le secteur public hospitalier et le secteur privé.

S'agissant de l'organisation des établissements publics hospitaliers, il est bon, me semble-t-il, que le service redevienne la base du système. L'expérience nous a appris qu'il constituait un ensemble cohérent quant à sa dimension et quant à l'exercice d'une spécialité.

Certains ont critiqué les abus de pouvoir - ils ont employé un mot que je n'aime guère - le mandarinat. On a eu tendance, avec ce terme péjoratif, qui signifie d'après *Le Larousse* « autorité intellectuelle arbitraire et étouffante »...

M. Claude Estier. C'est bien cela !

M. Pierre-Christian Taittinger. ... à jeter l'anathème sur de grands médecins qui ont honoré la médecine française, qui ont apporté des réponses à des problèmes qui nous concernaient, et qui ont été pour notre pays source de fierté indéniabile. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste.*)

Je me permettrai d'évoquer un souvenir personnel. Voilà quelques années, dans un pays lointain, alors que je visitais un hôpital, un grand professeur français venait de mourir, j'ai entendu un jeune médecin de cet Etat nouvellement indépendant, me dire : « Je porte le deuil de mon maître. » Il s'agissait peut-être d'un mandarin, mais je trouve cette réponse plus juste que les critiques acerbes que l'on a trop souvent adressées aux grands maîtres de la médecine française. (*Très bien ! sur les mêmes travées.*)

M. Pierre-Christian Taittinger. La fonction de chef de service sera désormais soumise à un renouvellement périodique au vu du rapport d'activités produit par le chef de service et après avis du conseil d'administration de la commission médicale d'établissement.

Votre projet de loi prévoit un renouvellement quinquennal. J'ai sur ce point un différend avec la commission - je vous prie de m'en excuser, monsieur le président ; j'admire tou-

jours votre autorité et la façon dont vous conduisez les travaux qui vous sont confiés - car j'aurais préféré qu'on détermine des contraintes moins rigides. Certes, je suis partisan du quinquennat... en ce domaine (*Sourires*), mais il me semble que dans certaines disciplines, dans le cadre de grandes recherches, il aurait été souhaitable de prévoir une possibilité de renouvellement. Je vous livre cette réflexion, sans demander la généralisation de cette disposition.

Nous aurons à faire face à des situations exceptionnelles : nous ne maîtriserons pas de graves problèmes qui vont se poser ; des équipes cohérentes et solides ayant à leur tête des hommes de grande expérience seront donc indispensables.

Pour le reste, mes amis du groupe de l'U.R.E.I. et moi-même saluerons un projet de loi qui a su concilier avec souplesse et pragmatisme cette recherche d'efficacité dont je parlais, à la base duquel se trouve le rétablissement du service et l'organisation volontaire des départements - c'est ce qui changera par rapport au système précédemment envisagé - et des impératifs de stimulation qui, à mon avis, correspondent à une évolution normale.

Ces dispositions étaient indispensables pour rétablir la confiance et pour renverser une dangereuse tendance qui aurait vu un certain nombre d'esprits brillants boudier la carrière hospitalière, ce notamment dans certaines spécialités en progrès et en transformation comme l'anesthésiologie et la radiologie.

Le second volet de ce projet de loi présente, lui aussi, des caractéristiques délicates, c'est l'égalité de traitement entre le secteur public et le secteur privé.

Trop de différences existaient quant aux délais concernant les projets d'équipement, les programmes d'établissement et quant à l'homologation des produits et appareils à usage préventif, thérapeutique ou de diagnostic. De telles différences ne se justifiaient pas.

Si l'on admet la nécessité d'un secteur privé et d'un secteur public, il faut accepter la réalité et ne pas se laisser aller à des opérations mesquines où une hostilité s'est trop souvent manifestée à l'encontre du secteur privé, alors qu'il a fait preuve de sa compétence, de sa qualité et de sa compétitivité.

Il appartient à un gouvernement qui s'efforce de rattraper les retards pris en matière d'autorisations d'équipement du secteur privé en matériels biomédicaux de pointe de gommer ces différences.

Au-delà de ce projet de loi, se pose d'une façon générale l'attitude des pouvoirs publics face au secteur privé hospitalier.

Les propos que vous avez tenus ce matin, madame le ministre, peuvent se traduire dans les faits et instaurer de bons rapports entre votre ministère et l'ensemble des établissements privés. Ainsi, s'affirmera la volonté du Gouvernement de reconnaître la nécessaire complémentarité et de favoriser une saine et normale émulation entre les deux secteurs.

Cette égalité de traitement et les impératifs de la concurrence vous ont conduit à donner aux cliniques privées la possibilité de se regrouper - ce qui est une excellente mesure - et à prévoir une procédure simplifiée pour autoriser les changements d'affectation de lits entre différentes disciplines, afin de permettre une adaptation souple et des économies d'échelles. Pourquoi avoir attendu tant d'années pour accepter cette évidence !

Ces regroupements, opérés au nom de l'égalité du traitement, sont bien entendu subordonnés à la baisse du nombre de lits lorsque la carte sanitaire est excédentaire. Mais ces dispositions ne doivent pas limiter les initiatives qui pourraient être prises, s'agissant par exemple du parc des lits d'hospitalisation. Ce parc a crû, de 1972 à 1980, trois fois moins vite dans le secteur privé que dans le secteur public, alors que le taux moyen d'occupation des lits était, en 1984, de 90 p. 100 dans le secteur privé, contre 79,4 p. 100 dans le secteur public.

Un problème plus général se pose, madame le ministre, celui de la carte sanitaire. Le projet de loi ne peut pas entrer dans le détail ; il ne faut pas ici confondre loi et règlement, droit et gestion. Je souhaiterais que vous meniez une réflexion d'ensemble sur cette nécessaire révision de la carte sanitaire afin de mieux faire face aux besoins nouveaux de la population, à l'allongement de la durée de la vie et à l'évolution des techniques médicales, ce qui vous permettrait vérita-

blement de présenter au Parlement, par étapes successives, un ensemble cohérent qui s'insérerait dans la réflexion générale qui va s'engager sur l'avenir de la sécurité sociale. Je le rappelle, en effet, les dépenses hospitalières représentent 55 p. 100 des dépenses de santé.

Cette réflexion globale, à partir de textes qui auront été discutés de façon approfondie devant le Parlement, nous permettra peut-être de mieux cerner les évolutions, de dégager des priorités et d'adapter enfin les moyens aux fins.

C'est dans ce cadre, qui dépasse le texte que nous examinons aujourd'hui, que je veux, avec mes amis, considérer votre projet de loi. Il constitue un préalable indispensable pour redonner à l'édifice hospitalier des bases stables qui correspondent à un constat réaliste.

Pour conclure, sans faire preuve de pessimisme excessif, je dirai qu'en matière de santé nous avons encore malheureusement à faire face à des situations nouvelles, souvent encore invisibles. Il faudra consentir des sacrifices, accentuer notre effort de recherche, et donc disposer d'un cadre hospitalier qui permette de faire face à ces défis.

Avec votre texte et cette recherche d'un ensemble cohérent que j'appelle de mes vœux, madame le ministre, peut-être pourrions-nous répondre aux préoccupations et aux inquiétudes de nos compatriotes. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste.*)

M. René-Georges Laurin. Très bien !

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

M. Guy Penne. Madame le ministre, contrairement à ce que vous déclarez, ainsi que nombre de collègues de votre majorité, je crois que votre projet de loi ne présente ni un caractère pragmatique ni beaucoup de souplesse.

Il complique par exemple à l'extrême les procédures de renouvellement quinquennal afin, en réalité, de s'en passer.

La balkanisation liée au service coûtera cher et entraînera la multiplication des équivoques autour de l'hospitalisation privée.

Enfin, vous n'excluez pas l'idée de la départementalisation. Vous auriez dû, si tel était votre état d'esprit, manifester dès l'article 1^{er}, la possibilité de création de ces départements.

Comme M. le rapporteur l'a évoqué ce matin, moi aussi j'ai prêté le serment d'Hippocrate ; je suis socialiste. C'est donc quasi confraternellement, si vous me le permettez, madame le ministre, que le soulignerai quelques bizarreries de votre projet de loi.

La loi de 1984 a supprimé les chefferies de service, dont tout le monde parle, mais, auparavant, le ministre de la santé avait procédé, dès la fin de 1984, à la promotion au rang de chef de service d'un très grand nombre de praticiens, praticiens non chefs de service donc et qui le seraient restés jusqu'au départ à la retraite des chefs de service en titre qu'ils auraient remplacés seulement à ce moment-là.

Ces praticiens ont été promus au rang de chef de service, souvent dans les C.H.R. et au sein d'un même service puisque la loi prévoyait la dissociation du grade et de la fonction, fonction qui, d'ailleurs, fut supprimée par cette même loi.

Aujourd'hui, vous rétablissez les chefferies de service et, par voie de conséquence, tous les chefs de service, y compris ceux qui ont été nommés à titre personnel.

L'article 20, dans son premier alinéa, dispose : « Tout médecin... nommé chef de service avant le 31 décembre 1984 et qui n'a pas fait l'objet d'une mention » - ce qui concerne pratiquement 100 p. 100 des cas - « sera nommé chef de service dans le service duquel il exerce ses responsabilités. »

La conséquence de votre projet de loi est qu'il va falloir créer des services ou bien diviser ceux qui existent afin de permettre à chacun des chefs de service nommés en 1984 d'exercer ses fonctions.

Sur un amendement qu'ils ont déposé, nos collègues Taittinger, Delaneau et Balarello argumentent que les services hospitaliers ne sont pas conçus pour un fonctionnement bicéphale. Ils sont, disent-ils, inadaptés à une bipartition de fait des locaux et du personnel entre l'ancien et le nouveau chef de service. On n'évitera pas les désaccords concernant les salles d'examen, d'opération, les laboratoires, les bureaux, les secrétaires, etc. Examens et traitements seront controversés. Je souscris à cette analyse.

Malheureusement, ces situations risquent d'être non pas bicéphales, mais polycéphales. Force est de constater ces complexités bien avant l'âge du départ anticipé à la retraite du titulaire.

Vous devriez d'ailleurs, madame le ministre, prendre en compte certains de nos amendements où nous évoquons le praticien hospitalier responsable de service à plein temps ou à temps partiel - ce qui implique clairement la dissociation entre le grade et la fonction - et qui risquent de vous être utiles lorsque vous serez confrontée aux gravissimes difficultés que votre projet de loi ne manquera pas d'engendrer.

Que signifieront, dans ces services démultipliés, les pôles d'activités ? Ils seront d'autant plus étriqués que le service lui-même sera rétréci.

Qui plus est, dans le cas où il n'y avait pas de service mais des antennes de services, on devra procéder à la création d'un service ; on ne pourra y échapper. Il y aura donc redondance des services dans une même discipline.

Partager un service en plusieurs services dans une même discipline, croyez-vous que cela puisse constituer une économie ?

Lorsque vous laissez « filer » la notion de département, je pense que vos intentions ne sont pas précisées. N'est-ce pas, pour vous, un moyen de régler des cas limites, par exemple celui d'un ancien service qui comprendrait trois chefs de service plus des pôles d'activités ? Cela reviendrait à créer un département, mais seulement, en réalité, pour la reconstitution d'un ancien service, soit aucune novation, ni de caractère médical ni en matière de gestion.

Par ailleurs, dans un second cas de figure, le même article dispose que cette disposition est applicable même aux médecins ayant été mutés, sous réserve qu'il n'y ait pas de chef de service dans le service d'accueil. Que signifie cela ?

Si un chef de service était en place au moment de la mutation, on lui reconnaît implicitement un droit d'antériorité, dans ce cas précis. On exerce donc deux poids, deux mesures, ce qui va à l'encontre du principe d'égalité devant le service public.

Je souhaiterais, à présent, aborder le problème de la reconduction des chefs de service.

Selon votre projet de loi, le renouvellement de ces chefs de service est prononcé tous les cinq ans, à la demande des intéressés, sous réserve que celle-ci intervienne après la procédure de non-renouvellement effectuée dans les mêmes conditions que la nomination.

Je vous pose la question, madame le ministre : va-t-on faire passer tous les dossiers de chefs de service devant la commission médicale d'établissement, ce qui serait normal puisqu'il s'agit là de la procédure utilisée pour les nominations ? Ou le but de l'opération est-il tout autre, la procédure de non-renouvellement constituant alors une procédure d'exception, chaque chef de service formulant sa demande et le renouvellement devenant une simple formalité ?

La procédure de non-renouvellement, si elle était appliquée, apparaîtrait, en effet, comme un blâme ; beaucoup d'orateurs ont évoqué cette question avant moi. Cela signifie, en clair, que les chefs de service seront quasiment nommés à vie. Pauvres jeunes praticiens !

Il est vrai qu'on ne peut être à la fois juge et partie. Or, à l'occasion de l'examen du non-renouvellement en commission médicale d'établissement, les médecins vont devoir se juger entre eux. Quel médecin s'engagera dans une procédure visant la non-reconduction, alors qu'il sait que lui aussi passera, un moment plus tard, devant ce même tribunal ?

Cette « nomination à vie », madame le ministre, est-ce vraiment ce que vous souhaitez ?

M. Georges Benedetti. Très bien !

M. Guy Penne. Et dans le cas où une procédure interviendrait, sur quels critères va-t-on procéder au non-renouvellement : folie ? travail insuffisant ? excès d'exercice en secteur privé ? On laisse, pour l'instant, libre cours à l'imagination de l'administration et du corps médical.

Je pose deux dernières questions sur ce thème.

Dans le cas où les procédures seraient engagées, mais où, sur certains dossiers, elles n'aboutiraient pas du fait du mauvais fonctionnement du système, quelle disposition

emploiera-t-on ? Et dans le cas où aucune procédure de non-renouvellement ni aucune demande de renouvellement émanant de l'intéressé n'interviendrait, que fera-t-on ?

Le projet de loi prévoit que le renouvellement des fonctions du chef de service est subordonné au dossier de ces chefs de service et à leur rapport d'activité.

Faisons un bref rappel de la mission des hospitalo-universitaires. Celle-ci consiste en « soin, enseignement et recherche », avec l'obligation d'un tableau de service qui définit les fonctions hospitalières, deux secteurs étant distingués : le public et le privé. L'activité des praticiens non universitaires est une fonction uniquement hospitalière avec secteur public et secteur privé, selon les cas.

J'insiste bien sur la notion de tableau de service qui constitue la base de l'activité hospitalière. En effet, chacun sait que, jusqu'à ce jour, aucun tableau n'a pu être défini.

Le rapport d'activité devra soigneusement séparer l'activité privée de l'activité publique, afin qu'il n'y ait pas de confusion, et en espérant que l'activité publique sera au moins égale à l'activité privée. On connaît, en effet, les excès - je sais qu'ils ne sont pas nombreux, mais ils existent - de certains médecins qui considèrent que la demi-journée privée démarre à treize heures et se poursuit jusqu'à vingt-deux heures, et est, par conséquent, plus longue que la demi-journée publique qui se termine, elle, à la fermeture des caisses de l'hôpital.

On suppose aussi que cette activité privée, concernant les plein-temps, s'exercera uniquement à l'hôpital et ne débordera pas sur les cliniques.

Quel sera, toutefois, le contenu du rapport d'activité ? Celui-ci sera-t-il défini à partir de l'activité propre du chef de service ou de celle du service ? Qui, à ce moment-là, inclut celle de ses collaborateurs ? Se fondera-t-on sur le nombre de malades vus en consultation par l'intéressé ou par ses collaborateurs, ou bien sur le nombre d'actes médicaux ?

Il serait bon de définir le contenu de ce rapport d'activité. En effet, chacun peut, à sa façon, interpréter la notion d'activité et mélanger l'activité de recherche ou de travaux scientifiques à l'activité hospitalière. Les missions effectuées par les médecins feront-elles partie de l'activité, alors qu'il s'agit, la plupart du temps, de missions d'enseignement ?

Il convient donc d'éviter de rester dans le flou si l'on veut que l'administration soit à même d'examiner un dossier structuré, en fonction de critères bien précis et hospitaliers.

Je pose une dernière question, qui rejoint celle que j'ai précédemment évoquée : quelle sera l'infrastructure prévue ? Il s'agit, en effet, d'examiner quelque 5 000 rapports et dossiers, et ce à plusieurs niveaux de l'administration. Qui effectuera ce travail ? Fera-t-on appel à une main-d'œuvre extérieure ou prélèvera-t-on sur la substance de la fonction publique qui - on le sait - diminue et supprime des postes ?

Votre projet prévoit, en outre, une délégation de l'activité du chef de service vers ses collaborateurs sous la forme de pôle d'activités. Quelle sera la définition de ce pôle d'activités ? Y aura-t-il délégation des pouvoirs propres du chef de service ? Du personnel sera-t-il prélevé et affecté pour effectuer la mission dévolue à ce médecin responsable ? Celui-ci pourra-t-il être un interlocuteur de l'administration pour le rôle qui lui est confié, puisqu'il existera une procédure de création et de suppression de ce pôle d'activités par le conseil d'administration ? Cela confère, du fait de la procédure et implicitement, un certain pouvoir à ce médecin responsable.

Dans la procédure, aura-t-on spécifié, outre l'activité, les moyens, en personnel et autres, accordés à ce médecin, une unité administrative affectée à ce pôle d'activités afin de ne pas mélanger l'activité propre du chef de service et celle de ces médecins responsables ? Cette confusion serait d'autant plus mal venue qu'un rapport d'activité dudit chef de service est examiné lors du renouvellement de ses fonctions.

Au cas où certains médecins non chefs de service souhaitent créer des pôles d'activités à l'intérieur d'un service du fait de leur technique et de leur spécificité, et qu'ils s'opposent, en cela, à la mauvaise volonté de leur chef de service, que fait-on ?

Prenons le cas, par exemple, d'un service de gastro-entérologie. Un praticien hospitalier est nommé pour pratiquer toutes les endoscopies digestives ; c'est une technique difficile, avec des actes cotés non pas en C mais en K. Il

serait bon et utile, pour apprécier cette activité et pour permettre à ce médecin de travailler correctement, de lui constituer une unité.

Pouvez-vous me fournir une réponse ? C'est d'autant plus important que le conseil d'administration pourra, le moment venu, apprécier la bonne marche d'un service à partir de l'activité de ces unités, de la bonne entente générale de ces praticiens, du taux d'absentéisme du personnel, notamment au moment de la reconduction du chef de service.

Avec le système que votre projet de loi veut mettre en place, les praticiens non chefs de service, s'ils souhaitent acquérir ne serait-ce qu'une parcelle de responsabilité, n'auront plus comme recours que l'espoir de la création d'un pôle d'activités et d'être choisis comme délégués.

Or, nous avons vu que l'initiative de la création d'un pôle d'activités appartient, de même que le choix du délégué, au seul chef de service. Le refus éventuel de ce dernier de créer un pôle d'activités ferme donc toute perspective d'accès à la responsabilité pour les médecins non chefs de service.

La dépendance administrative dans laquelle se trouve tout praticien délégué est donc renforcée, ce qui semble tout à fait incompatible avec la notion même d'indépendance professionnelle.

Madame le ministre - ce sera ma conclusion - l'importance du nombre de postes vacants dans les hôpitaux généraux devrait vous inquiéter ; elle a été soulignée plusieurs fois en commission.

Comment fonctionne actuellement le recrutement des médecins étrangers ? Les médecins issus de la Communauté économique européenne, pour qu'ils accèdent à une activité salariée, doivent être radiés de l'ordre des médecins de leur pays d'origine et s'inscrire à l'ordre des médecins en France. Se pose, malgré ces aménagements, le problème de certains frontaliers qui cumulent une activité sur deux territoires en exerçant, par exemple, trois jours en France et trois jours dans leur pays d'origine.

En dehors des médecins issus de la C.E.E., quelque 6 000 étrangers sont inscrits à un certificat de spécialité. Ces étrangers sont titulaires de leur thèse dans leur pays d'origine, ce qui, au regard de nos règlements, les exclut de la capacité d'exercice, que ce soit à titre libéral ou à titre salarié, tant qu'ils n'ont pas satisfait aux examens définis par la réglementation. Dans l'intérêt des praticiens français, et pour ne pas leurrer non plus ces confrères étrangers, il convient de traiter cette véritable crise hospitalière.

Dans le système de cooptation qui est la règle du monde médical, il était sûr que les patrons - j'emploie ce terme puisque M. Taittinger n'aime pas celui de « mandarin » - s'étant déclarés au-dessus de la loi en 1984, il y aurait forcément boycott. C'est la réponse qu'il est possible de donner à M. Taittinger. En tout cas, il ne faut pas s'étonner : dans un service, quand le patron commence à dire quelque chose, les autres disent la suite.

Votre projet fait la part trop belle aux patrons, madame le ministre, mais prenez garde que les plus jeunes étudiants, internes ou autres aujourd'hui et futurs cadres hospitaliers de demain, n'aient pas le même culte des idoles que leurs aînés. Ce matin, notre rapporteur a dit que vous aviez été tirée à hue et à dia, et que vous aviez fait preuve de courage. Je pense que, dans l'application de votre texte, madame le ministre, il vous faudra faire preuve de beaucoup plus de courage encore. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

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

Mme Nelly Rodi. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, en 1983, notre Haute Assemblée avait déjà eu l'occasion de débattre d'un projet de loi hospitalière réformant la loi cadre de 1970. C'était, à l'époque, au nom de la modernité que les socialistes entendaient profondément modifier cette loi cadre de 1970.

Aujourd'hui, les résultats de cette réforme de 1984 sont là ; ils s'appellent rigidité et dilution de responsabilité, et l'on peut se demander à juste titre si le seul objectif de nos prédecesseurs n'était pas de casser les professions médicales, voire le « pouvoir médical ». (*Protestations sur les travées socialistes.*)

Trois ans après la promulgation de ce texte, cette loi s'étant révélée inapplicable et le personnel médical hospitalier s'étant décidé, avec juste raison, à ne pas en tenir

compte, nous nous trouvons dans la situation d'un hôpital public qui n'est plus régi par la loi de 1970, sans l'être pour autant par celle de 1984.

Avec les 700 établissements hospitaliers publics concernés par le titre I^{er} et les 2 000 établissements privés concernés par le titre III, c'est toute notre structure nationale d'hospitalisation qui attend ce projet. Concernés qu'ils sont dans leur fonctionnement et dans leur évolution, il est urgent, pour ces établissements, de rétablir cette notion de responsabilité qui disparaît avec la loi du 3 janvier 1984.

Si elle n'est pas appliquée, c'est précisément parce que, dans sa sagesse, le corps médical en a refusé l'application hasardeuse. En effet, 90 p. 100 des médecins ont refusé de se soumettre à un texte d'inspiration partisane et idéologique, sans souci des réalités dont la principale est la nécessité de dispenser des soins de qualité aux malades.

La départementalisation obligatoire qui a été instituée présente une tare en soi qui la condamne de fait, car vouloir régler d'une manière uniforme le fonctionnement des établissements publics d'hospitalisation relève d'un leurre. En effet, la diversité est telle entre les grands C.H.U. et les petits hôpitaux généraux qu'il n'est ni possible ni souhaitable que leur organisation interne soit identique.

Il faut voir vivre et fonctionner les établissements, petits centres hospitaliers, pour constater à l'évidence que l'organisation départementalisée telle qu'elle est prévue par la loi de 1984 ne peut pas fonctionner. Vouloir organiser en départements des hôpitaux qui, bien souvent, ne comportent qu'un ou deux services de chirurgie, un ou deux services de médecine générale, une maternité et où le médecin se trouve souvent seul dans sa spécialité était tout à fait irréaliste, ce qui ne signifie pas, comme nous allons le voir, que la départementalisation soit une mauvaise chose, bien au contraire.

Vouloir organiser en départements les grands hôpitaux universitaires aurait pu être une initiative utile et bénéfique à la rationalisation des équipements ainsi qu'à l'organisation des soins. Mais la départementalisation telle qu'elle a été envisagée et conçue par cette loi de 1984 ne visait, en fait, qu'à ôter leurs prérogatives aux meilleurs médecins hospitaliers qui, par leur savoir et leur science, exercent une autorité que certains souhaitaient leur retirer tout en diluant leur responsabilité.

Cette loi que vous nous proposez de voter, madame le ministre, maintient donc le principe de la création de départements. Elle en fait disparaître, en revanche, le caractère rigide, uniforme et politisé avec l'élection du chef de département qui prévalait dans la réforme de 1984. Les départements, intelligemment organisés, constituent une structure bien adaptée à l'évolution des hôpitaux.

Le projet de loi que vous nous soumettez aujourd'hui fait du département une structure souple, facultative et volontaire, régie par un règlement intérieur arrêté par le conseil d'administration. Ce département, tel qu'il est défini par votre projet de loi, madame le ministre, repose sur une libre association des services et sur une démarche volontaire qui doit donc permettre de responsabiliser l'ensemble des partenaires concernés, ce qui change de la situation créée par la réforme de 1984 où chacun est responsable de tout sans être responsable de rien.

Le présent projet de loi tire les leçons de l'échec de la réforme de 1984 et vise aussi à rendre, à travers une plus grande stabilité, son efficacité à l'hôpital, tout en autorisant une souplesse de mise en œuvre. Il permet une plus grande stabilité grâce à la réaffirmation de la notion de service ainsi que par le rétablissement de l'autorité personnelle et effective du chef de service.

Or, concrètement, un chef de service est d'abord un médecin qui, au fil des années, a acquis une grande compétence, un savoir-faire remarqué, souvent un véritable charisme auprès de ses malades, des qualités de transmission du savoir qui ont attiré autour de lui une équipe de praticiens sur laquelle il a naturellement acquis une certaine autorité.

Je note, d'une part, que c'est souvent cette notion d'autorité, reconnaissance du mérite, qui est remise en cause par certains et que, d'autre part, dans les discussions autour du fait de savoir s'il est nécessaire d'avoir un chef de service, le sentiment profond des malades n'est pas pris en compte.

Mais, pour en revenir à votre projet de loi, madame le ministre, il ne se contente pas de rétablir la situation qui existait avant 1984. En effet, les chefs de service ne seront

plus nommés à vie, ce qui permet de ne pas décevoir les jeunes médecins qui choisissent de faire une carrière hospitalière et qui sont l'avenir de nos hôpitaux.

Il est proposé, dans ce texte, une nomination renouvelable tous les cinq ans, après consultation de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration. Le principe d'une nomination à vie apparaîtrait, en 1987, comme la négation même du progrès.

Cette réforme, comme nous l'avons déjà noté à propos des départements, laisse une large place au volontariat. La possibilité est ainsi offerte aux chefs de service de créer des pôles d'activités qui peuvent s'organiser aussi bien autour d'une discipline donnée qu'autour d'un certain nombre de lits, ou de toute autre façon laissée à l'appréciation du chef de service.

C'est ce même volontariat que nous retrouvons dans la possibilité de créer des regroupements de services, c'est-à-dire des départements.

Le titre I^{er} de cette loi édifiant le service, le pôle d'activités et le département, permet la mise en place d'un système cohérent qui utilise au mieux les compétences de chacun et dont le caractère volontaire est fondamental.

La réorganisation des structures médicales de l'hôpital était, on l'a vu, nécessaire et urgente au point que vous auriez pu, madame le ministre, y consacrer toute votre attention au détriment des autres problèmes importants qui affectent notre système hospitalier.

Il n'en est rien et c'est avec autant de soin que vous vous efforcez d'instaurer un juste équilibre entre le secteur public et le secteur privé.

Cet équilibre est nécessaire tout d'abord dans l'intérêt même du secteur public hospitalier. Il n'est pas possible de laisser s'instaurer un trop grand déséquilibre en faveur du secteur public hospitalier à cinq ans de la création du grand marché unique européen.

L'hôpital public doit d'ores et déjà se comporter en entreprise soucieuse d'efficacité et même - n'ayons pas peur des mots - de rentabilité. Il faudra bien, en effet, que l'hôpital trouve, sans alourdir le déficit déjà important de la sécurité sociale, les moyens qui lui permettront de réaliser les investissements nécessaires à son adaptation aux problèmes médicaux de demain, problèmes qui constitueront, n'en doutons pas, un véritable bouleversement de la pratique hospitalière actuelle.

C'est dès maintenant que l'hôpital public doit se trouver en situation de concurrence, et non en 1992.

Un secteur privé hospitalier auquel on donne les moyens d'exister, ce qui n'était plus le cas, est une garantie de saine émulation.

En refusant la plupart des regroupements demandés par les cliniques privées, on ne leur permet pas d'être économiquement viables.

De plus, si cette discrimination est dangereuse pour l'avenir même de notre système hospitalier, elle est, par ailleurs, injuste, d'une part envers le malade qui doit pouvoir librement choisir le type d'établissement dans lequel il désire se faire hospitaliser et, d'autre part, au regard de l'importance et de la qualité du secteur privé.

Enfin, le dernier, mais non le moindre, mérite de la disposition qui autorise les établissements privés à se regrouper est d'éviter que ceux-ci ne deviennent la proie d'investisseurs étrangers auxquels rien n'interdit, dans la législation actuelle, de racheter une clinique.

Il convient de noter également à ce sujet que cette autorisation est assortie d'une réduction du nombre de lits lorsque le regroupement a lieu dans un secteur excédentaire, comme cela se pratique dans le secteur public lors de restructurations. C'est donc dans les deux sens que l'équilibre est respecté.

Quant à l'harmonisation des autorisations d'équipement et à l'homologation des matériels à usage préventif, diagnostic ou thérapeutique, je me bornerai à vous dire, madame le ministre, que ces deux mesures s'imposaient afin de rétablir un sentiment d'égalité entre secteur public et secteur privé. Je ne m'étendrai pas plus sur ces deux notions.

Pour conclure, madame le ministre, je soulignerai deux dispositions qui montrent votre respect des institutions directrices de l'hôpital et des intervenants autres que les médecins, c'est-à-dire le personnel soignant et l'administration.

Il s'agit d'abord de la consultation du comité médical d'établissement et du comité technique paritaire, lors de l'élaboration du règlement intérieur du département et avant son adoption par le conseil d'administration. Il s'agit ensuite de l'adjonction au chef du département d'un membre du personnel soignant non médecin et d'un administratif hospitalier.

M. Jean Chérioux. Très bien ! Cela, c'est de la participation !

Mme Nelly Rodi. Ainsi, les fonctions de chacune des catégories professionnelles de l'hôpital sont valorisées et le terme d'« équipe » peut donc être valablement employé.

Madame le ministre, pour toutes ces raisons, nous approuvons et soutenons votre projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.*)

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

M. Georges Benedetti. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, le titre III du projet de loi traite des dispositions relatives aux établissements d'hospitalisation privés.

Vous avez déclaré, madame le ministre, que votre objectif est de garantir la complémentarité et l'égalité entre le secteur public et le secteur privé.

Objectivement, nous pensons que votre projet de loi ne va pas dans cette direction. En effet, le secteur privé sera indiscutablement avantagé, et même privilégié, car il pourra bénéficier de dérogations par rapport aux nécessités de la planification hospitalière dans le cadre de la carte sanitaire.

Le texte prévoit la possibilité de regroupements d'établissements privés dans un secteur sanitaire où les moyens sont excédentaires, sous réserve, est-il prévu, d'une réduction de capacité des établissements regroupés. Les modalités de cette réduction seront définies par voie réglementaire, en tenant compte, a précisé l'Assemblée nationale, des excédents existant dans le secteur considéré, et ce dans la limite d'un plafond.

D'autre part, la conversion des lits de tout ou partie d'un service en une discipline différente de celle qui était initialement autorisée sera accordée sans que l'administration ait examiné le bien-fondé de la demande.

Comment ne pas voir, dans ces dispositions, des conditions tout à fait discriminatoires au bénéfice des établissements privés, dispositions qui vont à l'encontre de l'égalité de traitement préconisée ?

Comment ne pas voir un risque de déstabilisation de l'offre de soins au détriment du public quand on sait que l'excédent global comporte environ 55 000 lits de court séjour : 30 000 en médecine, 20 000 en chirurgie et 5 000 en obstétrique ?

Comme l'a indiqué notre rapporteur, le nombre des lits de court séjour a progressé, dans le secteur privé, de 3,9 p. 100 de 1972 à 1985, alors qu'il a diminué, pendant la même période, de 12,2 p. 100 dans le secteur hospitalier.

Bien sûr, il faut remarquer qu'entre 1981 et 1985 la réduction a été sensiblement égale, ou du moins proportionnelle, dans les deux secteurs. Dans ces conditions, pourquoi, madame le ministre, fixer un plafond de réduction pour le secteur privé et non pour le secteur public ? Nous souhaiterions avoir des explications complémentaires sur cette notion de plafond de réduction pour le secteur privé.

Comment ne pas voir, dans ces dispositions, un risque inflationniste au moment où, parallèlement, la maîtrise des dépenses de santé est la préoccupation de tous et où l'équilibre de la sécurité sociale nécessite des efforts accrus ?

Ne pensez-vous pas que ces dispositions s'éloignent, en réalité, de la notion de complémentarité et qu'elles risquent, au contraire, d'aviver la concurrence entre le secteur public et le secteur privé tout en assurant de meilleures conditions et, par conséquent, une plus grande rentabilité pour le secteur privé ?

Du reste, les procédures d'avis et d'autorisations préalables, nécessaires aux établissements publics pour l'élaboration de leur programme, sont précisées et renforcées pendant que les établissements privés en sont dispensés.

Par ailleurs, l'autorisation étant réputée accordée à un établissement privé, elle risque d'être méconnue, ce qui peut conduire à une impossibilité de recours ; en effet, l'acte constitutif permettant de faire courir les délais de recours disparaît.

Ainsi l'effort imposé à l'hôpital public, en particulier dans certains cas par la diminution du nombre de lits, peut offrir la possibilité de créations de lits nouveaux dans le secteur privé. C'est dire que les cliniques vont pouvoir, en se regroupant, si aucun garde-fou n'existe, modifier à leur guise la répartition des lits et l'orientation médicale de ces lits dans une région donnée.

On va donc aboutir à un bouleversement du schéma des disciplines. Conséquence prévisible : le secteur public ne sera plus concurrentiel et l'indice de la carte sanitaire risque d'être rapidement saturé dans une discipline avantageuse pour le secteur privé.

Toutes ces dispositions vont dans le même sens : favoriser le secteur privé, c'est-à-dire prendre le risque de faciliter la mainmise de groupes purement financiers sur le marché de l'hospitalisation privée alors que leur logique, ainsi que M. le rapporteur l'a indiqué, n'a rien à voir avec l'administration des soins. Parallèlement, elles risquent de rendre plus difficiles l'amélioration et la modernisation du secteur public. En somme, madame le ministre, ce projet est particulièrement inégalitaire. C'est la raison pour laquelle nous ne saurions l'adopter.

J'en viens au titre IV, relatif à l'équipement sanitaire.

Les dispositions antérieures prévoyaient que tout refus d'autorisation motivé par l'existence d'un programme susceptible de couvrir les besoins définis par la carte sanitaire est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de six ans s'il s'agit d'un établissement public, de deux ans s'il s'agit d'un établissement privé. Le projet actuel propose trois ans pour les deux secteurs.

Nous ne pensons pas qu'il soit souhaitable d'aligner le secteur public et le secteur privé sur un délai trop court. Pour le secteur public, en effet, compte tenu du délai nécessaire à la mise en forme des dossiers pour des programmes d'équipement, le délai de cinq ans nous paraît plus adapté.

Les activités de l'hôpital public doivent utiliser au maximum sa vocation de plateau technique et de structure d'appel.

L'implantation des équipements lourds doit se faire en priorité dans les établissements publics, pour garantir à chaque citoyen une égalité d'accès aux soins et éviter que l'implantation de matériels sophistiqués et coûteux n'entraîne une prolifération d'actes inutiles. Or, actuellement, les équipements lourds ne sont pas forcément installés en fonction de l'indice, mais plutôt, semble-t-il, à la suite d'une adaptation de l'indice à la demande, surtout privée. Cela a pour conséquence de baisser dangereusement l'indice des besoins en fonction de la population - on peut se référer à la politique des scanners, par exemple.

Une autre préoccupation importante concerne le grave problème de recrutement du personnel médical des hôpitaux, en particulier dans les hôpitaux non C.H.R. Ce thème a été maintes fois abordé au sein de notre commission.

L'insuffisance des postes pourvus touche surtout la radiologie, l'anesthésie - réanimation, la gynécologie - obstétrique, mais également d'autres activités.

Parmi les différentes causes de cette situation, on peut retenir : la concurrence du secteur privé, avec le paiement à l'acte, alors que dans le secteur public les praticiens sont salariés ; les rémunérations insuffisantes dans le public, notamment en début de carrière. Il paraît également souhaitable que le troisième cycle des études médicales réserve un temps significatif à l'hôpital général...

M. Guy Penne. Très bien !

M. Georges Benedetti. ... de manière à faire mieux connaître cet établissement. Il faudrait veiller, madame le ministre, à ce qu'un certain malthusianisme ne prévale pas dans les concours.

On pourrait aussi modifier - c'est plus difficile - certains aspects de la nomenclature concernant des spécialités bien connues, telles que la radiologie. J'ai vécu moi-même un exemple très concret à l'hôpital de Bagnols-sur-Cèze avec la

« fuite » d'un praticien radiologue à temps plein vers le privé ; l'hôpital général s'est ainsi trouvé privé d'un poste de praticien radiologue sur deux.

Reste le rétablissement du secteur privé à l'hôpital public. Nous prenons acte de cette réintroduction, mais nous répétons qu'elle est inégalitaire, car tous les médecins ne peuvent pratiquer en privé, et elle est injuste, car l'argent devient un critère de choix du malade et du médecin. Quelles garanties d'ailleurs pouvez-vous donner, madame le ministre, afin d'assurer le contrôle effectif de l'exercice de l'activité privée et d'éviter les abus que l'on a connus dans le passé ?

J'ajoute que le retour du secteur privé à l'hôpital va léser le secteur libéral. Que donnera-t-on aux médecins libéraux en contrepartie du rétablissement du secteur privé à l'hôpital ? Le parallélisme pécuniaire ou matériel est d'autant moins respecté que, dans certaines régions, l'activité libérale peut rencontrer des difficultés, notamment à l'occasion de l'installation de jeunes médecins désireux de se constituer une clientèle.

Et que dire des dépenses de sécurité sociale qui en découlent ? La liste est longue en ce domaine. Il serait bon que la sécurité sociale ne rembourse pas des actes non contrôlés par ses services. Cet organisme n'ignore pas, par exemple, qu'en dialyse, outre qu'elle rembourse des postes non autorisés par les tutelles, elle s'offre le luxe de rembourser deux fois la même prestation. Certains hôpitaux, surtout des C.H.R., par le biais du budget global, font prendre en charge des séances de dialyse non effectuées dans leur établissement, le malade ayant été placé soit en alternative à la dialyse, soit dans un centre privé, cela étant évidemment remboursé par la sécurité sociale.

Ce dossier mérite sans aucun doute, madame le ministre, un peu d'ordre et de discipline.

Telles sont, madame le ministre, mes chers collègues, les quelques observations que je souhaitais présenter dans ce débat concernant les établissements d'hospitalisation et l'équipement sanitaire, observations qui justifient notre opposition à ce projet de loi. C'est un projet qui renforce et privilégie le secteur privé. C'est un projet qui ne s'inscrit pas dans une véritable complémentarité entre le public et le privé. C'est un projet qui compromet la mise en œuvre d'une réelle politique de maîtrise des dépenses de santé.

Chacun s'accorde à dire que le secteur hospitalier public français est l'un des meilleurs du monde, tant pour les soins que pour l'enseignement et la recherche.

Il faut encore l'améliorer et le moderniser si l'on veut que chaque citoyen puisse bénéficier des meilleurs soins qu'offrent les techniques modernes, dans des conditions égales pour tous. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

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

La discussion générale est close.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Madame le ministre, avant que vous ne répondiez aux orateurs, je voudrais ajouter quelques brèves observations à l'ensemble des approbations ou des critiques qui ont été présentées dans la discussion générale.

Je voudrais faire un constat, exprimer une interrogation et vous poser deux questions.

Le constat, c'est que, comme notre excellent collègue M. Descours l'a dit ce matin, le projet de loi dont il s'agit est à la fois nécessaire et satisfaisant.

Il est nécessaire, parce que tous ceux qui administrent directement des hôpitaux ou qui sont les clients d'établissements publics ou privés savent quelle est la situation actuelle, savent que, sur le plan du fonctionnement des établissements publics, de nombreux problèmes se posent et savent surtout que des réformes doivent être entreprises et des problèmes résolus si nous voulons pouvoir maîtriser l'ensemble de nos dépenses de santé.

Ce projet de loi, qui est nécessaire, doit mettre fin à de longues querelles un peu théologiques, qui me laissent à penser que, dans cinquante ans, nos petits-enfants ou leurs

enfants trouveront étonnants ces ancêtres qui auront passé des années à débattre, au plan législatif, des modalités d'organisation des établissements hospitaliers. Nous sommes, en effet, encore très déphasés par rapport à nos concurrents et nos voisins. On s'étonnera vraiment, dans un certain nombre d'années, du temps qu'il nous aura fallu pour savoir si le département est un concept plus adapté que celui de service ou si les pôles d'activités doivent être facultatifs ou obligatoires !

Ce projet est également satisfaisant, car, ainsi que l'a excellemment démontré M. Descours, il repose sur deux piliers, qui sont, d'une part, la souplesse dans l'organisation interne des établissements et, d'autre part, l'équilibre des dispositions d'harmonisation entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée.

Bien sûr, il y a des extrémistes partout, qui estiment que votre projet désavantage telle ou telle de ces formules et qu'il aurait fallu légiférer de manière beaucoup plus pointilliste et détaillée pour prévoir exactement qui doit participer, tous les lundis matin, à la réunion du service ou à la réunion du département.

Nous pensons que le texte que vous nous présentez est souple.

Il met en place une cellule de base, qui est le service. Celui-ci peut être regroupé avec d'autres au sein d'un département ou décomposé sous la forme de pôles d'activités. Il appartiendra aux commissions médicales d'établissement et aux conseils d'administration de dégager, à travers le schéma directeur de l'organisation de leur hôpital, quelles sont les meilleures modalités, par une discussion entre les médecins, les élus, les représentants des caisses de sécurité sociale et les cadres administratifs.

Le seul point sur lequel nous souhaitons qu'il n'y ait pas un trop grand dérapage à l'occasion de l'examen des articles - je crois que le rapporteur y veillera, et nous vous demandons, madame, d'y veiller aussi - concerne la cellule de base : le service ne doit pas être une structure définitive et fermée. Pour nous, le chef de service doit être, comme tout le monde dans la vie actuelle, sujet à l'obligation de mobilité. Dans l'esprit de la majorité de la commission, la notion de renouvellement tous les cinq ans n'est pas une notion fictive, c'est quelque chose de vraisemblable ; il y a suffisamment de gens responsables dans les conseils d'administration des hôpitaux pour ne pas donner un avis favorable à la reconduction d'un chef de service qui n'aurait pas fait fonctionner son service dans des conditions satisfaisantes.

En ce qui concerne l'équilibre des dispositions entre le secteur privé et le secteur public, certes, tout n'est pas parfait ; on ne peut pas, en quelques phrases et en quelques mois, rattraper des années de querelles, de discussions et de difficultés. Nous savons tous qu'il y a trop de lits d'hospitalisation en France et qu'il faudra en réduire le nombre pour adapter les structures de nos établissements aux véritables besoins, qui sont ceux des troisième et quatrième âges, hélas ! car nous sommes un peuple qui vieillit, malgré vos objurgations, madame ; nous devons préparer des structures pour accueillir ces personnes âgées, qui sont de plus en plus nombreuses.

Nous considérons que l'équilibre de votre projet de loi est satisfaisant tant au regard de l'organisation qu'au regard des rapports entre le secteur privé et le secteur public ; ce projet de loi, amendé par le rapporteur, constitue le juste milieu nécessaire à l'apaisement des esprits, qui est la condition préalable à une meilleure efficacité de notre organisation sanitaire.

J'en viens maintenant à mon interrogation.

Ce projet de loi permettra-t-il de rendre à nos hôpitaux et à nos cliniques ce caractère d'humanité, d'accueil qui leur fait si souvent défaut ?

M. Philippe de Bourgoing. Très bien !

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Il est clair que le problème de fond auquel nous sommes confrontés, nous, représentants de la nation, est celui de l'accueil du malade et de sa famille, des relations humaines entre le personnel hospitalier - administratif, technique ou médical - et le malade. Cette préoccupation a été exprimée par tous les orateurs, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent. Il faudra encore beaucoup d'autres efforts,

bien des améliorations supplémentaires seront nécessaires pour que tous les malades soient convenablement traités dans l'ensemble de nos établissements et que les perspectives de réinsertion après la maladie s'améliorent et répondent à l'attente de nos concitoyens.

Il faut engager un immense effort d'ouverture et de responsabilisation des praticiens hospitaliers, d'amélioration et de modernisation des méthodes de gestion de la part de tous ceux qui gèrent un hôpital public ou privé.

Ne vous y trompez pas, madame le ministre, c'est sur ce point essentiel que sera jugée la réforme et non sur le triomphe du concept du service sur celui du département.

Ayant eu la malchance de fréquenter depuis quelques semaines un grand C.H.U. régional, un hôpital général moyen et une clinique privée, j'ai pu constater des accrocs dans leur fonctionnement qui étaient dus non pas à la structure même de l'établissement, mais à des problèmes géographiques et de personnels. Beaucoup reste à faire pour arriver à donner satisfaction aux malades et à leurs familles.

J'évoquerai maintenant deux questions qui me paraissent très importantes, bien qu'elles débordent quelque peu le projet de loi dont nous débattons.

Pour répondre à la demande de l'ensemble de nos concitoyens qui souhaitent un système hospitalier à la fois moderne, moins coûteux et plus humain, deux problèmes se posent au cours des prochains mois ou des prochaines années, qu'il nous faudra résoudre ensemble.

Le premier, non évoqué dans le projet de loi, concerne les conseils d'administration des hôpitaux publics. L'équilibre difficile mis en œuvre par la loi de 1970, qui répartissait le pouvoir dans l'hôpital public entre la commission médicale consultative, le conseil d'administration et le directeur de l'hôpital en conférant à chacun de ces organes des pouvoirs différents, est un système qui a beaucoup vieilli depuis la décentralisation et qui ne tient pas compte de l'évolution qu'a connue notre société depuis dix-sept ans. Il faudra envisager assez vite la modification de la composition et des pouvoirs des conseils d'administration des hôpitaux.

Comme toujours, deux voies sont possibles.

La première consisterait à dissocier la responsabilité des élus locaux de la gestion hospitalière et à s'orienter vers des formules spécifiques. C'est la voie qu'ont suivie les hôpitaux psychiatriques, les centres anticancéreux et toute une série d'organismes qui prolifèrent à l'heure actuelle sur notre territoire.

C'est la voie du secteur, de l'intersecteur, de toutes sortes de structures créées par une administration beaucoup plus inventive dans l'élaboration de concepts que dans la réalisation de ses tâches quotidiennes. Cette voie peut permettre une plus grande efficacité, mais elle est souvent coûteuse et ne me paraît pas répondre à l'objectif d'amélioration des relations humaines dans l'hôpital, qui est au cœur de nos préoccupations.

L'autre voie consisterait sans doute à modifier la composition des conseils d'administration. Peut-être faut-il qu'il y ait plus de médecins, de praticiens hospitaliers ? Peut-être faut-il que les élus locaux aient un rôle également plus important et que les fonctionnaires qui siègent à ces conseils soient moins nombreux ? En général, ils ne viennent pas et l'on ne voit donc pas pourquoi ils sont nommés dans ces conseils. Peut-être faut-il dissocier la fonction de président d'un conseil d'administration d'hôpital de celle de maire ?

M. Jean Chérioux. Très bien !

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Il suffirait que le conseil soit présidé par une personne qualifiée qui pourrait être un médecin, un élu local, un gestionnaire ou toute personne ayant du temps à consacrer à un conseil d'administration. Cette disposition permettrait, à mon sens, d'améliorer l'efficacité de l'ensemble de cette structure.

Peut-être faut-il donner un rôle plus grand aux organismes de sécurité sociale et transférer, dans certains cas, ne serait-ce qu'à titre expérimental, la tutelle de vos administrations départementales à des caisses de sécurité sociale, ce qui permettrait de rapprocher le payeur de l'utilisateur et éviterait des lenteurs administratives très importantes.

Un problème de fond se pose. Il n'est pas réglé par votre projet et nous n'avons pas souhaité le viser par amendements, car il n'est pas possible de tout régler à la fois. Le

problème est aussi important pour les hôpitaux généraux que pour les centres hospitaliers universitaires. Il faudra que nous le résolvions ensemble.

Le deuxième problème concerne le rôle des administrations dans l'ensemble de la gestion hospitalière. Songeons au rôle donné au préfet par la loi de 1970 et par les lois subséquentes, aux batailles administratives auxquelles il est confronté. Il sert souvent d'arbitre dans les querelles administratives de son département ou de sa région entre ceux qui veulent créer tel service, telle nouvelle structure de soins, ou qui veulent réduire l'importance de tel hôpital ; songeons au caractère tatillon de la tutelle qu'exercent les D.D.A.S.S. sur les établissements hospitaliers. Cette tutelle est généralement exercée par des personnes dont la compétence administrative est récente et dont la compétence médicale est nulle puisqu'ils n'ont jamais vu de malades. Cette tutelle administrative s'impose à des directeurs défaillants dans le silence des conseils d'administration. Quand nous songeons à tout cela, nous nous apercevons que les problèmes de maîtrise des dépenses de santé ont encore beaucoup de progrès à faire pour arriver à des formules nouvelles.

Quand je pense à vos administrations centrales, car vous avez en charge, madame, beaucoup de fonctionnaires, il est clair que quelques réformes doivent être entreprises.

L'amélioration de l'hôpital public passe, d'abord, par une réforme administrative, par une concentration des moyens de décision, par l'arrêt de la prolifération administrative et par une maîtrise plus grande des services, qui, souvent, interprètent de manière assez libre - j'emploie le mot « libre » dans le sens traditionnel et grammatical du terme - les textes adoptés par le Parlement.

A cet égard, je me permettrai de vous demander, madame le ministre, où en est l'application du texte relatif au rétablissement d'un secteur d'activité libérale dans les hôpitaux, que nous avons voté l'an dernier. On nous avait expliqué que ce texte était important, qu'il fallait faire vite pour répondre à l'attente de nombreux jeunes praticiens.

Les textes d'application qui font l'objet de concertation paraissent obtenir un résultat inverse à celui auquel ils étaient destinés. A l'heure actuelle, une certaine inquiétude s'exprime dans beaucoup de milieux, notamment en ce qui concerne les hôpitaux généraux.

Tout se passe, madame le ministre - je me permettrai une légère critique - comme si les fonctionnaires qui avaient préparé cette loi d'ensemble en intégrant un secteur d'activité libérale dans ce texte avaient fait le pari que, quelles que soient les décisions prises par le Parlement, ce mécanisme du secteur d'activité libérale ne s'appliquerait pas avant que l'ensemble du texte ne soit voté.

En tant que ministre, madame, il faut absolument que vous commandiez vos fonctionnaires. Les fonctionnaires, cela se commande ! S'ils ne sont pas d'accord, ils n'ont qu'à s'en aller ; cela me paraît être une règle élémentaire de la fonction publique dans notre pays.

M. Guy Penne. Et les ministres ! (*Rires sur les travées socialistes.*)

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Par conséquent, vous nous devez une réponse sur le calendrier et sur l'orientation des textes réglementaires que vous allez prendre concernant le rétablissement du secteur d'activité libérale.

De nombreux amendements ont été déposés. Je souhaite vivement que le projet de loi qui sortira des délibérations du Sénat, puis des délibérations de l'ensemble du Parlement lorsque nous nous serons rapprochés de nos collègues, soit un texte aussi simple et aussi clair que possible, permettant toutes les souplesses, toutes les adaptations.

Il est mauvais, à mon sens, d'être obligé de revenir devant le Parlement tous les deux ou trois ans pour modifier un certain nombre de textes.

Tout à l'heure, mon collègue et ami M. Taittinger a évoqué l'admiration de professeurs, de médecins, d'universitaires étrangers pour l'hospitalisation française. A l'instant, avant moi, M. Benedetti, tout en critiquant certains aspects de votre projet, a dit que l'hospitalisation française, qu'elle soit publique ou privée, fait référence dans le monde à l'heure actuelle.

Moins les textes seront touffus, détaillés et précis, plus ils seront souples, plus ils permettront l'adaptation de l'ensemble des structures aux nouvelles techniques médicales, aux nou-

velles formes d'organisation sociale et aux nouvelles formes de rapports entre les hommes qui sont en train de se créer, mieux nous serons.

C'est pourquoi, madame le ministre, je souhaite que le texte soit court, souple, que les notions d'équilibre soient au cœur de ce débat, afin que nous n'ayons pas, dans quelques années, à revenir sur ces problèmes d'organisation qui sont seconds par rapport aux problèmes des relations humaines dans l'hôpital et par rapport aux problèmes du coût des établissements hospitaliers dans l'ensemble des dépenses de la nation. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R., de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées de la gauche démocratique.*)

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je demande la parole.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, permettez-moi tout d'abord de vous dire que j'ai apprécié, personnellement, la sérénité dans laquelle s'est déroulée cette discussion générale. La plupart des aspects de ce projet de loi et des questions concernant la gestion de nos hôpitaux et de nos cliniques privées ont été abordés.

Avant d'entrer rapidement dans le détail de certaines questions qui m'ont été posées, je reviendrai, monsieur le président de la commission, sur les propos que vous venez de tenir.

Cette souplesse me paraît indispensable aujourd'hui. Il faut que notre système hospitalier, qui est reconnu aujourd'hui comme étant de haut niveau, ne soit pas affaibli par des structures se prêtant mal aux adaptations. C'est la raison pour laquelle nous avons préparé ce projet de loi particulièrement souple. Nous avons voulu introduire des éléments générateurs de souplesse.

Le premier concerne la responsabilité de chacun, notamment celle des médecins, au sein de l'hôpital.

Cette responsabilité apparaît, d'une part, dans les choix et les orientations thérapeutiques et, d'autre part, dans la participation à la gestion de l'hôpital, c'est-à-dire à la prise de conscience de l'importance de la gestion hospitalière qui est fondamentale.

C'est pour cette raison que la commission médicale d'établissement prend un rôle délibératif. Mais la référence que vous avez faite au conseil d'administration est également très importante. Celui-ci doit garder ses responsabilités telles qu'elles sont prévues par la loi. Notre texte s'y réfère à plusieurs reprises. Une certaine souplesse pourra être apportée dans la règle qui veut que le maire de la commune soit le président du conseil d'administration. Nous n'abordons pas ce problème dans cette loi. Mais il faudra le traiter d'une façon non rigide et sous l'angle de la responsabilisation pleine et entière des décisions à prendre, ce qui n'est pas tout à fait le cas aujourd'hui et ce qui, malheureusement, entraîne une inflation de dépenses.

Vous avez soulevé le problème de l'humanisation et de l'accueil.

L'ensemble du système que nous proposons tend à améliorer les conditions de travail, et veut faire participer l'ensemble des acteurs, les médecins et les personnels soignants, à l'équipe qui aura en charge la coordination des départements. Mme Rodi a bien dit tout à l'heure à quel point cette mesure de participation était importante. L'organisation moins rigide et plus claire de l'hôpital apportera, je pense, une réponse à l'humanisation et à l'accueil des malades.

La deuxième réponse sera apportée par le département lui-même qui prend en compte le malade et sa pathologie.

Vous n'avez pas réussi, messieurs (*Mme le ministre s'adresse aux sénateurs socialistes*) - pardonnez-moi de vous le dire - à mettre en place le département. Vous avez rejeté l'idée de vide juridique. On a parlé d'un vide factuel.

Reprenons la loi de 1984 qui stipule que les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en départements. Or vous n'en avez créé que trois ou quatre en deux ans !

M. Georges Benedetti. Rien que chez moi, il y en a eu trois !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Cela signifie que la situation n'est pas conforme à la loi.

En revanche, tout le monde reconnaît que les départements sont nécessaires à l'organisation et à la modernité. Or nous tentons de faire en sorte qu'ils soient organisés de manière souple et volontaire. Nous les y inciterons - ce que vous n'avez pas su faire - d'abord en les favorisant dans les opérations d'équipement, ensuite en faisant que l'ensemble des mécanismes poussent à la formation de départements.

Vous savez très bien que les moyens existent ; il convient donc d'être animé par une volonté et de ne pas bloquer ces moyens, contrairement à ce qui s'est malheureusement révélé dans l'application de votre loi, messieurs !

M. Franck Sérusclat. Mais non !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. MM. Sérusclat et Penne ainsi que Mme Rodi et M. Belcour ont fait ressortir la nécessité de multiplier le nombre de ces départements. Ils ont souhaité que les conseils d'administration jouent un rôle d'incitation.

Messieurs de l'opposition, vous avez tous représenté le service comme le lieu idéal des querelles, du pouvoir absolu, de la remise en question du médecin chef de service. Il y a bien longtemps que vous n'avez pas dû vous rendre dans des services. Aujourd'hui, ils fonctionnent avec des équipes qui s'entendent bien, qui sont pour la plupart animées de la volonté de faire en sorte que les technologies existantes débouchent sur des soins de qualité. Ils ne correspondent pas à la description horrible que vous en faites, de lieux dans lesquels rien ne se passe et où tout le monde se bagarre.

Je voudrais d'ailleurs en profiter pour redire à quel point l'état d'esprit selon lequel ou « tout est blanc » ou « tout est noir » et selon lequel il faut impérativement condamner les chefs de service, les hospitaliers universitaires au profit d'autres ne correspond pas à la réalité.

De très grands médecins ont été des chefs de service. Il faut leur rendre hommage et non pas essayer de jeter l'anathème sur eux.

M. Franck Sérusclat. C'est exact !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Aujourd'hui, l'organisation de l'hôpital est différente. Il y a des médecins chefs de service ; il y a des jeunes. Ces derniers ont des qualités et le projet de loi leur ouvre l'avenir à travers les pôles d'activités et leur offre la possibilité de devenir un jour chefs de service.

Quoi que vous disiez, messieurs, rien dans cette loi ne laisse prévoir que les chefs de service seront là à vie.

M. Franck Sérusclat. Mais si ! C'est évident !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Leur renouvellement intervient tous les cinq ans.

Ils rendront un rapport d'activité. Mais ce rapport dont vous faites un monstre n'est jamais que le constat de l'activité d'un chef de service et il existe déjà. Les chefs de service font en effet un rapport d'activité annuel.

Ce rapport d'activité quinquennal sera étudié par la commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration. Ce ne sera pas un travail colossal.

M. Franck Sérusclat. Je n'ai jamais parlé de travail !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Mais si ! Vous posez le problème en disant que cela va poser un problème administratif insoluble.

M. Franck Sérusclat. Pour le jugement !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Il est parfaitement soluble à l'échelon d'un hôpital !

Messieurs, quant au jugement, il viendra en cas de non-demande de renouvellement et en cas de cessation d'activité...

M. Franck Sérusclat. Et par tacite reconduction !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Mais pas du tout ! Il n'y a pas de tacite reconduction !

Le rapport sera étudié. Or, entre l'étude d'un rapport et le jugement d'un rapport, il y a une nuance de sémantique que je voudrais que vous appréciez.

M. Franck Sérusclat. Nous chercherons !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je crois que c'est nécessaire !

Certains estiment qu'en raison des technologies nouvelles, le quinquennat serait trop bref. Il n'a jamais été dit nulle part que le quinquennat ne serait pas renouvelable.

Nous n'avons pas l'intention de remettre le boulier à zéro tous les cinq ans et de demander à l'ensemble des chefs de service de laisser leur place à d'autres. Ce n'est pas ainsi que fonctionnent les entreprises modernes.

Il n'y a pas de raison de laisser des chefs de service à vie, il n'y a pas de raison non plus, au bout de cinq ans, de faire cesser leurs fonctions à des chefs de service dont les services fonctionnent bien et qui n'ont pas démérité.

Entre ces deux solutions extrêmes, il existe une juste moyenne. Mais je vois que vous n'êtes pas les hommes de la nuance ! Je le déplore car ce texte, justement, se veut celui de la souplesse et de la nuance.

M. Franck Sérusclat. Vous ne l'êtes pas beaucoup, vous non plus !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je voudrais reprendre le problème de la commission médicale d'établissement et vous dire à quel point cette disposition est importante. Le pouvoir des médecins reste consultatif pour l'ensemble des activités, mais il devient en même temps délibératif, c'est-à-dire décisionnel, pour le choix des orientations médicales nouvelles.

Ceci va permettre aux médecins de reprendre, au sein de ces commissions, la responsabilité qui leur incombe dans les indications et les choix thérapeutiques. Nous leur donnons ainsi une dimension nécessaire pour qu'ils prennent leurs responsabilités.

Ce matin, j'ai parlé de la dotation globale qui allait devenir un vrai budget global. Pour ce faire, nous avons besoins d'équipes responsabilisées qui participent à l'élaboration de ce budget global. C'est sur ce plan-là, je pense, que ce renouveau de la responsabilisation est tout à fait important.

Le problème de l'équilibre entre le public et le privé a été posé, monsieur le rapporteur ; vous avez bien situé les choses en citant des chiffres qui sont différents suivant qu'on intègre ou non les lits de long séjour et les lits de court séjour.

M. Georges Benedetti. Tout à fait !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Il est vrai que, en ce qui concerne les lits de court séjour, l'hospitalisation publique a davantage réduit leur nombre que l'hospitalisation privée au cours de ces dernières années.

Il faut être lucide. Que se passe-t-il aujourd'hui avec les cliniques privées ? Une même personne peut acheter plusieurs cliniques, alors que les regroupements ne sont pas autorisés. Or, ces derniers permettent une optimisation de l'emploi des technologies nouvelles.

Aujourd'hui, la loi laisse une même personne diriger et posséder plusieurs cliniques sans permettre le regroupement qui va dans le sens de ce que nous souhaitons, à savoir une optimisation technique et économique.

Par ailleurs, nous voyons arriver aujourd'hui des chaînes d'hospitalisation financées par des capitaux étrangers qui rachètent des cliniques privées. Si nous n'avions pas déposé ce projet de loi, nous serions en train de laisser s'installer un système nuisible à l'organisation de notre structure de cliniques privées, un système dangereux et déstabilisant. Ce serait aller à l'encontre de ce à quoi nous nous sommes engagés, c'est-à-dire l'égalité, la complémentarité, l'émulation, comportant - je le dis clairement - les mêmes droits et les mêmes devoirs.

Cette loi introduit pour l'hospitalisation privée une dynamique nouvelle et des obligations qui sont les mêmes que celles de l'hospitalisation publique.

Nous n'avons pas l'intention de diminuer le nombre de lits ou de le laisser augmenter. Le regroupement n'est pas une augmentation du nombre de lits mais simplement la mise en commun d'un nombre de lits déjà existants dont nous demandons que certains d'entre eux soient « fermés » à l'occasion du regroupement, comme c'est le cas pour les restructurations en hospitalisation publique.

En prévoyant une telle mesure, nous n'avons pas l'intention de nuire à l'hospitalisation privée, sinon nous n'aurions pas déposé ce texte. Nous n'avons aucunement l'intention de

reprendre d'une main ce que nous avons donné de l'autre. Nous voulons seulement organiser notre système de soins, de façon qu'il réponde aux besoins actuels.

Par ailleurs, Mme Beaudeau ainsi que MM. Sérusclat et Bœuf se sont à plusieurs reprises interrogés pour savoir pourquoi l'on discutait de ce projet de loi avant les états généraux. Je vous rappelle que la discussion de ce texte était déjà prévue pour le mois de janvier, puis à l'ordre du jour de la session extraordinaire, et qu'elle a été reportée. Par conséquent, nous ne nous précipitons pas pour en discuter rapidement avant les états généraux, contrairement à ce que vous avez laissé entendre.

Je dirai simplement que la façon de revoir l'organisation de l'hôpital aujourd'hui, la responsabilisation que l'on y introduit, ainsi que la nouvelle façon d'envisager le budget global - dans son enveloppe et non pas dans son principe de dotation globale - font que nous abordons aujourd'hui la notion des dépenses de santé, notamment des dépenses hospitalières. Croyez-moi, nous n'avons pas l'intention de laisser ce problème de côté. Nous avons au contraire besoin de fabriquer des outils hospitaliers qui correspondent aux besoins.

Madame Beaudeau, vous n'avez pas le monopole du souci du malade ou de l'humanité, ni de la volonté de faire que les malades soient bien traités.

M. Emmanuel Hamel. Très bien !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je pense que c'est là le souci des médecins et de l'ensemble des personnels soignants qui travaillent aujourd'hui dans les hôpitaux et qui ont voué leur vie à cette mission.

Mme Marie-Claude Beaudeau. Certes !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. En revanche, nous avons un souci économique et chaque fois que vous prétendez qu'on peut « sortir d'un tiroir » de 35 milliards à 100 milliards de francs « disponibles » pour organiser la politique familiale et la politique de santé, je me dis que, décidément, vous avez un « chapeau » duquel des miracles sortent, mais que vous n'avez pas su l'utiliser quand vous en aviez le pouvoir ! (*Très bien ! et applaudissements sur les travées du R.P.R.*)

Mme Marie-Claude Beaudeau. C'est facile !

M. Franck Sérusclat. Pour la télévision, il y a des milliards qui sortent !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Malheureusement, ils ne sont pas sortis des comptes que vous avez laissés !

M. Jean Chérioux. Il y a des vérités qui font mal.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Et l'impôt sur les grandes fortunes !

M. le président. Veuillez poursuivre, madame le ministre, vous seule avez la parole.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président de la commission, vous avez posé trois questions. J'ai répondu à la première, celle qui portait sur le conseil d'administration. Je répondrai maintenant aux deux autres.

Tout d'abord, le rôle des administrations est un fait, s'il est devenu pesant, c'est parce qu'on a créé des structures qui n'avaient plus d'identité et des responsabilités qui n'étaient plus définies. Petit à petit ces dernières ont donc glissé.

Or cette loi nous donne la possibilité, en rétablissant des structures définies et des responsabilités claires, de rééquilibrer les responsabilités entre l'hôpital et les administrations. Je pense qu'il est effectivement souhaitable que cet équilibre soit retrouvé.

Ensuite, vous m'avez demandé, monsieur Fourcade, ce que sont devenus les décrets d'application et nos engagements à l'égard du secteur privé. Ces décrets sont effectivement partis à la concertation mi-avril. Il ont été envoyés à cinquante-quatre syndicats de médecins.

M. le Premier ministre avait pris personnellement l'engagement que le secteur privé entre en service en octobre 1987. Nous avons une date couverte qui est celle de la fin de la concertation, c'est-à-dire fin juin, et qui nous permettra de tenir nos engagements quant à la date.

Quant au fond, le principe même de la concertation, c'est de recueillir les informations sur les désaccords ou les accords par rapport au décret. Cette concertation a déjà fait « remonter » un certain nombre de désaccords et nous allons ouvrir une concertation directe pour voir ce que nous pouvons faire en cette matière.

Le principe de la concertation, c'est non pas de verrouiller un texte, mais d'ouvrir une discussion et, éventuellement, de le modifier. Quant au délai, je le répète, nous serons tout à fait en mesure de tenir nos engagements, à savoir octobre 1987.

Pour conclure, je remercierai les orateurs de la majorité qui ont soutenu le projet de loi, M. Arzel qui s'exprimait au nom de M. Huriet ainsi que MM. Delga et Taittinger.

Monsieur Taittinger, je voudrais vous dire à quel point je souscris à votre présentation de l'hôpital, de son équilibre nécessaire, à votre reconnaissance du prestige de certains patrons, de la nécessité de tenir compte des jeunes qui y exercent et de la nécessité de trouver un équilibre entre l'existence et le désir légitime auquel nous devons souscrire, de ces jeunes de ne pas se sentir dans une impasse et de ne pas avoir une vie sans espoir. L'organisation que nous souhaitons est celle qui doit, au contraire, grâce aux pôles d'activités et au renouvellement du chef de service, leur permettre de participer aux responsabilités et d'améliorer les technologies. Telle est la raison de leur présence dans les hôpitaux.

Vous avez parlé de la fuite des médecins hors des hôpitaux. Si ces fuites sont si importantes, c'est que tout a été fait, pendant de nombreuses années, pour démobiliser les médecins des hôpitaux.

M. Guy Penne. Cela existait avant 1981 !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur Penne, je ne vous dis pas que vous êtes les uniques responsables de ce problème.

M. Franck Sérusclat. Première nuance !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Il s'agit d'un vieux problème. La loi de 1984 n'a pas arrangé la situation. Je vous citerai simplement les chiffres des recrutements en 1985 et en 1986. S'agissant des recrutements auxquels je viens de procéder, nous avons assisté à une remontée de la courbe. Alors qu'un tiers seulement des 1 800 postes à pourvoir l'avaient été en 1985, nous en sommes, pour 1986, à deux tiers. Mon optimisme - et peut-être ma rêverie - me laisse penser que nous avons ouvert une porte d'espoir dans les hôpitaux, qui nous permettra de garder, et même d'attirer, plus de médecins, ce dont je me félicite. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'union centriste et de l'U.R.E.I. ainsi que sur certaines travées de la gauche démocratique.*)

M. Franck Sérusclat. On verra ça !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je remercierai également Mme Rodi et M. Belcour, non seulement du soutien qu'ils ont apporté à ce texte, mais aussi de leurs suggestions, dont nous tiendrons d'ailleurs le plus grand compte dans la discussion des amendements.

L'approbation et les conseils qui nous ont été donnés dans la discussion générale pourront, je pense, nous permettre de parvenir à un texte qui sera, monsieur le président de la commission, souple, court et concis mais tout de même suffisamment technique pour que les structures soient bien définies.

J'ai écouté avec attention les observations critiques de MM. Sérusclat, Penne, Bœuf et Benedetti. J'en ai apprécié la modération, même si je n'y souscris pas.

Je suis cependant surprise, monsieur Penne, que vous ayez soulevé le problème des « faisant office » et des étudiants étrangers en France. En effet, la France a toujours eu pour vocation de participer à la formation des étudiants en médecine d'un grand nombre de pays. Je souhaiterais que cette vocation soit maintenue suivant une règle du jeu claire, qui existe déjà à l'heure actuelle, notamment grâce aux mesures que nous avons prises pour la formation des internes en provenance de pays étrangers.

Je ne crois pas qu'il faille aujourd'hui poser le problème en termes d'opposition et s'interroger sur la présence d'étrangers dans nos services à la place des Français. Je pense que vous connaissez la réponse : il existe actuellement

une fuite des médecins hors des hôpitaux ; il faut donc ramener des médecins vers l'hôpital et c'est ce à quoi nous nous attelons ; mais il faut également laisser la possibilité aux étudiants et aux médecins étrangers qui le souhaitent de participer au rayonnement de la médecine française. Nous avons d'ailleurs tous intérêt, je crois, à ce que cela continue.

Madame Beaudeau, vous vous êtes fait l'interprète de catégories de personnels que vous estimez sacrifiées. Je vous rappellerai ce que j'ai déclaré, ce matin, dans mon propos liminaire : nous considérons que l'hôpital est un ensemble composé d'hommes et de femmes qui sont ou non médecins mais qui, en tout cas, sont au service du malade. Il faut que vous compreniez que tout ne relève pas d'un même texte et qu'un certain nombre de dispositions ressortissent à des décrets d'application et à des modifications de statuts dont il n'est pas question dans le présent texte.

Faire le procès de leur absence dans le texte que nous examinons revient à faire le procès d'une action qui se poursuit en concertation avec l'ensemble du personnel. Or, l'hôpital représente pour moi une équipe et non pas différents clans professionnels ayant pour vocation de soigner les malades.

Je remercie enfin le Sénat pour sa contribution à l'élaboration de ce texte. Ses travaux, au cours de la période allant de 1981 à 1986, ont été à l'origine de ce projet de loi. Il était donc juste que le Gouvernement lui rende aujourd'hui hommage. *(Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées de la gauche démocratique.)*

M. le président. Nous passons à la discussion des articles.

Je tiens à vous indiquer, mes chers collègues, que je suis saisi de quatre-vingt-dix-neuf amendements. Certains deviendront certes sans objet. Néanmoins, je vous invite à être concis, ce qui nous permettra d'avancer nos travaux dans des conditions compatibles avec nos prévisions.

TITRE I^{er}

ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION PUBLICS

M. le président. L'intitulé du titre premier n'est pas contesté.

Je le mets aux voix.
(Ce texte est adopté.)

Article additionnel

M. le président. Par amendement n° 87, M. Souffrin, Mme Beaudeau, Mme Frayssé-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent d'insérer, avant l'article premier, un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est complété par l'alinéa suivant :

« Le service public hospitalier remplit enfin une mission sociale pour certaines catégories de malades. A cet effet, il est créé un secteur hospitalier local dans les agglomérations, déterminé en fonction du plan hospitalier régional. »

La parole est à Mme Beaudeau.

Mme Marie-Claude Beaudeau. L'amendement n° 87 vise à introduire dans l'article 2 de la loi du 31 décembre 1970, qui constitue en quelque sorte la loi de référence quant à l'organisation des hôpitaux, le principe selon lequel le service public hospitalier remplit une mission sociale pour certaines catégories de malades.

Nous proposons donc, à cet effet, que soit créé un secteur hospitalier local dans les agglomérations, déterminé en fonction du plan hospitalier régional.

Nous considérons que le renouveau des hôpitaux locaux constitue une nécessité, parallèlement au développement d'autres structures hospitalières. En effet, dans de nombreux cas, il est impossible de dissocier la maladie de la situation sociale difficile du malade. De tels problèmes peuvent trouver une solution au sein de l'hôpital local.

En outre, c'est dans le cadre de cette structure hospitalière de proximité que peut s'établir au mieux la jonction entre la médecine hospitalière d'une part, et le rôle spécifique du

médecin de ville ou de campagne, d'autre part, et ce dans l'intérêt des citoyens et de l'égalité d'accès à des soins de qualité.

A la différence de ce qui se passe encore dans le monde rural, nous constatons que la fonction sociale de l'hôpital n'est plus assumée dans les grandes agglomérations, notamment à Paris.

J'ajoute, enfin, que cette proposition présente également un intérêt économique, puisqu'elle repose sur un système d'hospitalisation plus souple et un équipement moins lourd permettant, toutefois, de garantir un meilleur accès aux soins les plus divers.

Telles sont les raisons du dépôt de l'amendement n° 87.

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

M. Charles Descours, rapporteur. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement, monsieur le président. En effet, s'il n'est pas question de nier la fonction sociale de l'hôpital qui, comme nous l'avons vu au cours de la discussion générale, est dans l'esprit de chacun, nous considérons néanmoins que d'autres organismes, comme les bureaux d'aide sociale et les centres communaux d'action sociale, sont déjà compétents sur ce point.

La proposition du groupe communiste entraînerait une inflation considérable des établissements hospitaliers. C'est la raison pour laquelle la commission y est défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, la loi du 31 décembre 1970 confie clairement à nos établissements hospitaliers une mission de service public.

Durant ces vingt dernières années, nos hôpitaux, tout particulièrement les centres hospitaliers généraux, ont connu un mouvement de renforcement des plateaux techniques, d'amélioration de l'encadrement médical et soignant et de modernisation de l'hébergement et des conditions hôtelières.

Grâce à cet effort, les hôpitaux généraux offrent aujourd'hui un plateau de disciplines qui, voilà seulement vingt ans, étaient exclusivement réservées à quelques C.H.U. C'est le cas, par exemple, pour des disciplines comme la chirurgie vasculaire et même la chirurgie cardiaque, la dialyse rénale, ou encore la cancérologie.

C'est la raison pour laquelle il n'est pas souhaitable, voire dangereux, d'introduire cette notion de « secteur hospitalier local » dans nos établissements. Ce serait d'ailleurs inutile dans la mesure où ils jouent déjà, en pratique, ce rôle de « secteur hospitalier local ». Ce serait également contraire à l'évolution actuelle des établissements hospitaliers qui a permis d'accroître considérablement la qualité des soins offerts à la population.

Par conséquent, le Gouvernement demande le rejet de cet amendement.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 87, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 1^{er}

M. le président. « Art. 1^{er}. - L'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est ainsi rédigé :

« Art. 20-1. - Pour l'accomplissement des missions mentionnées à l'article 2 de la présente loi et de celles mentionnées à l'article 252 du décret n° 43-891 du 17 avril 1943, les établissements d'hospitalisation publics sont organisés en services. Les services peuvent comporter des pôles d'activités et être regroupés, en tout ou partie, en départements.

« Chaque service est placé, sauf dans les hôpitaux locaux, sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier, chef de service à plein temps. Si l'activité du service n'exige pas la présence d'un chef de service à plein temps, le service peut être placé sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier relevant d'un statut à temps plein ou du statut à temps partiel, chef de service à temps partiel.

« Le chef de service a pour rôle d'organiser le fonctionnement technique du service, d'en proposer les orientations médicales et de régler les rapports avec l'administration. »

La parole est à Mme Fraysse-Cazalis.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. L'article 1^{er} constitue en quelque sorte la clé de voûte de l'édifice de votre projet de loi, c'est-à-dire le retour à l'organisation des hôpitaux en services, assorti de la faculté de créer des départements ou des pôles d'activités.

Le dispositif proposé est à la fois inadapté au développement d'un système d'hospitalisation moderne garantissant l'égal accès de tous à des soins de qualité et parfaitement rétrograde au regard des conditions actuelles d'exercice de la médecine hospitalière. La plupart des observateurs ne s'y sont d'ailleurs pas trompés : ils ont parlé d'un retour en force des mandarins, lequel suit de quelques mois le retour des lits privés, disposition que vous avez fait adopter ici-même au mois de décembre dernier, à la faveur d'un amendement de dernière minute, discuté de nuit, à l'occasion de l'examen d'un projet de loi « fourre-tout » portant diverses mesures d'ordre social, pratique désormais courante de votre gouvernement.

Cette dissociation dans le temps ne parvient pas à dissimuler la ligne directrice de votre politique en ce qui concerne les hôpitaux publics, politique que l'on pourrait résumer en deux termes : mandarinat et privatisation.

Deux indices permettent de constater d'ailleurs que votre argumentation sur le retour aux chefferies de service est loin d'être aussi pertinente et aussi incontestable que vous le prétendez.

Tout d'abord, vous avez été obligé de reconnaître le bien-fondé de l'organisation en départements, que vous conservez d'ailleurs sous forme facultative pour faire bonne mesure.

Par ailleurs, on est frappé, à la lecture des amendements présentés par la commission, de voir combien celle-ci a cherché à désamorcer les critiques que l'on peut à bon droit émettre à l'égard de ce qui constitue bel et bien un retour au passé ; qui est contraire à toute conscience des besoins d'un système moderne d'hospitalisation. En effet, sans remettre en cause le système sur lequel repose le projet de loi, la commission propose quelques amendements qui se fixent pour objectif de « limiter » le pouvoir tout puissant des chefs de service.

Si ces amendements ne remettent pas du tout en cause le système des chefferies, leur existence montre néanmoins que la droite est gênée aux entournures pour justifier ce qui est véritablement injustifiable à notre époque.

On nous parle de « modernisation », de « souplesse », de « nécessaire adaptation ». En réalité, les dispositions du projet, singulièrement celles qui résultent de cet article 1^{er}, mettent en place un système de chefferies de service et une organisation hiérarchique profondément antidémocratique des unités de soins, manifestement contraire à l'exercice d'une médecine moderne et efficace qui ne peut s'accommoder des cloisonnements que vous voulez lui imposer.

Mme le ministre met en avant la nécessaire adaptation des structures hospitalières. Or, que trouve-t-on dans ce projet, sinon une totale inadaptation des structures proposées qui repose sur une interdiction opposée à la majorité des médecins hospitaliers de jouer un rôle actif et responsable dans la direction des activités de soins et de gestion, ainsi que sur un refus catégorique opposé à l'aspiration légitime des personnels à intervenir dans le fonctionnement, la gestion et la détermination des orientations des établissements hospitaliers ? Nous aurons l'occasion de revenir sur ces points, notamment avec l'amendement de suppression que nous avons présenté à l'article 1^{er}.

Je ne voudrais pas terminer cette brève intervention sur l'article 1^{er}, madame le ministre, sans vous poser la question de mon collègue Henri Bangou, sénateur de la Guadeloupe et maire de Pointe-à-Pitre. Actuellement absent de Paris, il ne peut en effet le faire lui-même. Elle concerne la situation des médecins hospitaliers de la Guadeloupe, qui sont confrontés à de grandes difficultés et qui sont particulièrement frappés par l'austérité.

Outre ces difficultés qui caractérisent l'inégalité entre les malades et entre les médecins, il leur faut subir les effets d'un statut préjudiciable au fonctionnement des hôpitaux de la Guadeloupe. Les conditions prévues par ce statut quant

aux congés de formation des médecins sont beaucoup trop restrictives et constituent un frein à la nécessaire formation des praticiens, qui conditionne le bon exercice de la médecine dans l'intérêt des malades.

Les médecins guadeloupéens revendiquent à juste titre une meilleure prise en compte des frais de transport qui sont, pour eux, très importants. En outre, leur indemnité de résidence est fixée à 20 p. 100 contre 40 p. 100 en Guyane et à la Réunion ainsi que pour tous les autres salariés du même secteur. Cette discrimination, qui n'est pas justifiable, présente un caractère dissuasif pour les jeunes praticiens. A cela, vous avez répondu à M. Moutoussamy, député de la Guadeloupe, que les décrets concernés ont été examinés par le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Nous souhaiterions obtenir des précisions sur le contenu de ce décret.

M. le président. Sur l'article 1^{er}, je suis saisi de quinze amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 21 est présenté par MM. Méric, Bonifay, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, Bialski, les membres du groupe socialiste et apparentés.

L'amendement n° 88 est déposé par M. Souffrin, Mmes Beaudeau, Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparentés.

Tous deux tendent à supprimer l'article 1^{er}.

Les trois amendements suivants, qui portent sur le premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-1 de la loi du 31 décembre 1970, sont présentés par MM. Méric, Bonifay, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, Bialski, les membres du groupe socialiste et apparentés.

Le premier, n° 22, a pour objet de rédiger comme suit la fin de la première phrase : « sont organisés en départements ou services. »

Le deuxième, n° 23 rectifié, vise à rédiger comme suit la seconde phrase : « Les départements et services peuvent comporter des pôles d'activités. »

Le troisième, n° 24, a pour but, dans la dernière phrase, de substituer aux mots : « pôles d'activités », les mots : « unités de soins ».

Les six amendements suivants portent sur le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 20-1 de la loi du 31 décembre 1970.

Le premier, n° 25, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, tend, à la fin de la première phrase, à substituer aux mots : « chef de service à plein temps », les mots : « praticien hospitalier responsable de service à plein temps ».

Le deuxième, n° 3, déposé par M. Charles Descours, au nom de la commission, vise à rédiger comme suit la seconde phrase : « Si l'activité du service n'exige pas la présence d'un chef de service à plein temps, le service peut être placé sous la responsabilité d'un chef de service à temps partiel issu d'un statut à temps plein ou relevant du statut à temps partiel. »

Les quatre autres sont présentés par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés.

L'amendement n° 26 a pour objet de rédiger comme suit le début de la deuxième phrase : « Si l'activité du département ou service... ».

L'amendement n° 27 a pour but, dans la deuxième phrase, de remplacer les mots : « chef de service », par les mots : « praticien hospitalier responsable de service ».

L'amendement n° 28 tend, dans la deuxième phrase, après les mots : « à plein temps », à insérer les mots : « le département ou ».

L'amendement n° 82 vise, dans la seconde phrase, après les mots : « statut à temps partiel », à substituer aux mots : « chef de service » les mots : « praticien hospitalier responsable de service ».

Enfin, les quatre derniers amendements déposés à l'article 1^{er} portent sur le troisième alinéa du texte proposé pour l'article 20-1 de la loi du 31 décembre 1970.

L'amendement n° 29, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, vise à supprimer ce dernier alinéa.

L'amendement n° 30, déposé par les mêmes auteurs, tend à rédiger comme suit ce même texte :

« Le praticien hospitalier responsable de service a pour rôle de proposer les orientations médicales et les choix thérapeutiques. »

L'amendement n° 4, présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, a pour objet de rédiger comme suit ce texte :

« Le chef de service organise le fonctionnement technique du service et propose les orientations médicales dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien hospitalier. »

L'amendement n° 31, déposé par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, a pour but, au début de ce même texte, de remplacer les mots : « Le chef de service » par les mots : « Le praticien hospitalier responsable de service ».

La parole est à M. Franck Sérusclat, pour défendre l'amendement n° 21.

M. Franck Sérusclat. Cette discussion à l'occasion de la suppression ou du maintien de cet article 1^{er}, si elle ne nous permettra sûrement pas de vider notre querelle entre l'interprétation des mêmes mots utilisés, nous permettra malgré tout de la préciser de nouveau.

Il n'est pas nécessaire de faire référence à la théologie pour savoir si nous avons des différences sur quelque chose qui est simplement, j'allais dire idéal, et que, de temps à autre, on transformerait en choix idéologique. En fait, le choix du département au cours des années qui viennent de s'écouler montre que ce n'est en rien un choix idéologique, et encore moins une discussion théologique. Tout le monde est d'accord sur la nécessité du département et Mme Simone Veil la première, en 1976, avait pris une décision qui, effectivement, promouvait la notion de département.

Ensuite, nous sommes effectivement d'accord sur les mêmes mots de « responsabilité » des gens qui assurent des compétences, et de « mobilité » afin qu'il y ait possibilité pour les uns et les autres de participer à cette responsabilité quand on en a les compétences.

Or, voilà que nous ne sommes pas d'accord sur la façon de créer cette responsabilité et cette mobilité, et que l'article dont nous discutons la suppression est ce qui, à notre avis, empêche de créer cette responsabilité et d'organiser la mobilité.

Pourquoi ? Tout simplement à cause d'une affirmation de Mme le ministre - et d'autres autour d'elle - selon laquelle la responsabilité ne peut en aucun cas venir d'une décision par élection. C'était la raison pour laquelle le chef de département élu par ses pairs ne pouvait assurer une responsabilité vraie. C'est la raison pour laquelle on supprime ce mode de désignation pour le remplacer par la décision du ministre, comme si le choix du prince autrefois, le choix du ministre aujourd'hui, avait davantage de certitude de déceler l'homme compétent à qui on peut donner des responsabilités.

Mais, là, il est évident que pas un seul parlementaire ne peut accepter une telle façon de raisonner. Nous sommes tous des élus. Pas un seul doyen ne peut accepter de dire qu'un élu ne peut pas assurer une responsabilité, qu'il y a une dilution des responsabilités quand il y a une désignation par voie démocratique.

Voulant les uns et les autres donner les moyens auxquels nous croyons, selon que l'on est démocrate et que l'on fait confiance - avec toutes les difficultés que cela suppose, et les nuances qu'il faut y apporter - au choix démocratique, nous allons vers celui qui préfère le choix du ministre aujourd'hui, du prince autrefois.

Quant à la mobilité, nous la voulons, vous également, mais vous commencez par affirmer que le chef de service nommé par vous sera effectivement celui qui décide tout et qui délègue. Dans l'explication que vous avez donnée tout à l'heure, vous nous avez montré, tournée vers nous, qu'il y avait mobilité et, tournée vers le reste de l'hémicycle, que le chef de service pouvait bien rester sans bouger trop souvent.

Avec la formule d'aujourd'hui, s'il était possible au ministre, à partir d'une analyse, de dire : ce chef de service n'est plus compétent, le ministre pourrait peut-être envisager de le changer. Mais nous savons bien qu'il n'y aura pas cette demande de non-renouvellement et que la situation se perpétuera.

Permettez-moi aussi de souligner l'admiration que j'ai eue pour mes patrons. Je n'ai fait que le parcours pharmaceutique d'interne des hôpitaux et de docteur en pharmacie. J'ai eu ce qu'on appelle de « vrais patrons ». Mais j'en ai connu qui, malgré eux, l'âge venant, les habitudes dans lesquelles on s'inscrit pesant trop lourdement, n'acceptaient pas d'écouter ceux qui autour d'eux avaient effectivement trouvé autre chose, et pour des problèmes parfois banaux, des techniques de dosage et de calcul. Je pense à l'une de ces techniques qui a servi de sujet à ma thèse où nous avons eu toutes les peines du monde à faire accepter par le patron de thèse qu'il y avait un vice de forme. Cela est naturel et on ne peut en faire grief à personne. On doit constater qu'à un moment donné, quelle que soit l'admiration que l'on a pour eux et quels que soient les remerciements que l'on peut être amené à leur faire, il y a un moment où, comme on dit en langage vulgaire, ils doivent déteiler. Or, quand on a le pouvoir, on ne sait pas constater le moment où il faut déteiler.

C'est la raison pour laquelle il est préférable que ce pouvoir soit réparti. C'était dans les unités fonctionnelles et cela ne l'est pas dans les pôles d'activités puisqu'il y a seulement délégation. C'était par ces unités fonctionnelles composant un département géré, pour ce que l'on appelle la gestion et l'organisation de mise en département, par un chef de département élu, qu'il y avait cette possibilité d'offrir l'accès à la responsabilité en fonction des compétences dans des unités fonctionnelles. C'est pourquoi, là aussi, nous insistons pour dire que cette conception de la chefferie et du service laisse dans l'impossibilité la grande majorité des praticiens qui sont aujourd'hui dans une situation d'attente au sein de l'hôpital et c'est la raison pour laquelle certains vont ailleurs, car leur situation est bloquée pendant quinze ans, vingt ans ou vingt-cinq ans. Ils se demandent alors s'ils seront encore aussi compétents et efficaces que maintenant. Les pôles d'activité ne leur offrent pas de possibilités de responsabilité puisqu'ils restent dépendants de celui qui les a désignés. Si, par hasard, il devait exister - et il y en aura forcément - des différences qui peuvent aboutir à des affrontements sur les méthodes de soins, celui qui a la délégation pourra se la voir retirée, car le patron a le pouvoir de le faire.

Enfin, le département tel que vous l'avez conçu - je l'ai dit tout à l'heure - n'est une organisation coordonnée que si les chefs de service le veulent. S'il y a deux services, il y a deux chefs, avec toute la rigidité et la difficulté de chacun d'eux. Vous connaissez ce problème. Vous avez cité des exemples qui, je le sais, sont justes dans la qualité. Il en est d'autres qui, dans la médiocrité ou le risque, ont donné naissance à *Corps et âmes* de Maxence Van der Meersch ou à « Sept morts sur ordonnance ». Il s'agit, je vous l'accorde, de dérapages importants, il y en a peu, mais ceux qui se produisent sont suffisamment significatifs et entraînent des conséquences suffisamment lourdes pour envisager de les supprimer.

J'en arrive au dernier élément qui me permet de plaider ainsi pour la suppression de cet article. Les représentants de l'intersyndicale des praticiens, où tous les syndicats représentés sauf un ont fait état de toutes les difficultés que je viens d'évoquer, ont rejeté la formule que vous proposez, car elle bloque leur avenir. Ils savent et ils sentent qu'ils ont la qualité, que vous-même leur reconnaissez tout à l'heure, mais ils n'ont pas la perspective de pouvoir la mettre au service de ce qui fait notre commune préoccupation, le malade. C'est la raison pour laquelle, madame le ministre, je crois qu'il serait bon de supprimer cet article.

Comme cela ne sera sûrement pas le cas, je ne reprendrai pas tout au long du débat les mêmes arguments, qui pourraient s'appliquer à chaque amendement ou presque, je ferai simplement référence à cette intervention que j'ai tenu à faire avec toute la clarté possible.

Vous me permettez de faire référence à un mot ; c'est vrai que ce qui nous est proposé ici est un choix napoléonien : être clair et concis. Rappelez-vous, le code est, lui, rigoureux, mais vouloir mêler les deux, souplesse et clarté, comme vous le proposez, est vraiment un exercice difficile qui aboutit souvent à la confusion.

M. le président. La parole est à Mme Beaudeau, pour défendre l'amendement n° 88.

Mme Marie-Claude Beaudeau. Comme nous l'avons signalé, cet article 1^{er} est l'un des plus importants du projet de loi. Il organise le retour au système des services et des

« chefferies de service » dont nous avons dit tout au long de nos interventions qu'il était contraire aux conditions actuelles de l'exercice de la médecine et à l'intérêt des malades.

Aucune forme d'organisation n'est parfaite, mais ce qui apparaît clairement aujourd'hui à tous - praticiens, personnels et usagers -, c'est l'impérieuse nécessité de fonctionner autrement, d'adapter ce fonctionnement à l'évolution des sciences et des techniques. Madame le ministre, vous faites exactement le contraire.

Il ne s'agit pas pour nous de mettre en doute la compétence des chefs de service, mais nous considérons que la maîtrise de l'ensemble des moyens et des technologies nécessaires aux soins dispensés aux malades ne peut, en tout état de cause, être l'apanage d'un seul homme. Tout appelle, au contraire, un travail d'équipe associant toutes les compétences médicales et non médicales. A cela, vous opposez rigidité et cloisonnement.

Le système que vous proposez prive une majorité de médecins compétents, ayant le même grade universitaire que leur chef de service, du droit de toute participation à la direction des unités de soins.

La création de départements n'est envisagée qu'à titre de « supplément d'âme » facultatif et non comme une nécessité, contrairement aux propos que vous avez tenus. La création de pôles d'activités, telle que vous la proposez, ne constitue en rien une réponse à l'exigence de collégialité de la réflexion et du travail, dans la mesure où il ne s'agit que d'un cadre d'exercice d'une autorité déléguée par le chef de service à l'un de ses collègues. Ce n'est pas de la décentralisation, mais de la déconcentration sous haute surveillance.

L'ensemble des personnels non médicaux se trouvent également écartés des processus de décision dans les unités de soins, alors qu'ils jouent un rôle important dans la mise en œuvre des soins et dans la marche des services.

Inadapté aux conditions d'exercice d'une médecine hospitalière moderne, de qualité, votre projet n'en est pas moins porteur d'une certaine logique et d'une démarche très cohérente.

Bien entendu, il s'agit, d'abord, de satisfaire quelques mandarins qui ne supportent pas la moindre remise en cause de leur toute-puissance. Mais la raison de fond de l'organisation que vous proposez repose sur la centralisation, l'autoritarisme et l'hyper-hiérarchisation, indispensables à la mise en œuvre de la politique d'austérité dans l'hôpital, un hôpital que vous souhaitez voir géré comme une entreprise, selon les critères qui fondent la loi du profit roi.

La création possible de ce que vous appelez des « pôles d'activités » est une piètre tentative pour désamorcer la légitime revendication des jeunes médecins d'accéder aux responsabilités, en mettant en place un nouveau niveau hiérarchique, un nouveau cloisonnement sclérosant.

Le cloisonnement des services, démultiplié par la création des pôles d'activités, accentue l'éclatement de l'hôpital et fournit - ce n'est pas là la moindre de ses qualités, à vos yeux - un cadre propice à l'institutionnalisation de l'activité privée, qui doit devenir, avec le versement de la redevance, un moyen important de financement des unités de soins.

Enfin et surtout, la structure que vous proposez permet d'imposer plus facilement l'austérité dont les maîtres d'œuvre seront les chefs de service tout-puissants durant cinq ans, nommés par le ministre de la santé et, en réalité, responsables devant le seul ministre. Ce serait plus difficile avec des équipes de médecins et des représentants du personnel !

C'est là que se situe la motivation profonde de votre projet ; il est l'instrument de la mise en œuvre d'une médecine à plusieurs vitesses.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous demandons la suppression de l'article 1^{er}.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les deux amendements de suppression, nos 21 et 88.

M. Charles Descours, rapporteur. Je ne surprendrai personne en disant qu'il est défavorable.

M. Sérusclat a précisé qu'il s'était longuement expliqué sur cet amendement et qu'il serait plus bref sur les suivants ; nous lui en sommes très reconnaissants.

Une nouvelle fois, sans trop reprendre les termes de la discussion générale, je vais essayer d'expliquer les raisons pour lesquelles nous défendons ce texte de loi.

Monsieur Sérusclat, la loi que votre majorité a votée en 1984 n'a pas été appliquée. Vous pouvez le déplorer - c'est votre droit - mais c'est un fait. Elle n'a pas été appliquée parce que, comme il est normal dans ce pays, elle ne correspondait pas à ce qu'on appelle la « majorité d'idées », chère au président Edgar Faure.

Ce ne sont pas quelques mandarins, en effet, qui peuvent bloquer, comme vous avez l'air de l'insinuer, une situation, si celle-ci correspond à une réalité.

Cela n'a pas marché. Il fallait donc trouver une solution, les hôpitaux, les responsables des services ou les responsables médicaux devant être soumis à une organisation cohérente.

Le texte qui a été élaboré à cette fin, madame Beaudeau, n'est pas une restauration. Vous avez entendu, comme moi, un grand nombre de délégations que nous avons auditionnées. Certaines, vous l'avez vu, auraient souhaité que nous allions beaucoup plus loin dans la restauration de l'état antérieur. C'est qu'elles sentaient bien que ce texte marquait une réelle évolution et reflétait un juste équilibre entre le passé et l'avenir.

Vous avez dit que Mme Veil avait parlé des départements en 1978. J'étais président de l'intersyndicale des internes en 1968, et on en parlait déjà ! C'est pourquoi, ce matin, présentant mon rapport, j'ai demandé à Mme le ministre de prendre des mesures incitatives, faute de quoi nous aurons du mal - c'est vrai - à créer des départements. Mais cela correspond aussi à un mode de cohérence des hôpitaux.

Aujourd'hui, le Gouvernement nous propose de tenir compte des réalités, du fait que le texte de loi voté en 1984 n'a pas été appliqué dans les hôpitaux français.

Les services étaient sans doute trop rigides. On nous propose donc de créer des pôles d'activités. Je vous remercie, d'ailleurs, madame Beaudeau, d'avoir remarqué qu'un certain nombre d'amendements proposés ou adoptés par la commission prouvaient que ces pôles d'activités n'étaient pas une simple création de papier, non plus que la remise en cause, tous les cinq ans, du mandat du chef de service.

Par conséquent - je le répète - le texte qui nous est soumis est un texte équilibré qui respecte les droits à la fois des chefs de service, des personnels et des autres médecins, auxquels j'ai été très attentif.

J'ai participé à une table ronde, dans un grand hôtel de Paris, avec l'ensemble de ces médecins mono-appartenants, des chefs de travaux, des mono-appartenants cliniciens et des anesthésistes. J'ai défendu ce texte devant eux, c'est-à-dire devant un public qui, *a priori*, n'y était pas spécialement favorable. J'ignore si je les ai convaincus. En tout cas, je leur ai expliqué les raisons pour lesquelles ce texte pouvait aider les hôpitaux à sortir du système de blocage dans lequel ils se trouvent actuellement.

Telle est, me semble-t-il, la cohérence de ce projet de loi. Il s'agit non pas d'une restauration mais, au contraire, d'une amorce intelligente de l'avenir de nos hôpitaux. Comme Mme le ministre et moi-même l'avons indiqué, il sera suivi d'autres textes.

Par conséquent, je souhaite que ce projet de loi constitue un premier pas vers les hôpitaux de l'an 2000. Il fallait, me semble-t-il, sortir du blocage dans lequel nous sommes depuis 1984.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Avant de donner l'avis du Gouvernement, je souhaiterais rappeler trois choses.

Monsieur Sérusclat, selon vous, nous avons rejeté l'élection sous prétexte qu'elle diluait les responsabilités. Pas du tout, nous avons considéré que l'élection faisait entrer la politique à l'hôpital et que c'était mélanger les genres ; à l'hôpital, on est là non pas pour faire de la politique, mais pour soigner. (*M. Chérioux applaudit.*) C'est pour cela, en partie, que ce département, tel qu'il a été conçu, n'a pas fonctionné, et vous le savez.

Ensuite, vous avez traité des délégations et des responsabilités. Certes, le chef de service a la responsabilité du service. Il délègue sa responsabilité aux pôles d'activités. Je crains que vous n'ayez pas bien saisi un certain nombre de notions que je voudrais préciser de nouveau.

La délégation de responsabilités au niveau du pôle d'activités peut être également suggérée par le conseil d'administration, par la C.M.E. Elle n'est donc pas uniquement entre

les mains du chef de service. Elle est donnée pour cinq ans et ne peut être retirée, ainsi que le proposera un amendement de la commission.

Les choses, ainsi, seront clairement dites. Mais, dans le texte, tel que nous l'avions conçu, il n'était pas pensable, de toute façon, que le chef de service puisse retirer sa délégation, puisque tel était son choix. On n'a pas souhaité qu'il puisse, à tout instant, la retirer.

La délégation vaut pour cinq ans, après quoi elle est caduque. Le chef de service est là pour cinq ans et, contrairement à ce que vous dites, son mandat est renouvelable. Mais il faut laisser la possibilité à son successeur de réorganiser le service comme il le souhaite, peut-être avec les mêmes délégations de responsabilité, peut-être avec d'autres.

Je veux dire, par ailleurs, que la responsabilité personnelle de chaque médecin demeure. Cela était sous-entendu.

Pour toutes ces raisons, et pour toutes celles que vient de présenter M. le rapporteur, le Gouvernement demande, bien sûr, le rejet de ces deux amendements.

M. le président. La parole est à M. Guy Penne, pour défendre les amendements nos 22 et 23 rectifié.

M. Guy Penne. M. le rapporteur a prétendu que, si le texte de 1984 n'avait pas été appliqué, ce n'est pas dû uniquement aux patrons. Je ne partage pas ce point de vue ; je crois qu'ils ont joué un très grand rôle. J'ai suffisamment de connaissances parmi ces patrons, de respect et d'estime pour beaucoup d'entre eux, pour pouvoir dire qu'ils pèsent d'un poids très lourd. A partir du moment où une majorité de ces patrons entendaient bloquer le système, le boycotter, il était très difficile d'agir.

A cet égard, il est d'ailleurs très choquant que des hommes qui exercent de telles responsabilités dans leurs fonctions médicales et qui ont une telle autorité morale se situent au-dessus des lois. C'est un tort.

Cela me fait penser au colonel qui vient visiter son régiment et qui demande si la soupe est bonne. Au troupier qui lui répond que « la soupe est... », il rétorque : « Je ne vous ai pas demandé si la soupe était mauvaise. Je vous ai demandé si la soupe était bonne. » C'est souvent ainsi que les choses se passent.

Je ne dis pas que ce soit une vie infernale. Nous n'avons jamais caricaturé le service à ce point, car nous avons trop de respect pour de nombreux chefs de service. Je dirai simplement que ce n'est peut-être pas le lieu où s'exerce la plus parfaite démocratie.

Monsieur le rapporteur, dès 1968, vous avez entendu parler et été partisan, si j'ai bien compris, de la notion de département. C'est en 1970 qu'on a commencé à en parler vraiment, donc bien avant 1981. J'ai bien peur qu'aujourd'hui cette notion de département ne soit l'objet d'attaques de nature idéologique. C'est dommage !

Madame le ministre, vous avez déclaré être prête à favoriser les incitations, voire à proposer des avantages financiers. Le mieux serait de modifier l'alinéa visé dans le sens que nous proposons.

Vous devez mettre mal à l'aise votre collègue M. Valade, quand vous dites que, à l'hôpital, on ne fait pas de politique parce qu'il n'y a pas d'élection. Les facultés sont bien gérées ; or, dans les conseils de facultés, les doyens sont élus. On pourrait considérer que l'on ne peut pas faire de politique à l'Université et que, par conséquent, il faut supprimer les élections des doyens et des chefs d'établissement. Pourquoi pas ?

Vous êtes à la tête d'un département qui compte beaucoup d'hospitalo-universitaires. Il ne faudrait pas, parce que vous êtes « hospitalo », que vous oubliiez l'Université. Les élections ne sont pas forcément synonymes de pagaille. On a même pu constater, en certaines périodes, que le recours à une voie démocratique permettait d'éviter bien des accidents.

Quant à l'amendement n° 23 rectifié, c'est un amendement de coordination.

M. le président. La parole est à M. Sérusclat, pour défendre l'amendement n° 24.

M. Franck Sérusclat. Répondant au souhait de M. le président Fourcade, nous tenons à faire toute la clarté sur les termes que nous employons.

Le pôle d'activités, tel qu'il est conçu, est l'unité de soins telle que nous la connaissons, c'est-à-dire une délégation donnée à quelqu'un pour s'occuper d'un secteur. A ce sujet

permettez-moi, madame le ministre, de penser que les pôles d'activités créés, suggérés par un chef de service, ne seront pas à ce point personnalisés que son départ limitera leur durée à cinq ans.

En effet, ces pôles d'activités auront un contenu médical, une justification technologique. Ils ne seront pas créés uniquement pour cinq ans, ou alors ce serait sous-entendre que le chef de service pourrait faire des caprices dans la création comme dans la suppression.

Par conséquent, nous préférierions que ces pôles d'activités n'existent pas et que l'on s'en tienne à l'unité fonctionnelle. Mais il n'est pas envisageable de vous le demander après la position que vous avez adoptée.

En revanche, il serait plus clair, plus simple, plus juste en définitive de dire qu'ils sont des unités de soins. C'est la raison pour laquelle nous proposons cette formulation. Peut-être serait-ce le moyen, pour suivre M. le rapporteur, de sortir d'un blocage, qui, comme il l'a dit tout à l'heure, rendait cette loi non appliquée.

Je souhaiterais cependant qu'il ajoutât que ce blocage résultait de l'attitude de chefs de service, surtout de ceux qui, malgré eux et malheureusement pour eux, sont devenus des mandarins, selon la définition même du *Larousse*, rappelée tout à l'heure par notre collègue Taittinger.

Ce sont eux qui ont bloqué et qui bloqueront le système que vous imaginez d'informatique ; en effet, ils étaient déjà hostiles à la création de ce département qui devait réunir tous les renseignements en un même lieu : c'était leur enlever une parcelle de leur pouvoir.

Dans ces conditions, c'est bien une restauration - vous voulez l'appeler « rétablissement » - que vous proposez. J'aimerais connaître la différence qu'il y a entre ces deux termes : est-elle pratique ? est-elle juridique ?

C'est clair : il y a ceux qui prônent la restauration - les chefs de service tel celui qui s'est présenté devant nous en disant qu'il était, selon son propre terme, un « mandarin heureux » - et les autres qui sauront dans quelle situation ils sont placés pour la suite de leur carrière.

Telle est la raison pour laquelle nous proposons les mots « unité de soins ».

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements nos 22, 23 rectifié et 24 ?

M. Charles Descours, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 22, M. Penne a parlé d'idéologie pour expliquer notre position sur le département. Vraiment, ce n'est ni le désir du Gouvernement, ni celui de la commission, ni celui de la majorité du Sénat de faire de l'idéologie sur ce point, et je crains, mes chers collègues, que ce ne soit la loi de 1983 plutôt que celle d'aujourd'hui qui contienne de l'idéologie.

M. Penne a également parlé des facultés. Or, le problème de l'élection des doyens de faculté ou des directeurs d'U.E.F.R. est particulier du fait que les malades ne sont pas concernés. Par conséquent, si nous souhaitons que l'élection ne soit pas érigée en système de gouvernement au sein des hôpitaux, c'est parce que les malades risqueraient de pâtir d'une confrontation de type électoral.

S'agissant de l'amendement lui-même, il confère un caractère obligatoire à la constitution de départements hospitaliers, caractère obligatoire qui n'a pas fonctionné. Par conséquent, autant la notion de service est pour nous une notion de base qui existe et qui a fait ses preuves, autant le département doit rester une structure hospitalière, certes nécessaire mais souple et volontaire - nous l'avons déjà expliqué, Mme Barzac et moi-même. La commission est donc opposée à l'amendement n° 22.

S'agissant de l'amendement n° 23 rectifié, la commission y est également défavorable dans la mesure où la notion de département voulue par M. Penne et la nôtre ne sont pas les mêmes. Pour nous, c'est une fédération souple de services.

S'agissant de l'amendement n° 24, il me semble qu'on se lance beaucoup les mandarins à la tête ! Le professeur Minkowski, qui est sans doute plus proche de vos amis que des miens, n'a pas rougi de ce terme. Ce mot a sa grandeur, même s'il a été beaucoup galvaudé.

Monsieur Sérusclat, vous proposez une unité de soins. Or, cela existe déjà dans les services actuels. Par conséquent, cela montre bien que vous ne croyez pas aux pôles d'activités. Aujourd'hui, dans les services, certaines unités ne recouvrent

pas des responsabilités réelles. Nous croyons que, demain, les pôles d'activités que nous créons par ce texte correspondront à des responsabilités réelles.

Vous n'y croyez pas et c'est votre droit. Nous, nous pensons le contraire, sinon nous serions tous dans la majorité et la discussion serait terminée avant le dîner. Cela serait merveilleux, mais ce n'est pas le cas ! Pour nous, les pôles d'activités correspondent à des pôles de responsabilités. En mettant « unité de soins », d'une façon pernicieuse vous essayez de dévaloriser le système. Nous ne vous suivrons pas sur ce terrain et nous sommes donc défavorables à l'amendement n° 24.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 22, 23 rectifié et 24 ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai déjà dit que les services constitueront l'unité de base autour de laquelle s'articuleront les départements et les pôles d'activités. Cette organisation n'interdit en rien, bien au contraire, le développement des départements qui seront d'autant plus efficaces qu'ils reposeront sur une libre association.

C'est pourquoi le Gouvernement demande le rejet des amendements n°s 22, 23 rectifié et 24, car « l'unité de soins », qui est effectivement un terme déjà utilisé dans les établissements hospitaliers, correspond à une notion de découpage géographique. Or, le pôle d'activités, s'il peut correspondre dans certains cas à une aile ou à un étage d'un service, pourra aussi correspondre à la mise en œuvre d'une technique médicale ou exploratoire particulière qui ne s'accompagnera pas d'une attribution de locaux. Le terme « unité de soins » est trop restrictif.

M. le président. Nous en venons aux amendements relatifs au deuxième alinéa de l'article 1^{er}.

La parole est à M. Guy Penne, pour défendre l'amendement n° 25.

M. Guy Penne. Cet amendement vise simplement à rappeler qu'il ne faut pas confondre le grade et la fonction. En retenant la formulation que nous vous proposons, on indique clairement la dissociation entre le grade et la fonction. C'est un point sur lequel nous sommes tous d'accord. Eh bien ! cela irait encore mieux en le disant.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Un peu comme tout à l'heure, par un biais habile, on supprime les notions dont on ne veut pas. Nous voulons un service et nous croyons qu'à sa tête il faut un chef de service. C'est un point sur lequel nous ne sommes pas d'accord. C'est pourquoi nous sommes défavorables à cet amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement demande le rejet de cet amendement. Je précise au passage, monsieur Penne, que nous n'avons nullement l'intention, à aucun moment, de supprimer la dissociation entre le grade et la fonction. Je tenais à le dire très clairement, car je ne l'avais pas fait jusqu'à présent.

M. Guy Penne. C'est très bien !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 3.

M. Charles Descours, rapporteur. Cet amendement a pour objet de modifier la rédaction de la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 20-1 de la loi du 13 décembre 1970.

En règle générale, les ordonnances de 1958 ont placé le service sous la responsabilité d'un chef de service à temps plein. On ne revient pas sur cette disposition. Mais l'activité du service pourra n'exiger que la présence d'un chef de service à temps partiel. Le texte adopté par l'Assemblée nationale prête à confusion. Il laisse, en effet, supposer qu'un chef de service relevant d'un statut à temps plein pourrait être chef de service à temps partiel.

L'amendement n° 3 précise que si l'activité du service ne justifie pas la présence d'un chef de service à temps plein, le service peut être placé sous la responsabilité d'un chef de service relevant du statut à temps partiel ou issu d'un statut à temps plein, mais choisissant le statut à temps partiel. Pour occuper ce poste, le praticien devra donc changer de statut.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement accepte l'amendement n° 3 dont la rédaction correspond mieux aux textes statutaires qui régissent les différentes catégories de médecins.

M. le président. La parole est à M. Penne, pour défendre les amendements n°s 26, 27, 28 et 82.

M. Guy Penne. Monsieur le président, ces quatre amendements sont de pure coordination. Nous les maintenons tant que le Sénat ne se sera pas prononcé sur l'amendement n° 3 de la commission.

M. le président. J'imagine, dans ces conditions, que l'avis de la commission et celui du Gouvernement sont les mêmes que sur les amendements précédents.

M. Charles Descours, rapporteur. Vous avez vu juste, monsieur le président ; même objet, même avis défavorable sur les quatre amendements.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement, pour les raisons précédemment indiquées, demande également le rejet de ces quatre amendements.

M. le président. Nous en venons aux amendements relatifs au dernier alinéa de l'article 1^{er}.

La parole est à M. Sérusclat, pour défendre l'amendement n° 29.

M. Franck Sérusclat. L'amendement n° 29 est retiré.

M. le président. L'amendement n° 29 est retiré.

La parole est à M. Sérusclat, pour défendre l'amendement n° 30.

M. Franck Sérusclat. Curieusement, l'amendement de la commission rejoint le nôtre, ou l'inverse, à une différence importante : nous appelons le responsable de service « praticien hospitalier responsable de service » et non « chef de service ».

Nous proposons, cependant, les uns et les autres que le responsable de service ne fasse pas tout, c'est-à-dire qu'il s'occupe essentiellement - mais non uniquement - des orientations médicales et des choix thérapeutiques. C'est la fonction qui est dévolue à chaque médecin. La gestion, à notre avis - pour la majorité qui propose ce projet de loi, il y aurait, sans doute, un vide factuel - devrait être confiée à un chef de département élu démocratiquement pour l'assurer.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour défendre son amendement n° 4 et donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 30.

M. Charles Descours, rapporteur. Dans l'amendement présenté par M. Sérusclat, les termes « praticien hospitalier » au lieu des mots « chef de service » réintroduisent le débat que nous venons d'avoir. Par ailleurs, l'expression « fonctionnement technique » n'y figure pas.

Je suis donc défavorable à l'amendement n° 30, car celui de la commission me paraît plus complet. Cela dit, je constate qu'un certain nombre de préoccupations nous sont communes.

J'en viens à notre amendement n° 4. Le troisième alinéa de l'article 20-1 de la loi du 31 décembre 1970 résulte d'un amendement de l'Assemblée nationale ; il précise le rôle du chef de service. Il vous est proposé d'indiquer, par cet amendement, que le rôle du chef de service s'exerce, en ce qui concerne le fonctionnement technique du service et la définition des orientations médicales, dans le respect de la responsabilité médicale personnelle de tout praticien hospitalier qui travaille dans le service.

Au cours de la discussion générale, plusieurs orateurs ont fait part de leur inquiétude à ce propos. Cette rédaction met les choses au point ; bien sûr, c'était sous-entendu dans le texte initial, mais il nous semble que cela va encore mieux en le disant.

Madame le ministre, l'expression « fonctionnement technique du service » nous semble valable puisque, effectivement, outre ses fonctions de soins, le chef de service remplit un rôle de « fonctionnement technique » ; encore faudrait-il, s'il vous plaît, que vous nous précisiez ce que vous entendez par là. En effet, il importe que nous puissions apprécier les responsabilités respectives du chef de service et de ses collaborateurs, notamment s'il existe, comme nous le souhaitons, des pôles d'activités au sein du service.

De plus, l'amendement que nous présentons supprime toute référence à l'administration, qui avait été également introduite par l'Assemblée nationale. En effet, cela pourrait provoquer des conflits inutiles avec le directeur de l'hôpital. L'article 22-2 de la loi du 31 décembre 1970 qui définit les pouvoirs du directeur sur les personnels hospitaliers, dans le respect de la déontologie et de la responsabilité médicales, nous semble suffisant.

Le Sénat, en 1983 et 1984, a longuement débattu de cet aspect de la loi. Tout avait été dit à cette époque et c'est pourquoi nous proposons cette rédaction.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements nos 30 et 4 ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, le Gouvernement demande le rejet de l'amendement n° 30 et est favorable à l'amendement n° 4.

M. le président. La parole est à M. Penne, pour défendre l'amendement n° 31.

M. Guy Penne. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Défavorable.

M. le président. Nous avons achevé l'examen de tous les amendements relatifs à l'article 1^{er}. Je vais les mettre aux voix successivement.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix les amendements identiques nos 21 et 88, repoussés par la commission et par le Gouvernement.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 22, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 23 rectifié devient sans objet.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 24, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 25.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Mme le ministre nous a apporté des éléments supplémentaires pour voter cet amendement.

Je considère qu'il existe une confusion dans la répartition des activités. En effet, Mme le ministre nous a indiqué que le pôle d'activités et le département se situaient autour du service. Or, j'estime que le pôle d'activités se situe à l'intérieur du service - un service a des pôles d'activités - et que le département tel que vous le concevez organise en amont des services.

Dès lors, il me semble encore plus nécessaire de maintenir les termes « praticien hospitalier », son statut n'ayant pas été mis en cause, afin qu'on y voit très clair et que l'on sache que le chef de service est un praticien hospitalier comme les autres, avec une responsabilité de service.

Je maintiens donc cet amendement, que je voterai, bien entendu.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 25, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 3.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Les propositions faites par la commission sont bonnes. Nous sommes favorables à cette possibilité d'avoir un service à temps partiel, que l'on relève d'un statut à temps plein ou d'un statut à temps partiel. Mais, pour autant, nous ne pouvons cautionner les termes « chef de service » et, par conséquent, donner l'impression que nous serions d'accord sur le statut de chef de service. Nous nous abstenons donc sur cet amendement.

M. Charles Descours, rapporteur. C'est idéologique !

M. Franck Sérusclat. Non, monsieur le rapporteur ! En fait, nous avons assez montré que, quelle que soit l'origine de la notion de département - en 1968, 1970, 1976 - nous la faisons nôtre et, par conséquent, que ce n'était pas une question d'idéologie. D'ailleurs, Mme Georgina Dufoix, dans l'interview que j'évoquais tout à l'heure, disait très nettement qu'à un moment donné il fallait qu'une volonté politique soit en mesure d'appliquer ou de faire naître ce qui est engendré par un besoin de société.

Là, le département est engendré par le besoin de société civile, mais aussi de société hospitalière. C'est en ce sens que ce n'est pas un choix idéologique. En revanche, refuser une disposition sous le simple prétexte qu'elle a été proposée en 1984 et que nous sommes en 1987 constitue un comportement idéologique. C'est là où commence tout notre débat.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 3, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Les amendements nos 26, 27, 28 et 82 deviennent sans objet.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 30, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 4.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Là encore, notre amendement présente une similitude avec la proposition de la commission et nous sommes tentés de considérer qu'il y a une amélioration par rapport au texte de loi qui prévoyait la responsabilité des rapports avec l'administration.

Mais nous souhaitons dire en même temps que notre abstention ne sera pas la marque d'une hésitation semblable à celle que me paraît éprouver la majorité. (*Murmures sur les travées du R.P.R.*) En effet, celle-ci veut bien d'un chef de service, mais elle ne désire pas qu'il s'occupe des problèmes d'administration. Elle a parfaitement raison, car on verrait poindre des difficultés, bien que, curieusement, le texte ne semble pas s'en préoccuper. Il ne tient pas compte du fait que peuvent survenir des conflits avec la direction dès lors que des pouvoirs sont maintenus au chef de service. C'est pourquoi je suis intéressé par la formule de la commission médicale d'établissement. Des conflits sont donc possibles et le texte n'envisage pas de modalités pour les régler. En tout cas, les conditions sont créées pour qu'il y en ait.

La commission fait donc preuve d'une hésitation et d'une inquiétude. Elle parle, en effet, du respect de la responsabilité personnelle et médicale de chaque praticien hospitalier qu'elle oppose, en définitive, au contenu et au sens même du mot « délégation ».

Peut-être ai-je tort de trop faire référence à la vie municipale, mais pour beaucoup, c'est ce que nous connaissons le mieux. Le maire donne délégation à un adjoint ; il peut la lui retirer, ce qui signifie que l'adjoint n'est pas indépendant et qu'il n'a pas la responsabilité personnelle. Quelle que soit la façon dont la délégation sera donnée, c'est bel et bien celui qui la donne qui a la responsabilité, en l'occurrence médicale et personnelle. Les exemples récents, devant les assises ou le tribunal correctionnel, montrent qu'effectivement la responsabilité du chef de service est toujours engagée.

Par conséquent, on décèle une contradiction majeure en acceptant le principe de la délégation. Tout à l'heure, Mme le ministre a oublié de dire que la première phrase de l'article précise que le chef de service délègue à un médecin,

à un pharmacien, à un biologiste... Il pourra toujours lui retirer cette délégation. Cela me confirme donc dans ce que j'appelle les hésitations de la majorité.

Cela dit, compte tenu du progrès qui est accompli par rapport au texte initial, nous nous abstenons sur cet amendement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 4, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. Charles Descours, rapporteur. Nous l'avons adopté sans hésitation !

M. le président. L'amendement n° 31 devient sans objet. Je vais mettre aux voix l'article 1^{er}.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. L'article 1^{er} constitue le dispositif fondamental du texte. Il va permettre une organisation souple à partir de la cellule de base qu'est le service, qui peut-être découpé en pôles d'activités, mais qui peut être regroupé en département. Grâce aux deux amendements que le Sénat a bien voulu adopter, et que M. Descours a présentés, nous avons une rédaction assez brève, qui va permettre de clarifier la structure de nos établissements.

Mais avant de voter ce texte, je voudrais, madame le ministre, vous présenter une demande. En effet, outre l'organisation avec les trois modalités prévues, ce texte comporte une mesure qui concerne le temps partiel et le temps plein.

Une des grandes difficultés de fonctionnement de nombreux hôpitaux généraux - notamment des établissements comprenant de 200 à 500 lits, que beaucoup de nos collègues ont l'expérience de présider - tient à ce que, lorsqu'il est question de transformer un chef de service à temps plein en un chef de service à temps partiel, les administrations de tutelle, qui en sont encore à la loi de 1870 et pour lesquelles le comble du progrès est le temps plein généralisé, bloquent souvent ces perspectives de transformation.

Là se trouve, madame le ministre, l'une des explications du très grand déficit en chefs de service, qui peut être constaté dans les hôpitaux publics, et notamment dans les hôpitaux généraux.

Par conséquent, si la rédaction définitive du texte est celle qui résulte du vote du Sénat, je souhaiterais que, dans la circulaire d'application que vous enverrez à vos services - document qu'ils lisent beaucoup plus attentivement que la loi car, en général, s'ils ne connaissent pas la loi, ils savent par cœur les circulaires - vous précisiez très clairement que l'objectif est de faire fonctionner l'ensemble des hôpitaux et qu'il faut non pas adopter une position théologique sur le temps partiel ou le temps plein, mais essayer d'adapter l'organisation sur le terrain aux possibilités humaines qui existent dans la région.

En effet, si l'on veut que les administrations fonctionnent, il faut des chefs de service et il vaut mieux avoir des chefs de service à temps partiel qui font fonctionner leur service que d'enregistrer des vacances ou avoir des services dirigés par des assistants ou par des vacataires.

Un changement de mentalité est nécessaire de la part des administrations de tutelle à l'égard de l'ensemble de ces chefs de service.

Telle est la demande que je formule car je crois qu'elle est très importante pour l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux. J'ai parlé essentiellement des hôpitaux généraux, mais vous savez, madame le ministre, qu'ils tiennent à cœur aux sénateurs et qu'ils concernent plusieurs millions de nos concitoyens. *(Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste.)*

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'article 1^{er}, modifié.

(L'article 1^{er} est adopté.)

M. le président. Monsieur Fourcade, en vous écoutant, je me souvenais d'un propos que je vous rapporte à titre de détente : « En administration, on obéit d'abord à la circulaire, puis à la décision ministérielle, puis au règlement, puis à l'arrêté ou au décret, et enfin à la loi... En cas de doute, la circulaire doit avoir raison parce que c'est la nation qui fait la loi et que c'est le chef de bureau qui fait la circulaire. »

Il s'agit d'une citation de Jacques Boucher de Crèvecœur de Perthes, directeur général des douanes à Abbeville, en 1842. *(Sourires.)*

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Merci, monsieur le président.

Article 2

M. le président. « Art. 2. - Après l'article 20-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, sont insérés les articles 20-2 à 20-4 ainsi rédigés :

« Art. 20-2. - Le chef de service est nommé par le ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans renouvelable. La nomination est prononcée après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement, sauf en ce qui concerne les chefs de service de psychiatrie. Les conditions de nomination, dont certaines sont spécifiques à la psychiatrie, sont fixées par voie réglementaire. Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé, sur demande de l'intéressé accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat, dès lors qu'une procédure de non-renouvellement n'est pas engagée dans les mêmes formes que la nomination.

« Dans les cas visés à l'alinéa ci-dessus, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte limitée aux praticiens exerçant des fonctions équivalentes à celles auxquelles l'intéressé postule.

« Les dispositions du premier alinéa ci-dessus ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle ou aux décisions prises dans l'intérêt du service.

« Les fonctions de chef de service cessent à la fin de l'année universitaire au cours de laquelle survient la limite d'âge fixée par l'article 3 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public. »

« Art. 20-3. - Dans les conditions prévues par le présent article, le chef de service peut déléguer à un ou plusieurs médecins, biologistes, pharmaciens ou odontologistes hospitaliers relevant d'un statut à temps plein ou du statut à temps partiel, la responsabilité d'un ou plusieurs pôles d'activités en vue d'assurer les soins ou d'exécuter les actes médico-techniques nécessaires aux malades, conformément aux règles déontologiques.

« Les pôles d'activités sont créés ou supprimés sur proposition du chef de service concerné, par une délibération du conseil d'administration de l'établissement, après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, du comité consultatif médical.

« Dans les mêmes formes, le conseil d'administration délibère sur la délégation accordée au médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste responsable.

« La délégation prend automatiquement fin à l'occasion du départ du chef de service, à l'expiration de son mandat ou en cas de suppression du pôle d'activités par le conseil d'administration en application du 7° de l'article 22. Elle est renouvelée par le chef de service, après avis de la commission médicale d'établissement. La demande de renouvellement est accompagnée d'un rapport d'activité. »

« Art. 20-4. - Avec l'accord des chefs de service intéressés, il peut être constitué des départements regroupant deux ou plusieurs services en tout ou partie, soit en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit en vue d'un regroupement des moyens en personnel, soit en vue d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.

« La délibération du conseil d'administration créant un département est prise après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, des comités consultatifs médicaux.

« Les activités du département sont placées sous la responsabilité d'un coordonateur médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste. Il est assisté, selon les activités du départe-

ment, par une sage-femme, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel médico-technique et par un membre du personnel administratif.

« L'organisation et le fonctionnement du département sont définis par un règlement intérieur arrêté par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique paritaire. Le règlement intérieur précise notamment les objectifs, la nature et l'étendue des activités du département, les modalités d'association des différents médecins, biologistes, pharmaciens ou odontologistes à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur et de ses assistants. Il précise également les modalités d'association des sages-femmes, du personnel soignant et médico-technique et du personnel administratif aux activités du département. »

Je suis d'abord saisi de deux amendements identiques.

Le premier, n° 32, est présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés.

Le second, n° 89, est déposé par M. Souffrin, Mme Beau-deau, Mme Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté.

Tout deux tendent à supprimer cet article.

La parole est à M. Sérusclat, pour défendre l'amendement n° 32.

M. Franck Sérusclat. Sans reprendre tous les arguments que l'on pourrait développer pour la suppression de cet article 2, je dirai rapidement les raisons qui motivent notre proposition.

Nous voulons d'abord faire échapper le Gouvernement à une contradiction. Il veut être libéral mais, dans le terme et la notion politique du libéralisme, il y a, très avant de toutes les propositions qui viennent par la suite, ce respect sacrosaint de l'initiative de l'individu qui seul est capable de prendre les décisions qui permettent ensuite d'apporter satisfaction à la collectivité dont il fait partie.

M. Emmanuel Hamel. Bonne analyse ! Merci, mon cher collègue !

M. Franck Sérusclat. Je suis content d'entendre mon collègue sénateur du Rhône confirmer cette analyse.

Or, que prévoit cet article 2 ? On ne se fiera pas aux individus et, dans un esprit démocratique, qui ouvre la participation des autres à l'organisation des lieux de vie, on ne tolérera pas une participation démocratique pour désigner quelqu'un. Cela, ce serait, dit-on, introduire la politisation.

Il n'y a pas encore très longtemps, les groupes de la droite refusaient la politisation dans les municipalités et, en 1983, on a évoqué ce mot de « politisation » et on a dit que la vie politique commence dans la cellule communale.

Il y a de la politique dans toutes les cellules ; il est des choix fondamentaux qui décident ensuite des comportements des hommes. Ils ne sont pas toujours théologiques car il en est qui ne se réfèrent pas un *theos*, à un dieu, ce mot étant la traduction française d'un mot grec.

Même à cela, on n'y croit pas. On croit au pouvoir centralisé. Parce qu'on est sacralisé ministre, on a le pouvoir de décider de ce qui sera bon à travers les avis des autres. Mais rien ne dit qu'il faut en tenir compte. Il s'agit d'avis non qualifiés. On écoute, on regarde peut-être, mais, en définitive, on décide tout seul.

C'est pourquoi je demande la suppression de cet article car il y a une contradiction fondamentale entre l'esprit - je ne dirai pas « idéologique » car ce terme vous choque alors qu'il permet de dire qu'on a rassemblé des idées dans un discours pour les présenter - il y a une contradiction fondamentale, dis-je, entre les propos de libéraux attachés au libéralisme économique et politique - comportant le laissez-aller, le laissez-passer et l'initiative donnée aux individus - et cette proposition étroitement centralisatrice et bureaucratique, terme dont on nous abreuve parfois, car le ministre ne pourra pas examiner 5 000 ou même 500 propositions, ce seront des bureaux comprenant quinze personnes qui décideront.

Je fais le pari que, grâce aux moyens informatiques, ils pourront avoir tous les dossiers. Il suffit de donner des clés, des cartes pour les réponses et les Q.C.M., les questions à choix multiples, aideront à rédiger les rapports d'activité que l'on pourra lire facilement grâce aux machines.

Ce n'est pas raisonnable. C'est pourquoi nous vous proposons d'être en harmonie avec vos propos et votre attitude, et de supprimer cet article.

M. le président. La parole est à Mme Fraysse-Cazalis, pour défendre l'amendement n° 89.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Cet amendement tend à supprimer l'article 2 qui détermine les modalités d'organisation des services sous la direction du chef de service, ainsi que les conditions de création des départements et des pôles d'activités.

Dans le prolongement de nos propos sur l'article 1^{er}, cet article appelle plusieurs observations.

Tout d'abord, nous estimons que la désignation du chef de service par le ministre pour une durée de cinq ans renouvelable crée toutes les conditions d'une primauté des critères politiques et d'une remise en cause de l'indépendance médicale.

On peut, en effet, s'interroger sur la latitude réelle dont disposera un chef de service pour agir selon sa conviction personnelle lorsque la date de son renouvellement approchera.

M. le rapporteur a souligné ce matin que le projet de loi prévoit l'intervention du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement. C'est vrai. Mais il a oublié de mentionner que ces deux structures n'interviendront qu'à titre consultatif - c'est un détail qui vaut d'être relevé et je m'étonne que M. le rapporteur l'ait oublié - et que leurs avis ne lieront donc pas le ministre dans sa décision de nomination.

Le second problème est celui des modalités retenues pour la création des pôles d'activités. Ce qui, une fois encore, apparaît à la lecture de cet article 2, c'est la toute-puissance du chef de service. En effet, selon votre texte, c'est lui qui décide de créer un pôle d'activités, c'est lui qui délègue les pouvoirs et décide quels pouvoirs il délègue, c'est lui qui choisit le délégataire et, mieux encore, c'est avec l'expiration de son mandat que prend fin la délégation.

A cet égard, je voudrais souligner un point qui me paraît tout à fait révélateur du caractère hypocrite de votre argumentation et de votre démarche. Vous affirmez que l'introduction dans votre projet de loi de la notion de pôle d'activités montre votre souci d'adapter les structures hospitalières aux conditions modernes de l'exercice de la médecine et de la délivrance des soins. Fort bien ! Mais, dans ces conditions, on pouvait s'attendre à ce que soit prévu dans votre projet de loi que les pôles d'activités cesseraient d'exister lorsque leur existence ne m'apparaîtrait plus nécessaire au regard des nécessités du bon fonctionnement des services et de la qualité des soins.

Or, d'après votre texte, ce qui provoquera la fin du pôle d'activités n'a rien à voir avec les besoins du fonctionnement de l'hôpital ou la qualité des soins, ce sera tout simplement la fin du mandat du chef de service !

Comment mieux mettre en évidence notre analyse selon laquelle le système des pôles d'activités, tel que vous le présentez, ne constitue qu'une pâle manœuvre pour désarmer l'aspiration des jeunes médecins à exercer des responsabilités et à faire progresser les conditions d'exercice de la médecine hospitalière ?

Enfin, cet article 2 porte en coup fatal aux espoirs que l'on pouvait nourrir quant à l'organisation en départements, seule forme adéquate à la nécessaire adaptation de l'hôpital dont, pourtant, vous ne cessez de parler.

Le texte de l'article 2 vide de tout son sens la notion de départements puisqu'il soumet la constitution de ceux-ci au bon vouloir des chefs de service. Il leur assigne des objectifs très flous et évacue le principe de l'intervention des personnels médicaux et non médicaux dans les processus de décision.

En réalité, le système retenu constitue un instrument d'intégration de tous les personnels à la gestion de l'austérité, comme en témoigne le fait que la création des départements dépendra d'une adhésion préalable à un règlement intérieur et à un mode de fonctionnement aligné sur les impératifs de la réduction des moyens attribués aux hôpitaux publics et de la montée en charge des établissements privés.

Telles sont les raisons fondamentales pour lesquelles nous demandons la suppression de l'article 2.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements nos 32 et 89 ?

M. Charles Descours, rapporteur. Au sujet de l'amendement n° 32, je répondrai à M. Sérusclat que nous n'avons pas d'idéologie quelle qu'elle soit. Je pense que cela l'ennuie. Dans les explications que Mme le ministre et moi-même avons données sur le projet de loi, nous avons parlé de souplesse, de pragmatisme et de volontariat. Nous n'avons pas de doctrine libérale. C'est vous qui êtes des doctrinaires, ce n'est pas nous. Nous n'avons jamais utilisé le terme « libéral » ; or, dans votre intervention, vous l'avez cité dix fois.

Je vous l'ai dit en commission et je renouvelle le propos en séance publique : ce projet est sérieux et technique. Cessez donc de faire de la doctrine et les choses iront mieux pour les hôpitaux.

Nous sommes évidemment opposés à cet amendement puisque, si cet article 2 était supprimé, c'est le projet de loi lui-même qui le serait ; cet article prévoit, en effet, la création de pôles d'activités et de départements.

Madame Fraysse-Cazalis, jusqu'en 1984, les chefs de service étaient déjà nommés par le ministre ou par le représentant de l'Etat. Si vous pensez réellement que les chefs de service ont été serviles jusqu'en 1984, c'est que vous n'avez jamais vécu dans les hôpitaux.

L'indépendance médicale des médecins, dans leur ensemble, est bien connue et ce n'est pas parce que le ministre nomme les chefs de service que les médecins, quel que soit leur rang - je l'ai constaté dans tous les rangs des médecins hospitaliers - ne prennent pas des dispositions courageuses qui ne vont pas toujours dans la ligne du pouvoir gouvernemental, quel qu'il soit.

J'ajoute - cela honore à la fois le Gouvernement de la République et les médecins - que cela n'a pas empêché ceux-ci de faire carrière. Votre inquiétude est vaine, à moins qu'elle ne soit purement polémique.

S'agissant de la cessation des pôles d'activités, madame Fraysse-Cazalis, vous avez mal lu le texte : ce n'est pas le départ du chef de service qui fait cesser le pôle d'activités, c'est un vote du conseil d'administration ou de la commission médicale d'établissement. Des hommes et des femmes responsables siègent dans l'un et l'autre de ces organismes, qui pourraient, si tels étaient leur souhait et l'intérêt de l'hôpital, demander la suppression de ces pôles.

La commission a donc émis un avis défavorable sur l'amendement n° 89 comme sur l'amendement n° 32.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur Sérusclat, l'article 2 propose un cadre qui permet à chaque établissement de mettre sur pied l'organisation la mieux adaptée à ses besoins et à sa spécificité.

J'insiste sur cette notion de cadre et de renvoi à l'initiative locale, car l'expérience de la loi du 3 janvier 1984, dont on a déjà beaucoup parlé, montre qu'il est indispensable de ne pas figer ni uniformiser les structures, afin de respecter au mieux les particularités de chaque établissement.

Permettez-moi également de manifester quelque surprise en constatant que cet amendement vise à supprimer un article qui donne un fondement juridique à deux structures essentielles pour l'avenir de nos hôpitaux : le département et le pôle d'activités ; j'avais cru comprendre, en effet, que vous étiez favorables à la première d'entre elles.

Le département fait, je crois, l'unanimité dans votre assemblée. Il me paraît souhaitable, après l'échec du département obligatoire, de faire confiance à tous ceux qui assurent le fonctionnement de nos établissements pour mettre en place des départements souples et volontaires, qui correspondent vraiment à cette notion de coopération et de mise en commun des hommes et des moyens dont nous avons tous parlé aujourd'hui. J'ai, pour ma part, pris l'engagement devant votre commission de prévoir des mécanismes d'incitation pour accompagner cette mise en place progressive des départements.

Le pôle d'activités permet à la fois d'éviter une coûteuse et inutile balkanisation des services et de donner de véritables responsabilités aux milliers de jeunes médecins qui sont l'avenir de nos hôpitaux et qui attendent ces responsabilités.

Je m'étonne donc de votre demande de suppression de l'article.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement demande le rejet des amendements nos 32 et 89.

M. le président. Je vais mettre aux voix les amendements identiques nos 32 et 89.

M. Emmanuel Hamel. Je demande la parole, contre les amendements.

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

M. Emmanuel Hamel. Nous sommes d'accord avec l'analyse du Gouvernement. Par conséquent, le groupe du R.P.R. est hostile à la suppression de l'article 2.

M. Henri Collard. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Henri Collard. Si l'article 1^{er} constitue le dispositif essentiel du projet de loi en créant et en organisant les services, l'article 2 est également un article important, puisqu'il concerne la nomination des chefs de service, la création des pôles d'activités, et qu'il définit le nouveau rôle du département, librement et volontairement organisé par les médecins des établissements publics.

Je souhaite dire quelques mots sur cet article et motiver ainsi l'amendement que je présenterai dans quelques instants.

Nous le savons, la majorité des professionnels médicaux, et pas seulement les médecins, sont favorables au retour du service. Pourquoi ? Essentiellement, pour assurer un meilleur fonctionnement. L'efficacité existe en médecine, quoi qu'on en dise, et cette efficacité sera d'autant plus grande que les responsabilités seront moins diluées.

Il va de soi que la responsabilité médicale, celle qui concerne directement la maladie et son traitement, doit être assumée en totalité par le médecin traitant chargé du malade. Mais il y a aussi d'autres responsabilités dans un service ; il s'agit, par exemple, de la responsabilité des actes médicaux prescrits par des infirmières ou d'autres personnes et qui ne sont pas systématiquement dispensés en présence du médecin. Il paraît donc normal qu'il y ait un responsable dans le service et que ce responsable soit le médecin chef de service.

Madame le ministre, vous avez eu raison de proposer la nomination du chef de service pour cinq ans renouvelables. Cette période me paraît suffisante pour bien connaître le service et pour, éventuellement, proposer les évolutions souhaitables.

Personnellement, j'aimerais que ce renouvellement ne soit pas automatique. S'il est normal qu'un chef de service qui a rempli ses fonctions à la satisfaction générale soit reconduit, il me paraît tout aussi normal qu'il fasse lui-même la démonstration de sa bonne activité. Le rapport d'activité me paraît donc essentiel.

Par ailleurs, madame le ministre, il est souhaitable que les jeunes médecins hospitaliers non chefs de service aient plus facilement la possibilité d'obtenir des responsabilités de chef de service. S'il est vrai que plusieurs centaines de postes de médecin hospitalier ne sont pas occupés en France, il y a certainement encore plus de médecins chefs de clinique qui doivent quitter l'hôpital public car ils n'obtiennent pas la place qu'ils souhaiteraient comme assistant au chef de service.

MM. Franck Sérusclat et Guy Penne. Très bien !

M. Henri Collard. Le renouvellement au bout de cinq ans doit donc éviter le mandarinate et donner l'espoir aux plus jeunes d'obtenir un jour une responsabilité de chef de service.

M. Guy Penne. Assurément !

M. Henri Collard. Les modalités de nomination - c'est à ce sujet que j'ai déposé un amendement - me paraissent tout à fait logiques en ce qui concerne les médecins chefs de service nommés par le ministre après avis du conseil d'administration et de la C.M.E.

Je souhaiterais seulement que les médecins psychiatres, dont la spécialité comporte de très nombreuses spécificités par rapport aux autres, ne serait-ce qu'en raison de l'exis-

tence de la loi de 1838, qui fait que de nombreuses hospitalisations ont encore lieu en milieu psychiatrique, fassent l'objet d'une nomination particulière.

Quant au département, c'est, je crois, en bonne logique que vous l'avez conservé, en laissant au médecin chef de service la liberté de le créer et de l'organiser. Tel grand hôpital aura intérêt à créer des départements correspondant aux différentes branches médicales ou chirurgicales ; tel autre hôpital plus petit ou ne comportant que quelques dizaines de lits de médecine ou de chirurgie n'aura aucun avantage et certainement aucune possibilité de créer des départements, sous peine de balkanisation de l'établissement.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole pour explication de vote, en promettant que, si on ne me provoque pas, je ne demanderai pas à m'exprimer de nouveau.

Mais c'est être provoqué que de s'entendre dire qu'on est doctrinaire au prétexte que l'on parle d'idéologie. Et quand on répète à longueur de séance qu'on est pour le souplesse, pour le pragmatisme, pour la mobilité, ce n'est pas une doctrine ? Il ne faut pas être à ce point inconséquent ! Lorsque vous vous accrochez à des idées et à des principes - souplesse, pragmatisme... - ce ne serait pas une doctrine, tandis que lorsque, moi, je me réfère au respect de l'individu, à la valeur donnée à l'homme, je serais doctrinaire ! Soyons sérieux : vous l'êtes autant que moi, je ne le suis pas plus que vous !

Je veux aussi répondre à l'autre raison avancée par Mme le ministre.

Je veux bien, madame, que les pôles d'activités soient des lieux où des médecins exerceront ; mais, encore une fois, mettons-nous d'accord sur le contenu des délégations et ne me faites pas croire que, lorsqu'il y a délégation, celui qui a délégué n'a plus à s'occuper de rien. Il est et demeure responsable ! Des actes qui ont été commis récemment sous la responsabilité du chef de service ont fait que ledit chef de service a été impliqué.

Une fois pour toutes, acceptons nos différences : un pôle d'activités permet de donner par délégation une responsabilité ; l'unité fonctionnelle donnait la responsabilité, après élection, au médecin compétent. Ce sont des différences fondamentales, n'en parlons plus, nous savons que nous ne sommes pas d'accord. Mais ne nous dites pas qu'avec le mot « département » Mme Barzach recouvre le contenu du département tel que nous l'avions suggéré.

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

Je mets aux voix les amendements identiques nos 32 et 89, repoussés par la commission et par le Gouvernement.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

ARTICLE 20-2 DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

M. le président. Sur le texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, je suis saisi de nombreux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune. Mais, pour la clarté du débat, je les appellerai successivement.

Par amendement n° 33, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer le texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970.

Cet amendement a probablement été défendu lors de la présentation des amendements de suppression globale de l'article, n'est-ce pas, monsieur Sérusclat ?

M. Franck Sérusclat. C'est justement ce que je voulais dire, monsieur le président. Vous l'avez dit plus vite et mieux que moi, par conséquent, je ne le répéterai pas.

M. le président. Sur cet amendement de suppression, j'imagine que l'avis de la commission n'a pas changé.

M. Charles Descours, rapporteur. Non, monsieur le président.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Nous sommes constants !

M. le président. La position du Gouvernement a-t-elle varié ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Non, monsieur le président.

M. le président. Par amendement n° 96, M. Henri Collard propose de rédiger comme suit les trois premières phrases du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Le chef de service est nommé par le ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans renouvelable. La nomination est prononcée après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement sauf en ce qui concerne les chefs de service de psychiatrie, qui sont nommés par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale paritaire. Les conditions de nomination sont fixées par voie réglementaire. »

La parole est à M. Collard.

M. Henri Collard. La psychiatrie présente des aspects très spécifiques par rapport aux autres spécialités médicales. Trois points particuliers sont à relever.

D'abord, l'hospitalisation des malades peut se faire par des procédures très différentes. En effet, soit les malades sont hospitalisés de leur propre chef, comme dans les autres hôpitaux ; soit l'hospitalisation est demandée par la famille : c'est l'hospitalisation « volontaire » - ce mot ne me semble pas très judicieux ; enfin, il y a le placement d'office, prévu par la loi de 1838. Cette loi de 1838 impose, vous le savez, l'accord du responsable de la collectivité - le maire - et celui du préfet. Cela est, bien entendu, tout à fait différent de ce qui se passe dans les autres hôpitaux.

Dans les deux derniers cas - hospitalisation volontaire et placement d'office - il peut y avoir désaccord entre les médecins psychiatres, la collectivité et la famille.

Il semble préférable que le chef de service soit indépendant du conseil d'administration présidé par un élu, je le rappelle, puisque, en général, il existe un C.H.S. par département, qui est toujours présidé par le président du conseil général ou par son délégué.

Le deuxième point sur lequel il y a, me semble-t-il, des différences, concerne la mobilité.

Il faut rappeler qu'il existe un seul centre psychiatrique par département, soit beaucoup moins que de centres hospitaliers, qui sont quelquefois une dizaine par département.

La nomination après avis d'une commission nationale peut favoriser cette mobilité. Des assistants à Paris ou dans les grandes villes accepteront plus facilement un poste de chef de service en province après avis d'une commission nationale ; il serait d'ailleurs possible de faire proposer cette mobilité par le ministre après avis de la commission nationale, du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement.

Enfin, la troisième différence des hôpitaux psychiatriques par rapport aux autres établissements hospitaliers tient au rôle des chefs de service. Les hôpitaux psychiatriques disposent en général de moins d'équipements que les autres hôpitaux et le médecin psychiatre a souvent un rôle à la fois social et médical, alors que le médecin chef n'a en général qu'un rôle médical. Enfin, il existe depuis quelques années, dans les hôpitaux psychiatriques, une sectorisation, c'est-à-dire un service extérieur à l'hôpital, ce qui n'est pas le cas dans les autres hôpitaux.

Toutes ces différences me paraissent constituer autant de raisons qui militent pour la nomination des chefs de service des hôpitaux psychiatriques selon les modalités contenues dans le projet de loi résultant des travaux de l'Assemblée nationale.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, je dois tout d'abord dire que M. Collard avait déposé un autre amendement, qui allait en sens inverse de ce qu'il demande maintenant. Mais il a retiré ce texte.

Je résumerai la situation concernant les chefs de service de psychiatrie. Actuellement, ceux-ci sont nommés par une commission nationale de psychiatrie, sans l'avis des collectivités locales. Ce système résulte de l'adoption d'un amendement par l'Assemblée nationale, car la rédaction initiale du Gouvernement ne prévoyait pas cette modalité.

Le texte qui nous est soumis comporte cette notion et doit donc, *a priori*, vous convenir.

Mais il est vrai que la commission a déposé deux amendements n°s 5 et 6 que je défendrai dans un instant. En effet, s'agissant du problème de la nomination des chefs de service de psychiatrie, il faut d'abord savoir que les psychiatres sont divisés quasiment à égalité : la moitié d'entre eux nous demandent la suppression de la nomination actuelle et l'autre moitié, son maintien.

Par ailleurs, tous les psychiatres ne ressortissent pas à cette procédure de nomination : ainsi, les psychiatres chefs de service dans les établissements hospitalo-universitaires relèvent de la nomination générale que nous définissons dans le texte précédent. Les chefs de service de psychiatrie seraient donc déjà nommés de deux façons différentes.

Sur le fond de votre argumentation, mon cher collègue, vous nous dites très clairement qu'il importe que le médecin psychiatre, en référence à la loi de 1838, soit indépendant de l'autorité des élus locaux. J'espère que vous ne voulez pas insinuer que les élus locaux demandent des internements abusifs (*Sourires.*), car nous serions alors tous contre une telle interprétation de la loi de 1838.

Par ailleurs, au moment où, comme aujourd'hui, nous parlons de décentralisation, il me paraît excessif de vouloir nommer un chef de service dans un hôpital sans avoir recueilli l'avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration. La commission a tenu compte des désirs des uns et des autres - totalement opposés d'ailleurs - dans la rédaction de l'amendement n° 5, qui permettra de tenir compte à la fois de vos préoccupations et de celles de l'ensemble des psychiatres.

La commission n'ayant pas été saisie de l'amendement n° 96 lorsqu'elle a examiné le projet de loi, elle n'a pas pu émettre d'avis sur ce texte. Néanmoins, pour la logique du système, je donnerai, à titre personnel, un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La commission est donc défavorable à cet amendement.

M. Charles Descours, rapporteur. Le rapporteur, en tout cas, puisque la commission n'en a pas délibéré.

M. le président. Le rapporteur croit traduire le sentiment de la commission en donnant un avis défavorable.

M. Franck Sérusclat. La majorité de la commission !

M. le président. Oui, il s'agit toujours de la majorité, car il est rare que nous puissions être unanimes.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 96 ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement étant favorable aux amendements n°s 5 et 6, proposés par la commission et qui concernent le même alinéa, il demande à M. Collard de bien vouloir retirer son amendement.

M. le président. Monsieur Collard, l'amendement n° 96 est-il maintenu ?

M. Henri Collard. Je souhaiterais formuler une observation après avoir donné néanmoins une explication : un amendement - M. le rapporteur a raison - a été déposé en mon nom, mais je n'en étais pas l'auteur. J'ai donc demandé son retrait.

M. le président. J'entends des choses horribles ! (*Sourires.*)

M. Charles Descours, rapporteur. Le *Journal officiel* les a enregistrées !

M. Henri Collard. Par ailleurs, j'aurais souhaité entendre exposer l'amendement n° 5 rectifié avant de prendre ma décision.

M. le président. Monsieur Collard, vous réservez donc votre réponse jusqu'après l'examen de l'amendement n° 5 rectifié. Mais lorsque je consulterai le Sénat, je serai obligé de mettre d'abord aux voix votre texte. Alors se reposera le problème, car vous ne connaîtrez pas le sort de l'amendement n° 5 rectifié.

M. Henri Collard. J'aurai tout au moins entendu l'exposé des motifs de ce texte !

M. le président. Les deux amendements suivants sont présentés par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti et les membres du groupe socialiste et apparentés.

Le premier, n° 35, a pour objet de remplacer la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 par les phrases suivantes :

« Le praticien hospitalier responsable de service est en exercice pour une durée d'un an. Cette durée ne peut être renouvelée plus de dix fois. »

Le second, n° 36, tend, au début de la première phrase de ce même alinéa, à substituer aux mots : « Le chef de service » les mots : « Le praticien hospitalier responsable de service ».

La parole est à M. Penne, pour défendre l'amendement n° 35.

M. Guy Penne. Compte tenu du sort réservé à nos amendements à l'article 1^{er}, je puis d'ores et déjà vous annoncer le retrait de l'amendement n° 36, ce qui m'amène à rectifier l'amendement n° 35 qui sera ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, substituer aux mots : " pour une durée de cinq ans renouvelable ", les mots : " pour une durée d'un an. Cette durée ne peut être renouvelée plus de dix fois " ».

M. le président. L'amendement n° 36 est retiré.

Par ailleurs, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Bœuf, Penne, Benedetti et les membres du groupe socialiste et apparentés modifient leur amendement n° 35, qui prend le n° 35 rectifié et qui tend, dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, à substituer aux mots : « pour une durée de cinq ans renouvelable », les mots : « pour une durée d'un an. Cette durée ne peut être renouvelée plus de dix fois ».

Veuillez poursuivre, monsieur Penne.

M. Guy Penne. S'agissant de l'amendement n° 35, Mme le ministre nous a expliqué, en se tournant vers les travées de l'opposition, qu'elle n'était pas favorable au renouvellement à vie et que des modalités devaient certes être prévues. Puis, se tournant immédiatement de l'autre côté de l'hémicycle, elle a déclaré qu'il s'agissait d'une formalité. Je constate donc que Mme le ministre est très ennuyée !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Non, offusquée !

M. Guy Penne. Puisque l'on parle ici de souplesse, il faut en faire preuve ! Madame le ministre, je vais vous tirer d'embaras : il faudrait que vous acceptiez une durée de service d'un an et que vous limitiez à dix fois les possibilités de renouvellement de ces chefs de service. Cela nous permettrait de calquer notre système sur ceux des Etats-Unis et du Canada, qui sont souvent cités en exemple. On a souvent entendu dire - je l'ai d'ailleurs constaté par moi-même - que tant les chefs de service que les professeurs des universités les plus prestigieuses des Etats-Unis étaient remis chaque année en cause. Voilà un bon exemple.

En outre, on érige en exemple les chefs d'entreprises ; on dit qu'il faut mener un hôpital comme une entreprise privée. A cet égard, il n'y a pas d'exemple de dirigeant d'entreprise qui resterait cinq années sans rendre de comptes. Il semble donc que le mandat du chef de service soit trop long.

Au reste, dans quelques instants, nous discuterons de la limite d'âge de soixante-cinq ans ou de soixante-huit ans. Voilà qui vous tirerait encore d'affaire ! Ce serait beaucoup moins navrant et beaucoup moins pénalisant pour un chef de service non reconduit dans ses fonctions de pouvoir éventuellement reprendre sa place antérieure au sein du service.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, j'ai entendu tout à l'heure M. Sérusclat dire que le renouvellement des chefs de service tous les cinq ans traduisait un fonctionnement bureaucratique qui serait difficile à traiter au niveau des services. Si ce renouvellement intervenait tous les ans, ce serait cinq fois pire !

Je dirai, plus malicieusement, que lorsque l'on est contre un projet, on peut tenter de le ridiculiser : c'est ce que vous essayez de faire d'une façon quelque peu insidieuse.

Enfin, si nous étions vraiment méchants - mais ce n'est pas le cas - et si cet amendement n° 35 rectifié devait être réellement appliqué, il nous suffirait de dire aux chefs de service que vous en êtes les auteurs pour que vous nous proposiez rapidement une correction !

La commission émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 35 rectifié.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur Penne, permettez-moi de vous dire que je suis non pas ennuyée, mais offusquée que vous sous-entendiez que je puisse avoir deux langages devant votre assemblée !

Comme je pense que vous n'avez pas bien saisi mon propos, je vais vous le répéter autant de fois que nécessaire afin que vous compreniez.

M. Emmanuel Hamel. Il faut de la patience !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Nous avons effectivement proposé un mandat de cinq ans, parce que nous estimons que c'est une bonne durée, qui assure la continuité nécessaire de l'action médicale.

Par ailleurs, nous ne voulons pas de la nomination à vie : je ne tiens pas deux langages et je n'ai pas besoin de me tourner d'un côté ou de l'autre de l'hémicycle pour l'affirmer.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Très bien !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Telle est la raison de l'instauration de la nomination pour cinq ans, qui est renouvelable. Nous n'avons pas l'intention, en effet, de remettre tous les cinq ans l'ensemble du boulier à zéro et de faire en sorte que tous les chefs de service s'en aillent au bout de cette durée. Vous avez certainement compris mon propos et j'espère donc que vous retirerez de votre esprit l'idée que je puisse tenir deux langages.

Telles sont les raisons pour lesquelles le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 35 rectifié.

M. le président. Par amendement n° 18 rectifié, MM. Taittinger, Delaneau et Balarello proposent, dans la première phrase du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, de remplacer la durée : « cinq ans » par la durée : « sept ans ».

La parole est à M. Taittinger.

M. Pierre-Christian Taittinger. Monsieur le président, pour faire gagner du temps au Sénat et avec votre bienveillante autorisation, je défendrai également l'amendement n° 19 rectifié. En effet, comme je vais le retirer, il ne sera ainsi pas nécessaire que j'intervienne à ce stade du débat.

M. le président. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 19 rectifié, présenté par MM. Taittinger, Delaneau et Balarello et qui tend à rédiger comme suit le dernier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Les professeurs de classe exceptionnelle et de première classe, chefs de service, âgés de soixante-cinq ans peuvent soumettre une demande de prolongation de leurs fonctions au comité médical d'établissement et à la section compétente du comité national des universités qui statueront. Si l'avis de ces instances est favorable, leurs fonctions de chefs de service sont reconduites jusqu'à l'âge de la retraite. »

La parole est à M. Taittinger.

M. Pierre-Christian Taittinger. Je souhaite, par ces deux amendements, attirer l'attention du Gouvernement sur la durée exacte du mandat assigné à celui qui aura la responsabilité de l'équipe médicale.

J'ai été sensible à vos arguments, madame le ministre, et je voudrais que vous songiez quelques instants aux arguments contraires, afin que votre démarche ne soit pas trop empreinte de rigidité et puisse tenir compte des nécessités, des problèmes qui se présentent et du fait que nous avons parfois besoin de garder quelqu'un qui s'est imposé. Je prendrai un exemple américain, pour ne gêner personne : on vient de voir revenir dans une grande équipe américaine travaillant sur un sujet porteur d'espoir un médecin ayant passé l'âge de la retraite depuis de très nombreuses années et ayant antérieurement été chargé de responsabilités considérables.

Je voudrais donc que votre démarche soit souple et pragmatique, sans qu'un carcan administratif la décide. Nous aurons peut-être à résoudre des problèmes avec cet état d'esprit.

Je souhaiterais une réponse de Mme le ministre sur ce point, mais je vous indique néanmoins d'ores et déjà, monsieur le président, que je retirerai mes deux amendements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 18 rectifié et 19 rectifié ?

M. Charles Descours, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 18 rectifié, je dirai d'abord très amicalement à M. le président Taittinger qu'un homme illustre de sa mouvance politique a récemment proposé qu'un mandat de sept ans soit ramené à cinq ans. (*Sourires.*)

Sans m'engager sur ce débat tout à fait intéressant, je dirai qu'il me paraît effectivement nécessaire que les chefs de service, qui sont indispensables à la bonne marche des hôpitaux, puissent rester au-delà d'une période de cinq ans.

Au cours de la discussion générale, Mme le ministre et moi-même avons bien dit que les mandats étaient renouvelables, que, dans la majorité des cas, la rotation au bout de cinq ans ne serait pas systématique, et qu'un chef de service pourrait effectuer plusieurs mandats à la suite.

Par conséquent, le mandat de cinq ans me paraît constituer une durée moyenne tout à fait satisfaisante d'autant qu'il est renouvelable. La commission est donc défavorable aux amendements n°s 18 rectifié et 19 rectifié.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le sénateur, le mandat de cinq ans, qui est régulièrement évoqué dans d'autres domaines, représente une durée tout à fait adaptée, d'autant qu'il est renouvelable. Par conséquent, son terme ne viendra pas interrompre une activité ou le traitement d'un dossier.

Par ailleurs, cette durée de cinq ans a été jugée parfaitement adaptée par la très grande majorité du conseil supérieur des hôpitaux où siègent tous les représentants du monde hospitalier. C'est la raison pour laquelle je souhaiterais que vous retiriez vos amendements.

J'en arrive à l'autre facette du problème que vous évoquez, à savoir la limite d'âge de l'activité des praticiens hospitaliers. Concernant les praticiens hospitaliers non universitaires, les textes statutaires prévoient, de longue date, un départ à la retraite à l'âge de soixante-cinq ans. Le présent texte ne change donc rien à leur situation.

Quant aux praticiens hospitaliers, professeurs de classe exceptionnelle et de première classe, la loi du 23 décembre 1986 a prévu qu'ils pourraient être prolongés, sur leur demande, jusqu'à soixante-huit ans. Etant donné leurs fonctions hospitalo-universitaires, ces professeurs conserveront leurs grades de praticiens hospitaliers et continueront donc d'assurer des fonctions hospitalières jusqu'à soixante-huit ans également.

Ils ne seront plus chefs de service, mais ils pourront rester dans leur service et poursuivre un travail qu'ils ont commencé et auquel ils se sont particulièrement intéressés.

En conclusion, ils cesseront à la fin de l'année universitaire - où ils atteindront soixante-cinq ans - d'exercer des fonctions de chef de service, ce qui autorise la dissociation du grade et de la fonction. Ils pourront rester dans le service, mais ne seront plus chefs de service. Une mesure similaire existe déjà à la Cour des comptes et au Conseil d'Etat, également concernés par la loi du 23 décembre 1986. Ainsi, les membres de ces hautes assemblées peuvent demeurer conseillers d'Etat ou conseillers maîtres jusqu'à soixante-huit ans, mais cessent à soixante-cinq ans d'assumer leurs fonctions de président de chambre ou de président de section.

M. le président. Monsieur Taittinger, maintenez-vous vos amendements ?

M. Pierre-Christian Taittinger. Je les retire, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n°s 18 rectifié et 19 rectifié sont retirés.

Par amendement n° 37, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de compléter la première phrase du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 par les mots « une fois ».

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. J'ai très bien entendu, madame le ministre, ce que vous avez dit. Vous avez même beaucoup insisté. J'ai presque eu l'impression d'avoir une leçon particulière ! (*Sourires.*) J'en suis très honoré.

Si vous ne voulez pas limiter le nombre de renouvellement et puisqu'il sera quasiment impossible, malgré toute votre bonne volonté et votre désir, de ne pas renouveler, ne pourrait-on préciser « renouvelable une fois » ?

Cela ferait dix ans, c'est beaucoup ! Monsieur le rapporteur, ma proposition de renouveler chaque année les chefs de service les ennuerait, m'avez-vous dit. Pensez aux jeunes praticiens, aux jeunes cadres qui ne sont pas chefs de service ! Vous le savez aussi bien que moi, ils sont nombreux et ils trouvent le temps très long. Dix ans, c'est long aussi.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur Penne, personne n'oublie les jeunes praticiens, moi moins que quiconque.

M. Guy Penne. Je ne l'ai pas mis en doute !

M. Charles Descours, rapporteur. Longtemps, j'ai été le représentant des praticiens non titulaires des hôpitaux quand j'étais interne ou chef de clinique. J'ai insisté pour que le pôle d'activités ait une réelle existence et que la nomination ne soit pas simplement une formalité. C'est effectivement important pour éviter de désespérer ces jeunes praticiens.

Un vrai problème se pose : la multiplication des praticiens à temps plein monoappartenants fait subrepticement changer la réalité des centres hospitalo-universitaires par leur propre multiplication. C'est un autre débat qui justifierait d'autres textes.

Pour en revenir au projet de loi, il ne serait pas bon - je répons là à l'inquiétude de M. le président Taittinger - que par une mesure rigide, on ne les renouvelle qu'une fois. Il est possible, compte tenu du *curriculum* hospitalier - on n'arrive pas chef de service très tôt - qu'un grand nombre de chefs de service n'aient qu'un renouvellement. Mais s'il s'agit de chefs de service particulièrement dynamiques - comme c'est la majorité des cas - qui animent des équipes avec des programmes de soins, d'enseignement et de recherche particulièrement performants, il serait dommage de priver l'équipe d'un bon entraîneur !

La commission est défavorable à cet amendement qui nous semble, encore une fois, beaucoup trop rigide et uniforme.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. A l'appui des propos de M. le rapporteur, permettez-moi de dire que, dans la rédaction de cette loi, une de mes préoccupations majeures a été de tenir compte de l'existence des jeunes médecins. On ne peut pas leur imposer une vie sans espoir, les mettre dans une impasse ni leur donner des désillusions !

Il me semble donc très important d'aborder le problème de cette façon-là. Nous n'avons pas assez insisté aujourd'hui sur l'importance des hôpitaux généraux et sur le fait qu'ils sont en danger. Nous avons besoin de motiver les médecins afin que ces hôpitaux généraux puissent fonctionner normalement et ne pas mourir. Tel est l'état d'esprit qui a sous-tendu ce texte, je voulais le redire ce soir.

Le texte du Gouvernement a pour objet non pas de systématiser ou d'interdire le renouvellement des chefs de service, mais de permettre qu'à tout moment les fonctions de chef de service soient assurées par ceux qui en sont le plus capables. Une telle volonté ne s'accommode d'aucune disposition à caractère automatique, qu'il s'agisse d'empêcher le renouvellement ou de le rendre systématique. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement demande le rejet de l'amendement n° 37.

M. le président. A cette heure, 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 cinquante-cinq, est reprise à vingt-deux heures cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

9

CANDIDATURES A UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. M. le président du Sénat a reçu une lettre par laquelle M. le ministre chargé des relations avec le Parlement demande au Sénat de bien vouloir procéder à la nomination d'un de ses membres en vue de le représenter au sein du conseil d'administration de la société télédiffusion de France, en application de l'article 51 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986, relative à la liberté de communication.

En application de l'article 9 du règlement, j'invite la commission des affaires culturelles à présenter une candidature.

La nomination du représentant du Sénat à cet organisme extraparlémenaire aura lieu ultérieurement.

10

ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION ET ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Suite de la discussion et adoption d'un projet de loi déclaré d'urgence

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Article 2 (*suite*)

ARTICLE 20-2 DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970 (*suite*)

M. le président. Nous poursuivons l'examen des amendements portant sur le texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 et qui font l'objet d'une discussion commune.

Par amendement n° 83 rectifié, MM. Huriet, Arzel et Lacour proposent de rédiger comme suit la deuxième phrase du premier alinéa du texte présenté pour cet article : « La nomination est prononcée après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement et, pour les hôpitaux universitaires, après avis du conseil de faculté. »

La parole est à M. Lacour.

M. Pierre Lacour. Par cet amendement, qui tient plus particulièrement à cœur à notre excellent collègue Claude Huriet, orfèvre en la matière, nous demandons que le conseil de faculté soit consulté pour la nomination des chefs de service dans les hôpitaux universitaires.

En effet, compte tenu des spécificités des hôpitaux universitaires en matière d'enseignement, il nous est apparu nécessaire que l'expérience et les conséquences pédagogiques soient reconnues par les instances universitaires, dont l'avis doit donc être recueilli avant toute nomination.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, comme je l'ai expliqué à M. Huriet en commission, il y a aujourd'hui dissociation du grade et de la fonction ; en réalité, quand un praticien hospitalier devient chef de service, il change de fonction mais pas de grade.

Lorsque le praticien a été nommé professeur des universités, praticien hospitalier, à ce moment-là le conseil d'U.E.R. s'est prononcé. Mais, lorsqu'il devient chef de service, il reste professeur d'université comme il l'était lors de sa nomination. Il nous a donc semblé quelque peu inutile que le conseil d'U.E.R. ou d'U.E.F.R. donne de nouveau son avis.

J'attire également l'attention de M. Huriet sur le fait que quand le conseil de faculté a voté pour la nomination d'un collègue au grade de professeur des universités, il avait quand même en tête que ce collègue pourrait devenir chef de service !

Cela étant, dans la mesure où nous comprenons l'inquiétude dont M. Huriet nous a fait part, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, depuis 1984, il existe pour les médecins hospitaliers, qu'ils soient ou non hospitalo-universitaires, une dissociation entre le grade et la fonction. Je me suis très clairement expliquée tout à l'heure sur le fait que cette dissociation demeure. Elle n'est en aucune façon remise en cause par le présent projet de loi.

Les hospitalo-universitaires sont donc nommés professeurs praticiens hospitaliers par décret conjoint du ministre des universités et du ministre de la santé. Dans ce cas, il y a bien consultation à la fois de la commission médicale d'établissement et du conseil de faculté.

Mais la procédure prévue à l'article 2 de la présente loi porte, elle, sur les fonctions de chef de service, qui sont aujourd'hui distinctes du grade de praticien hospitalier. Il s'agit de fonctions strictement hospitalières et il est donc normal de limiter les avis requis au conseil d'administration et à la commission médicale d'établissement.

Compte tenu de ces explications, le Gouvernement demande à M. Lacour de bien vouloir retirer l'amendement.

M. le président. L'amendement est-il maintenu, monsieur Lacour ?

M. Pierre Lacour. Etant donné les explications et les assurances que Mme le ministre vient de nous donner, je le retire, monsieur le président.

M le président. L'amendement n° 83 rectifié est retiré.

Je suis maintenant saisi de trois amendements.

Le premier, n° 5, présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, est libellé comme suit :

« I. - A la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé par l'article 2 pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, supprimer les mots : « , sauf en ce qui concerne les chefs de service de psychiatrie ».

« II. - Dans la troisième phrase du premier alinéa de ce même texte, remplacer les mots : « dont certaines sont spécifiques à la psychiatrie », par les mots : « dont certaines peuvent être spécifiques à la psychiatrie, » »

Le deuxième, n° 38 rectifié, déposé par MM Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste, apparentés et M. Baylet est identique à la première partie de l'amendement n° 5.

Il tend également, à la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, à supprimer les mots : « , sauf en ce qui concerne les chefs de service de psychiatrie ».

Le troisième, n° 34 rectifié *bis*, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés a pour objet, à la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, de remplacer les mots : « chefs de service de psychiatrie. », par les mots : « praticiens hospitaliers responsables de service. ».

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre la première partie « I » de l'amendement n° 5.

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, cet amendement porte sur la nomination des chefs de service de psychiatrie. M'étant déjà exprimé sur ce sujet tout à l'heure, je serai relativement bref.

Historiquement, les chefs de service de psychiatrie ont toujours été nommés par le ministre de la santé, après avis d'une commission nationale statutaire, mais en dehors de tout avis local, et ce pour deux raisons principales.

D'une part, la pratique hospitalière, notamment les internements d'office liés à la loi de 1838 et, d'autre part, leur activité extra-hospitalière auprès de malades souvent mal intégrés dans la population justifient qu'ils soient totalement indépendants du pouvoir politique.

Par ailleurs, cette possibilité accroissait la mobilité, et il est bien évident que cette mobilité que nous recherchons pour leurs collègues non psychiatres doit être maintenue.

Telles étaient les raisons qui avaient conduit l'Assemblée nationale à adopter la rédaction qui nous est aujourd'hui soumise.

Cependant, le problème posé par cet amendement - je l'ai dit tout à l'heure à M. Collard - est le suivant : certains chefs de service de psychiatrie, dans des hôpitaux universi-

taires, seront nommés selon la règle commune que nous sommes en train de définir et seront aussi chefs de service en psychiatrie, alors que, par ailleurs, les secteurs psychiatriques hospitaliers relèvent de la tutelle des établissements hospitaliers.

Enfin, à l'ère de la décentralisation, l'abandon de toute référence à la commission médicale d'établissement ou au conseil d'administration semble préjudiciable.

C'est la raison pour laquelle nous avons rédigé un amendement qui tient compte à la fois des désirs des uns et des autres, puisque les psychiatres sont divisés sur ce point, de leur nécessaire indépendance vis-à-vis du pouvoir politique local et de l'avis, tout de même, des instances locales avant la nomination par la commission statutaire nationale et le ministre de la santé.

M. le président. La parole est à Benedetti pour défendre l'amendement n° 38 rectifié.

M. Georges Benedetti. Cet amendement est identique à la première partie de l'amendement n° 5 de la commission. Nous partageons par conséquent l'avis de M. le rapporteur. En effet, il n'existe plus aucune raison valable pour que la psychiatrie soit considérée comme particulière par rapport aux disciplines médicales depuis que la loi sur la sectorisation du 31 décembre 1985 rattache toutes les structures, qui auparavant étaient dévolues à l'action sanitaire et sociale, à la tutelle des établissements hospitaliers.

Les psychiatres des hôpitaux nommés par le ministre sont devenus dans leur pratique indépendants des autorités locales et rejoignent par là l'ensemble des médecins des autres disciplines.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur la première partie de l'amendement n° 5 et sur l'amendement n° 38 rectifié ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée.

M. le président. L'amendement n° 34 rectifié *bis* n'a plus d'objet puisque le Sénat a déjà statué sur ce point.

La parole est à M. le rapporteur pour défendre la seconde partie de l'amendement n° 5.

M. Charles Descours, rapporteur. Par cette seconde partie de l'amendement n° 5, il s'agit de compléter le dispositif et de préciser que, pour les médecins psychiatres, le décret peut prévoir des dispositions particulières mais qu'en pratique il faudra maintenir le principe d'une nomination par le ministre chargé de la santé après avis de la commission statutaire nationale, cette dernière ayant recueilli auparavant les avis du conseil d'administration et de la commission médicale de l'établissement concerné.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Par amendement n° 40 rectifié, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Bœuf, Penne, Sérusclat, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de remplacer la dernière phrase du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, par les phrases suivantes :

« Le praticien hospitalier responsable de service établit un rapport d'activité rendant compte de son mandat. Le rapport est déposé six mois avant la fin du mandat. Sur la demande de l'intéressé, le ministre chargé de la santé prononce le renouvellement ou le non-renouvellement. Sa décision est notifiée à l'intéressé avant la fin de son mandat. »

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Il est indispensable, à notre avis, qu'un rapport d'activité établi par le responsable du service rende compte de l'ensemble du mandat.

En effet, il ne paraît pas justifié de limiter l'établissement de ce rapport au seul cas où le responsable du service demande le renouvellement de ses fonctions.

Nous assimilons cela à une forme de quitus : sans cette « menace », cette nécessité de s'expliquer, il pourrait y avoir une certaine tendance au laxisme.

Par ailleurs, le fait d'obtenir une approbation à la suite d'un mandat bien accompli présente un intérêt.

A défaut de cette obligation, un chef de service pourrait s'abstenir de présenter un rapport, puis, au bout de deux ou trois ans, solliciter à nouveau une chefferie de service ; on ne pourrait pas lui imputer de mauvais résultats sur un mauvais rapport, puisqu'il n'en aurait pas fourni.

M. le président. Monsieur Penne, rectifiez-vous, comme précédemment, votre amendement pour remplacer les mots : « Le praticien hospitalier responsable de service », par les mots : « Le chef de service » ?

M. Guy Penne. Monsieur le président, je viens de défendre l'amendement n° 39.

M. le président. Pour l'instant, je ne l'ai pas appelé puisque l'amendement n° 40 rectifié vient avant.

M. Guy Penne. Dans la liste que nous possédons, après l'amendement n° 5, deuxième partie, vient l'amendement n° 39.

M. le président. Monsieur Penne, c'est moi qui dirige les débats.

J'ai appelé en premier l'amendement n° 40 rectifié parce que c'est celui qui s'éloigne le plus du texte d'origine.

L'amendement n° 39, quant à lui, a seulement pour objet de rédiger la dernière phrase du premier alinéa de ce même texte, Je ne fais qu'appliquer le règlement.

Monsieur Penne, je vous pose à nouveau la question de savoir si vous rectifiez *bis* votre amendement n° 40 rectifié ?

M. Guy Penne. Absolument !

M. le président. Les deux phrases proposées par l'amendement n° 40 rectifié *bis* pour remplacer la dernière phrase du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 commencent donc par les mots : « Le chef de service établit un rapport... » le reste de l'amendement étant inchangé.

La parole est à M. Penne, pour défendre l'amendement n° 40 rectifié *bis*.

M. Guy Penne. L'argumentation que j'ai précédemment développée vaut également pour cet amendement.

M. le président. Par amendement n° 39, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de rédiger comme suit la dernière phrase du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Le praticien hospitalier responsable de service établit un rapport d'activité rendant compte de l'ensemble de son mandat à la fin de celui-ci. »

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Je comprends mal l'ordre d'appel de ces deux amendements. En effet, le dérouleur n'a peut-être pas de valeur, mais il mentionne d'abord l'amendement n° 39. Il était donc logique pour nous qu'il vienne en premier.

M. le président. L'amendement n° 40 venait effectivement après l'amendement n° 39. Mais vous avez rectifié l'amendement n° 40 et, son objet étant modifié, j'ai dû l'appeler d'abord.

M. Franck Sérusclat. L'amendement n° 40 nous paraissait devoir être discuté avec l'amendement n° 6.

L'amendement n° 39 traite du cas où un chef de service n'envisage pas son renouvellement. Nous souhaitons, que celui-ci envisage ou non son renouvellement, que le chef de service soit obligé d'établir un rapport d'activité.

Cela paraît normal, mais imaginez - je sais bien que c'est une hypothèse d'école - un chef de service sachant qu'à l'échéance des cinq ans il ne demandera pas son renouvellement : dans ce cas, il ne rédigera pas de rapport d'activité et pourrait donc laisser « courir » un peu les activités du service. En revanche, s'il a l'obligation d'établir un rapport d'activité, il n'aura pas ce comportement. En outre, celui qui lui succédera aura connaissance du rapport d'activité, donc de ce qui s'est passé pendant les cinq ans précédents. Voici la raison de l'amendement n° 39.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 40 rectifié *bis* et 39 ?

M. Charles Descours, rapporteur. Seul l'amendement n° 39 a été discuté en commission ; par conséquent, je ne peux m'exprimer sur l'amendement n° 40 rectifié *bis*. Cependant, l'amendement n° 39 a sensiblement le même objet et l'avis de la commission y a été défavorable.

Toutefois, j'ai écouté avec beaucoup d'attention M. Sérusclat sur le rapport d'activité pour les praticiens qui ne demanderaient pas le renouvellement, et je comprends l'intérêt d'avoir ce rapport. Je ne puis aller au-delà, puisque je ne peux engager la commission. Cependant, monsieur Sérusclat, vous avez indiqué dans cet amendement le « praticien hospitalier responsable de service » ce qui suffit pour que l'avis de la commission soit défavorable.

M. Franck Sérusclat. Je suis prêt à le rectifier.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement est défavorable aux amendements n°s 40 rectifié *bis* et 39.

M. le président. Par amendement n° 6, M. Charles Descours, au nom de la commission, propose de remplacer la dernière phrase du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 par les phrases suivantes :

« Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé dans les mêmes formes que la nomination. Il est subordonné au dépôt, six mois avant l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé, accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat. Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé trois mois avant le terme de son mandat. A défaut de cette notification dans le délai précité le renouvellement est réputé acquis. »

Cet amendement est assorti d'un sous-amendement n° 98, présenté par le Gouvernement et tendant, dans la troisième phrase du texte proposé par ledit amendement, à supprimer les mots : « trois mois ».

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 6.

M. Charles Descours, rapporteur. Cet amendement nous semble particulièrement important, ce qui ne signifie pas que les précédents ne l'étaient pas. Il vise la procédure applicable au renouvellement des chefs de service. C'est donc, comme vous l'avez entendu depuis le début de cette journée, une procédure qui a déjà donné lieu à nombre d'échanges de point de vue.

La rédaction proposée par l'Assemblée nationale nous a paru complexe et source de multiples confusions. En particulier, elle fait état d'une procédure de non-renouvellement sans donner aucune précision ni sur les initiateurs de cette procédure ni sur son contenu ni sur son déroulement.

Le présent amendement s'appuie sur les cinq règles essentielles à respecter en ce qui concerne le renouvellement d'un chef de service que j'ai rappelées dans mon rapport ce matin : le renouvellement doit être demandé, il n'y a donc pas de renouvellement automatique ; la demande est accompagnée par un rapport ; le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement se prononcent sur cette demande de renouvellement ; le renouvellement est prononcé par le ministre ; en conséquence, le renouvellement d'un chef de service ne saurait être quasi-automatique. A l'inverse, il ne faudrait pas que le chef de service soit, à l'occasion de son renouvellement, laissé trop longtemps dans l'incertitude quant à son avenir. Il convient, en quelque sorte, de le protéger contre les lenteurs de l'administration.

Cet amendement précise également que la demande de renouvellement sera faite par le chef de service six mois avant l'expiration de son mandat et que si, avant le terme de son mandat, son renouvellement ne lui a pas été notifié, ce dernier sera réputé acquis et sera conforté par un arrêté ministériel, puisqu'il est dit que le renouvellement est prononcé par le ministre.

Nous sommes conscients du fait qu'en réalité nous demandons que le renouvellement du chef de service intervienne entre trois et six mois. Or, compte tenu des avis nécessaires de la commission médicale d'établissement, du conseil d'administration et du ministre, nous courons incontestablement le risque que, durant cette brève période, toutes les instances concernées n'aient pas le temps de se prononcer.

Cependant, il nous est apparu que nous pouvions difficilement laisser un chef de service dans l'incertitude jusqu'à la veille du jour fatidique ; au jour J, il serait chef de service et au jour J + un, il apprendrait qu'il ne l'est plus, sans disposer de quelques semaines pour se « retourner ». C'est donc pour défendre cette période de transition que nous avons déposé cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme le ministre, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 6 et défendre son sous-amendement n° 98.

Mme Michèle Barzarch, ministre délégué. Monsieur le président, mesdames et messieurs les sénateurs, le Gouvernement est favorable à l'adoption de cet amendement, qui clarifie la rédaction du texte tout en respectant les principes qui figuraient dans le projet initial du Gouvernement.

Toutefois, le Gouvernement demande que cet amendement soit sous-amendé par la suppression des termes « trois mois », la rédaction devenant alors : « le non-renouvellement est notifié à l'intéressé avant le terme de son mandat ».

Le sous-amendement n'a en aucune façon pour objet de favoriser l'inertie de l'administration. Il tend uniquement à tenir compte du rythme de réunion des commissions médicales d'établissement et des conseils d'administration.

En effet, l'amendement proposé par la commission réduit à trois mois le délai entre le dépôt de la demande de renouvellement et la décision du ministre. Or, il faut savoir que le conseil d'administration de l'Assistance publique de Paris ne se réunit que quatre fois par an. En outre, dans la plupart des établissements hospitaliers, cette fréquence des réunions du conseil d'administration ne dépasse pas cinq ou six par an.

Par ailleurs, même si, dans les grands établissements, les réunions du conseil sont préparées par des commissions *ad hoc*, seul le conseil d'administration peut émettre l'avis prévu par la loi.

On risquerait donc d'assister à ce paradoxe de voir un chef de service, candidat au renouvellement de son mandat, renommé d'office avant même que le conseil d'administration ne se soit réuni pour donner son avis sur cette demande de renouvellement.

Il en va de même en ce qui concerne les commissions médicales d'établissement. Les réunions du conseil d'administration ne pouvant être multipliées, le sous-amendement du Gouvernement a pour objet de porter à six mois, au lieu de trois mois, le délai maximal entre le dépôt de la demande de renouvellement et la décision du ministre.

Cet allongement du délai ne fait pas grief aux candidats au renouvellement, puisque, de toute façon, ce renouvellement sera réputé acquis si la décision du ministre n'a pas été notifiée à l'expiration du mandat.

Par ailleurs, ce délai de six mois est déjà utilisé à plusieurs reprises dans la loi du 31 décembre 1970, en particulier pour les créations de lits et les autorisations d'équipements lourds.

Le Gouvernement vous demande donc, mesdames et messieurs les sénateurs, de bien vouloir adopter l'amendement n° 6, sous-amendé par le Gouvernement.

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

M. Charles Descours, rapporteur. J'ai bien écouté Mme le ministre de la santé et je comprends les objections qu'elle a formulées. Je ne suis pas inquiet sur les dates de réunion des conseils d'administration et des commissions médicales d'établissements, car les intéressés sauront agir comme il convient pour être en possession de leurs avis suffisamment tôt.

Ce qui me préoccupe un peu, comme le disait tout à l'heure M. Fourcade, c'est la lenteur de l'administration centrale. Sous réserve que le ministre de la santé - cela vaut pour celui d'aujourd'hui comme pour celui de demain - tance son administration centrale pour qu'on n'attende pas la veille pour donner l'avis de non-renouvellement au chef de service, je m'en remets à la sagesse du Sénat sur le sous-amendement proposé par le Gouvernement.

M. le président. Monsieur le rapporteur, il me paraît difficile que vous vous en remettiez à la sagesse du Sénat ; en effet, je ne vois pas comment celle-ci va pouvoir s'exercer, compte tenu du libellé du sous-amendement n° 98 du Gouvernement.

Celui-ci tend à supprimer les mots : « trois mois ». S'il est adopté, la troisième phrase de l'amendement n° 6 se lira ainsi : « Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé avant le terme de son mandat ». Fort bien ! Mais à la phrase suivante, je lis : « A défaut de cette notification dans le délai précité - il n'y en a plus ! - le renouvellement est réputé acquis. » Or, le Gouvernement ne touche pas à cette dernière phrase.

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, je me permets de relire les deux premières phrases de l'amendement de la commission : « Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé dans les mêmes formes que la nomination. Il est subordonné au dépôt, six mois avant l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé, accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat. »

Si les mots « trois mois » sont supprimés dans la troisième phrase, il me semble que le délai imparti se rapportera aux six mois qui sont mentionnés dans la deuxième phrase.

M. Franck Sérusclat. C'est la souplesse !

M. le président. Pour que ne subsiste aucune ambiguïté, peut-être conviendrait-il, monsieur le rapporteur, de reprendre à votre compte le sous-amendement n° 98 et de préciser dans la dernière phrase de votre amendement : « A défaut de cette notification dans le délai de six mois précité, le renouvellement est réputé acquis. »

M. Charles Descours, rapporteur. Je suis tout à fait d'accord.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 6 rectifié, présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, et tendant à remplacer la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé par l'article 2 pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 par les phrases suivantes :

« Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé dans les mêmes formes que la nomination. Il est subordonné au dépôt, six mois avant l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé, accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat. Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé avant le terme de son mandat. A défaut de cette notification dans le délai de six mois précité le renouvellement est réputé acquis. »

Dans ces conditions, le sous-amendement n° 98 n'a plus d'objet.

Par amendement n° 41, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, après le premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, d'insérer l'alinéa suivant :

« Chaque année, le praticien hospitalier, responsable de service, établit un rapport d'activité remis au conseil d'administration, au comité technique paritaire, à la commission médicale consultative et, le cas échéant, aux comités consultatifs médicaux. »

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 41 est retiré.

Par amendement n° 42, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, après le premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, d'insérer l'alinéa suivant :

« Le praticien hospitalier, responsable de service est assisté par un cadre infirmier ou, le cas échéant, par une sage-femme dont le mode de désignation et les attributions sont fixés par décret. »

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Monsieur le président, je souhaiterais rectifier cet amendement et les suivants pour tenir compte du vote du Sénat, en remplaçant les mots : « le praticien hospitalier responsable de service » par les mots : « le chef de service ».

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 42 rectifié, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, et qui a pour objet, après le premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, d'insérer l'alinéa suivant :

« Le chef de service est assisté par un cadre infirmier ou, le cas échéant, par une sage-femme dont le mode de désignation et les attributions sont fixés par décret. »

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Nous pensons qu'il convient d'associer pleinement à la gestion les personnels placés près des services, c'est-à-dire le personnel médical, paramédical ou de service.

Il serait souhaitable que le chef de service soit assisté, dans sa gestion, par un cadre infirmier ou, le cas échéant, par une sage-femme. Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Dans la mesure où, dans le texte de l'amendement qui nous avait été soumis, figuraient les termes « praticien hospitalier », la commission avait émis un avis défavorable, et ce pour des raisons que j'ai longuement développées. Cela dit, M. Penne vient de rectifier son amendement.

La disposition qu'il préconise nous avait paru très utile puisque nous avions, comme vous le constaterez tout à l'heure, placé les cadres infirmiers dans le conseil de département, alors qu'ils n'étaient pas spécifiquement annoncés. Nous avons tout à fait conscience, en effet, que leur présence est nécessaire.

Cet amendement a pour but de faire également entrer les cadres infirmiers dans le conseil de service. Dans les conditions où M. Penne vient de nous le présenter, nous y sommes favorables.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, cet amendement paraît sans objet dans la mesure où les chefs de service sont déjà, en pratique, assistés par un cadre infirmier.

M. Charles Descours, rapporteur. C'est vrai !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. De plus, l'organisation du travail et des structures hiérarchiques au sein du service et de l'hôpital relève du chef de service et du directeur, et non pas de la loi. C'est la raison pour laquelle cela ne figure pas dans le texte. Ce qui relève de la loi, c'est uniquement la coordination du département.

Pour cette raison, nous demandons le rejet de cet amendement alors que, bien sûr, nous sommes favorables à la présence du cadre infirmier dans l'équipe de coordination, ainsi qu'à celle d'un représentant administratif et d'une sage-femme aux côtés du médecin coordonnateur.

M. le président. Monsieur Penne, après ces explications du Gouvernement, l'amendement est-il maintenu ?

M. Guy Penne. Oui, monsieur le président.

M. le président. Par amendement n° 43 rectifié, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, après le premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, d'insérer l'alinéa suivant :

« Avant d'arrêter les prévisions d'activité et de moyens afférents au service, le chef de service réunit, au moins une fois par an, l'ensemble des personnels. »

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Il serait illogique de ne pas retenir cet amendement qui avait été déposé en 1983 par notre collègue M. Chérioux, lequel pourrait, d'ailleurs, le défendre aussi bien que moi !

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

M. Charles Descours, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Par amendement n° 44 rectifié, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, après le premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, d'insérer l'alinéa suivant :

« Un comité de gestion, composé des praticiens, des cadres infirmiers et, le cas échéant, des sages-femmes, est consulté, au moins une fois tous les trois mois, par le chef de service sur l'activité et le fonctionnement du service. »

La parole est M. Penne.

M. Guy Penne. Nous sommes dans la même logique que précédemment. Là encore, nous reprenons un amendement déposé par M. Chérioux en 1983. La composition du comité de gestion de service, anciennement conseil de département, doit être pluraliste.

Il serait illogique de ne pas retenir cet amendement.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, autant nous étions favorables à l'amendement précédent, autant celui-ci, qui institue un comité de gestion et qui met le chef de service sous surveillance quasiment constante, nous semble disproportionné à la bonne marche du service.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement demande le rejet de cet amendement, car il méconnaît les pouvoirs et le rôle du conseil d'administration et du comité technique paritaire.

M. le président. Par amendement n° 45, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer le deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 précitée.

La parole est M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Nous retirons cet amendement, car il est satisfait par l'amendement n° 16 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 45 est retiré.

Par amendement n° 16 rectifié, M. Charles Descours, au nom de la commission, propose de rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Dans les cas visés à l'alinéa ci-dessus, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte aux seuls praticiens titulaires à temps plein et temps partiel. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, cet amendement est également important, car il concerne la composition de la commission médicale d'établissement lorsque celle-ci émet un avis soit sur la nomination, soit sur le renouvellement d'un chef de service.

Le projet de loi, non modifié par l'Assemblée nationale sur ce point, précise que, dans ce cas, la commission médicale d'établissement siège en formation restreinte aux seuls chefs de service.

Plusieurs objections peuvent être formulées à ce sujet. Il semble, en effet, qu'il y ait là confusion entre les notions de grade et de fonction, ce qui est contraire à la loi. Si la chefferie de service correspondait à un grade, il serait normal que la commission émettant un avis sur le postulant soit uniquement composée de personnels titulaires du grade auquel ledit postulant prétend. Mais il s'agit de juger des capacités d'un praticien hospitalier à exercer une fonction et il conviendrait qu'un plus grand nombre de praticiens puissent donner leur avis.

De plus, dans certains établissements, on peut imaginer que des chefs de service élus en tant que tels à la commission médicale ne le soient plus, soit qu'ils en aient manifesté la volonté, soit qu'ils n'aient pas été renouvelés au moment où il faut se prononcer sur une nomination ou un renouvellement. La formation de la commission médicale serait alors, surtout dans les hôpitaux généraux, curieusement réduite et cela nuirait à la qualité et à l'importance de son avis.

C'est pourquoi cet amendement propose que la commission siège en formation restreinte aux praticiens hospitaliers titulaires, à temps plein et à temps partiel, et non pas aux seuls chefs de service.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Par amendement n° 46, MM. Méric, Bonifay, Bialki, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, dans le deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 précitée, de remplacer les mots : « exerçant des fonctions équivalentes à celles auxquelles l'intéressé » par les mots : « titulaires à temps plein et à temps partiel ».

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 46 est retiré.

Par amendement n° 84 rectifié, MM. Huriet, Arzel et Lacour proposent de supprimer le quatrième alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970.

La parole est à M. Lacour.

M. Pierre Lacour. La référence à l'année universitaire ne peut s'appliquer aux chefs de service des hôpitaux non universitaires.

Tous les personnels non médecins des établissements d'hospitalisation publics, régis par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, bénéficient des dispositions législatives et réglementaires portant recul des limites d'âge, qui permettent aux fonctionnaires de l'Etat de solliciter leur maintien en activité au-delà de la limite d'âge.

Ces dispositions prévoient, en effet, que « les limites d'âge seront reculées d'une année pour tout fonctionnaire et employé civil qui, au moment où il atteignait sa cinquantième année, était parent d'au moins trois enfants vivants, à la condition qu'il soit en état de continuer à exercer son emploi ».

Les médecins des hôpitaux généraux et les mono-appartenants dans les C.H.U. sont les seuls personnels, agents du service public, à ne pas bénéficier du recul de la limite d'âge d'un an au moment où ils atteignent leur cinquantième année et sont parents d'au moins trois enfants vivants.

Pour tous ces motifs, les fonctions de chef de service doivent atteindre leur terme normal en référence au premier alinéa de l'article 20-2 qui fixe à cinq ans la durée de la nomination ou de la reconduction. Doit seul être pris en compte l'âge auquel sera intervenu la nomination ou le renouvellement dans les fonctions de chef de service.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Cet amendement est important puisqu'il revient sur le problème de la limite d'âge et du départ à la retraite à soixante-cinq ou à soixante-huit ans pour les professeurs d'université chefs de service.

La loi du 9 janvier 1986 a permis, c'est exact, à certaines catégories de personnel de prolonger leurs fonctions jusqu'à soixante-huit ans sous certaines conditions. Cette possibilité, qui a été reconnue à certains fonctionnaires auxquels Mme le ministre a fait allusion tout à l'heure, concerne les professeurs d'université. Si un professeur d'université praticien hospitalier souhaite demeurer en fonction au-delà de soixante-cinq ans, il peut rester jusqu'à soixante-huit ans.

Vous avez semblé insinuer que, si ses fonctions étaient reconduites pour cinq ans alors qu'il a soixante-quatre ans, il irait jusqu'au bout de la durée de la reconduction, c'est-à-dire qu'il pourrait rester jusqu'à soixante-neuf ans. Cela me paraît excessif.

La règle est qu'un chef de service quitte ses fonctions à soixante-cinq ans. S'il souhaite rester, parce qu'il est professeur d'université, comme praticien hospitalier, il peut demeurer en fonction mais jusqu'à soixante-huit ans seulement.

Un problème reste posé pour les professeurs d'université, au sujet de l'année universitaire. Toutefois, un amendement du Gouvernement qui sera appelé dans quelques instants répond à cette inquiétude.

Dans ces conditions, la commission est défavorable à l'amendement n° 84 rectifié.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. En ce qui concerne les praticiens hospitaliers non universitaires, les textes statutaires prévoient de longue date un départ en retraite à l'âge de soixante-cinq ans. Le présent texte ne change donc rien à leur situation.

En ce qui concerne les professeurs de classe exceptionnelle et de première classe, la loi du 23 décembre 1986 a prévu qu'ils pourraient être, sur leur demande, prolongés jusqu'à soixante-huit ans.

Etant donné leurs fonctions hospitalo-universitaires, ces professeurs conserveront leur grade de praticien hospitalier et continueront donc d'assurer des fonctions hospitalières également jusqu'à soixante-huit ans.

En revanche, ils cesseront, à la fin de l'année universitaire où ils atteindront soixante-cinq ans, d'exercer les fonctions de chef de service.

J'ai déjà dit à plusieurs reprises qu'il y a dissociation du grade et de la fonction.

Je vous précise qu'une mesure similaire existe déjà à la Cour des comptes ou au Conseil d'Etat, également concernés par la loi du 23 décembre 1986.

Ainsi, les membres de ces hautes assemblées peuvent demeurer conseiller d'Etat ou conseiller-maître jusqu'à soixante-huit ans, mais cessent à soixante-cinq ans d'assumer leurs fonctions de président de chambre ou de président de section.

Aussi, compte tenu de ces explications, le Gouvernement vous demande, monsieur Lacour, de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur Lacour, l'amendement est-il maintenu ?

M. Pierre Lacour. Etant donné les explications données par Mme le ministre, je suis convaincu que notre excellent collègue M. Huriet, qui était, comme moi-même, très attaché à cet amendement, accepterait de le retirer.

M. le président. L'amendement n° 84 rectifié est retiré.

L'amendement n° 47 est devenu sans objet.

M. Guy Penne. C'est exact, monsieur le président.

M. le président. Par amendement n° 97, le Gouvernement propose, au dernier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970, après les mots : « Les fonctions de chef de service », d'insérer les mots : « exercées par les professeurs des universités - praticiens hospitaliers ».

M. Franck Sérusclat. Cet amendement n'a pas été distribué !

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Cet amendement vise à préciser que ce dernier alinéa, qui fait référence à l'année universitaire, ne s'applique de ce fait qu'aux chefs de service hospitalo-universitaires.

C'est l'amendement dont vient de faire état M. le rapporteur.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Favorable.

M. le président. Je vais appeler le Sénat à statuer sur les amendements portant sur le texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 et qui viennent de faire l'objet d'une discussion commune.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 33, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Collard m'a fait savoir qu'il retirait l'amendement n° 96, comme il l'avait d'ailleurs laissé prévoir dans ses explications.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 35 rectifié, 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'amendement n° 37, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix la première partie de l'amendement n° 5 et l'amendement n° 38 rectifié, qui sont identiques.

M. Georges Benedetti. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Georges Benedetti. Comme je l'ai indiqué précédemment, nous sommes tout à fait favorables à la première partie de l'amendement n° 5.

M. le président. Dans ces conditions, je suppose que vous retirez l'amendement n° 38 rectifié, puisqu'il est satisfait par la première partie de l'amendement n° 5.

M. Georges Benedetti. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 38 rectifié est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix la première partie de l'amendement n° 5, texte sur lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(Ce texte est adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix la seconde partie de l'amendement n° 5.

M. Georges Benedetti. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Georges Benedetti. Si nous étions favorables à la première partie de cet amendement, nous sommes, en revanche, hostiles à sa seconde partie.

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

Je mets aux voix la seconde partie de l'amendement n° 5, texte sur lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(Ce texte est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de l'amendement n° 5, pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 40 rectifié *bis*, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 39.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Au préalable, monsieur le président, je rectifie l'amendement n° 39, en remplaçant les mots « praticien hospitalier responsable de service » par les mots « chef de service ».

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 39 rectifié, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, et tendant à rédiger comme suit la dernière phrase du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 : « Le chef de service établit un rapport d'activité rendant compte de l'ensemble de son mandat à la fin de celui-ci. »

La parole est M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Lors de la discussion de l'amendement n° 39, il m'avait semblé entendre le rapporteur déclarer que cet amendement serait acceptable si la mention « praticien hospitalier responsable » disparaissait. Nous n'avions pas eu le temps d'apporter cette rectification au moment voulu ; je puis donc le faire maintenant.

Je souhaiterais connaître l'opinion de la commission sur cet amendement tel que je viens de le rectifier.

M. Charles Descours, rapporteur. Je demande la parole.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Malheureusement, la commission a délibéré sur un amendement qui, déjà, introduisait non seulement le praticien hospitalier, mais aussi ce rapport d'activité à la fin du mandat. Elle lui a donné un avis défavorable. Je suis obligé de respecter les procédures démocratiques ; je pense que ce n'est pas vous qui m'en ferez grief.

Pour le reste, je ne peux m'engager qu'à titre personnel.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 39 rectifié, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 6 rectifié.

M. Georges Benedetti. Je demande la parole, contre l'amendement.

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

M. Georges Benedetti. La nouvelle rédaction de cet amendement me paraît poser un problème.

En effet, il est question de subordonner le renouvellement au dépôt, six mois avant l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé. Cependant, dans la dernière phrase de l'amendement n° 6 rectifié, il est indiqué : « A défaut de cette notification dans le délai de six mois précité, le non-renouvellement est réputé acquis ». Il ne reste donc plus aucun délai entre la date du dépôt de la demande - six mois avant - et le moment où, faute de notification, le renouvellement est réputé acquis. Dans ces conditions, on ne comprend pas très bien à quel moment la commission médicale d'établissement et le conseil d'administration, d'une part, les services ministériels, d'autre part, auront la possibilité d'examiner la demande.

M. le président. C'est pourquoi, mon cher collègue, j'avais compris tout à l'heure que le « délai précité » était celui de trois mois. Mais on m'a dit que c'était celui de six mois. A ma place, je ne peux qu'enregistrer.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Je crois que l'argument avancé par M. Benedetti est tout à fait recevable, et à partir du moment où il y a eu accord tout à l'heure pour supprimer le dernier délai, celui de trois mois, de manière à laisser les choses jouer, les commissions et les conseils d'administration se réunir, il suffirait de dire qu'« à défaut de cette notification dans le délai précité » - sans préciser trois mois ou six mois - « le renouvellement est réputé acquis ».

Ainsi, la procédure est simple : le chef de service, six mois avant la fin de son mandat, présente sa demande de renouvellement ; la commission médicale d'établissement et le conseil d'administration examinent cette demande, la transmettent ; le ministre prend sa décision. Il est simplement tenu de le faire avant le terme du mandat du chef de service et si notification n'est pas faite dans le délai de six mois, le renouvellement est réputé acquis.

M. Benedetti a raison et, monsieur le président, je rectifie une dernière fois cet amendement ; la dernière phrase doit se lire désormais ainsi : « A défaut de cette notification dans le délai précité, le renouvellement est réputé acquis ».

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 6 rectifié *bis*.

Mais, souhaitant que les décisions du Sénat soient claires, je tiens à indiquer que, comme on a déjà supprimé la mention d'un délai de « trois mois », le « délai précité » est celui de six mois. Dès lors, les objections de M. Benedetti reprennent toute leur valeur.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je demande la parole.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je veux préciser que le renouvellement de l'intéressé qui a déposé sa demande six mois avant le cinquième anniversaire de son mandat est réputé acquis si, le jour du cinquième anniversaire de son mandat, il n'a reçu aucune notification, positive ou négative, de la part du ministre de la santé. Par conséquent, nous sommes d'accord sur le principe.

MM. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission, et Charles Descours, rapporteur. Tout à fait !

M. le président. Je conclus de vos propos, madame le ministre, que la dernière phrase de l'amendement doit être la suivante : « A défaut de cette notification, le renouvellement est réputé acquis ».

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Absolument.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Ainsi, c'est encore plus simple et plus clair.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 6 rectifié *ter*, présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, et tendant à remplacer la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 par les phrases suivantes :

« Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé dans les mêmes formes que la nomination. Il est subordonné au dépôt, six mois avant l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé, accompagnée d'un rapport d'activité portant sur l'ensemble de son mandat. Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé trois mois avant le terme de son mandat. A défaut de cette notification le renouvellement est réputé acquis. »

Je vais le mettre aux voix.

M. Georges Benedetti. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Georges Benedetti. Excusez-moi, monsieur le président, mais nous sommes devant une situation qui devient de plus en plus complexe.

Si nous comprenons bien le texte, la demande doit être faite six mois avant la date de renouvellement. ...

M. le président. ... avant l'expiration du mandat !

M. Georges Benedetti. Soit ! Jusque-là, c'est clair.

Ensuite, Mme le ministre a indiqué, ce que nous avons déjà compris, que ce renouvellement sera réputé acquis si aucune notification n'est transmise à l'intéressé avant le terme du mandat...

M. Guy Penne. Il y aura renouvellement par carence.

M. le président. Je relis la fin de l'amendement pour que tout soit clair : « Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé avant le terme de son mandat. A défaut de cette notification, le renouvellement est réputé acquis ».

M. Georges Benedetti. Nous sommes bien d'accord.

Cette rédaction esquivé toutes les procédures intermédiaires, dispense, le cas échéant, de la consultation de la commission médicale consultative...

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Mais pas du tout !

Je demande la parole.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Pardonnez-moi, monsieur le président, d'être obligée de répéter plusieurs fois la même chose. Je croyais pourtant avoir été claire en expliquant que la procédure passait par la commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration. J'ai expliqué que le délai de six mois était obligatoire simplement pour permettre au conseil d'administration et à la commission médicale d'établissement de se réunir, car ils ne se réunissent que quelques fois par an. Cela ne rend pas le renouvellement tacite, comme vous le dites insidieusement, ni ne le met à l'abri de la procédure normale, qui passe, je le répète, par la demande, par la commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Sérusclat, pour explication de vote.

M. Franck Sérusclat. Monsieur le président, l'examen de cet amendement en commission aurait été beaucoup plus simple si le ministère avait pris la peine de nous communiquer en temps utile ses sous-amendements ; nous ne les avons même pas en séance lorsqu'ils ont été discutés. Cela n'est pas tout à fait conforme à la pratique habituelle.

Cela dit, l'un des objectifs était de ne pas laisser dans l'attente, sans qu'une date soit fixée, le candidat au renouvellement qui avait déposé six mois avant sa demande. Or, avec la rédaction proposée, on le laisse dans l'attente d'une notification possible d'un non-renouvellement jusqu'à la veille du jour de l'expiration de son mandat, puisqu'on a supprimé tout délai. « Avant le terme de son mandat », cela peut signifier un an avant ou la veille.

Il eût été préférable d'avoir cette discussion en commission ; ainsi, Mme le ministre n'aurait pas eu à nous donner plusieurs fois des explications !

M. Charles Descours, rapporteur. Je demande la parole.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Je ne répondrai pas à M. Sérusclat sur la forme.

Sur le fond, je lui dirai que l'inquiétude qu'il manifeste - que ce renouvellement soit tacite ou automatique - n'est pas fondée, dans la mesure où la première phrase de l'amendement est ainsi rédigée : « Le renouvellement est prononcé par le ministre chargé de la santé dans les mêmes formes que la nomination. » Cela suppose la consultation du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 6 rectifié *ter*, accepté par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 42 rectifié, accepté par la commission et repoussé par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 43 rectifié.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Jean Chérioux. Cet amendement présenté par le groupe socialiste fait de moi un sénateur à la fois flatté et heureux.

Flatté, parce que je constate que le groupe socialiste s'est intéressé au texte qui fut voté par le Sénat en novembre 1983 et dont j'avais été le rapporteur ; il l'a tellement bien lu qu'il en a repris un certain nombre de dispositions.

Par ailleurs, il fait de moi un sénateur gaulliste heureux, car, grâce à cette lecture, le groupe socialiste devient partisan de la participation au point de proposer la formule de participation qui avait été la mienne lorsque j'étais rapporteur !

Vous savez bien, mes chers collègues, qu'il y a beaucoup plus de joie dans le ciel pour un pécheur qui se repent que pour cent justes qui persévèrent. Le fait de voir le groupe socialiste devenir tout à coup un chaud partisan de la participation ne peut que me remplir de joie.

Dans cet élan « participationniste », le groupe socialiste va même jusqu'à accepter, dans ses amendements, la logique du texte du Gouvernement et de la commission - c'est la conversion presque complète ! - puisque l'amendement n° 43 rectifié fait référence au chef de service.

Je voterai donc ce texte des deux mains, monsieur le président !

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Je ne voudrais pas atténuer la joie de M. Chérioux en la matière. En effet, il sait bien qu'en définitive, cette démarche a également une intention quelque peu malicieuse.

M. Jean Chérioux. Oh !

M. Franck Sérusclat. Il s'agit de faire adopter par la majorité du Sénat une disposition que le ministère de la santé n'avait curieusement pas retenue, alors qu'elle émanait de l'un des siens qui, à cette époque, avait déjà rejoint les options socialistes en la matière, afin de proposer une mesure qui s'insérât dans le texte que présentait le ministre du moment et que ce dernier avait acceptée.

M. Jean Chérioux. Pas du tout !

M. Franck Sérusclat. Par conséquent, je ne sais si toutes ces conversions et toutes ces comparaisons entre les justes et les pêcheurs - comparaisons qui n'ont guère de sens pour moi - méritaient d'être évoquées.

En tout cas, on peut reconnaître à la démarche du groupe socialiste le mérite de savoir apprécier les propositions qui sont formulées par d'autres - ce fut le cas de la vôtre - et de ne pas être à ce point illogiquement et idéologiquement bloquée pour empêcher de faire passer ce qui est important pour lui.

La réunion de l'ensemble du personnel au moins une fois par an est une mesure qui n'est pas acceptée de gaieté de cœur par le Gouvernement, si l'on en juge les réactions qu'il a eues à l'égard de l'amendement n° 42. Mme le ministre a été étonnée que la commission suggère de le voter quand même. C'est pour nous, je l'avoue, une très grande satisfaction que de voir enfin figurer dans la loi l'obligation pour le chef de service de réunir au moins une fois par an l'ensemble du personnel.

Ne vous réjouissez donc pas, monsieur Chérioux ! Soyons simplement satisfait que, sur un amendement, les uns et les autres, sans conversion, c'est-à-dire sans abandon de nos options philosophiques fondamentales, sans changement théologique, sans déviation idéologique, nous nous retrouvions ensemble dans le bon sens et que nous apportions une amélioration au texte qui nous est proposé.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 43 rectifié, accepté par la commission et sur lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 44 rectifié.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, je voudrais surtout apporter une rectification aux propos tenus par M. Sérusclat. Peut-être n'a-t-il pas bien suivi les débats en 1983 ; en effet, le texte que j'avais proposé et fait voter par le Sénat en 1983 n'a jamais été accepté par le Gouvernement. A cette époque, deux logiques s'opposaient : d'une part, la logique de la technocratie syndicaliste, qui était celle du Gouvernement et, d'autre part, la logique de la participation, qui était celle du rapporteur du moment et qui fut celle du Sénat. Mais à aucun moment - je puis l'affirmer devant le Sénat - le gouvernement de l'époque n'a donné sa bénédiction à ce texte présenté par le rapporteur du Sénat.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Il convient toujours d'être clair dans un débat. Bien que je croie le contraire, je n'ai peut-être pas été toujours présent en séance en décembre 1983.

Néanmoins, ce que j'ai dit tout à l'heure portait non pas sur ce texte, monsieur Chérioux, mais seulement sur la partie dont nous parlons.

M. Jean Chérioux. Non, sur cette partie là !

M. Franck Sérusclat. Non ! Je sais très bien que le Gouvernement n'a pas accepté le texte.

Notre proposition de réunir le comité de gestion à l'initiative du chef de service tend à ouvrir davantage la participation. Mais, si M. Chérioux est certes favorable en paroles à la participation, dès que l'on essaie d'instaurer cette dernière au sein des structures, il vote contre.

Notre amendement n° 44 rectifié vise à rendre plus fréquente la participation de tous. On s'aperçoit, en effet, que les réunions des assemblées générales des sociétés récemment privatisées ne sont qu'une comédie. Il n'y a pas de véritable participation. Quand nous proposons des réunions suffisamment fréquentes et des structures ouvertes, vous n'acceptez plus alors la participation, même si vous continuez à en parler. L'amendement n° 44 rectifié est donc maintenu.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 44 rectifié, 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'amendement n° 16 rectifié, sur lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 97, accepté par la commission.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix, modifié, le texte proposé pour l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970.

(Ce texte est adopté.)

ARTICLE 20-3 DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

M. le président. Sur le texte proposé pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970, je suis saisi de plusieurs amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune ; mais, pour la clarté du débat, je les appellerai successivement.

Par amendement n° 48, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer le texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970.

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Monsieur le président, je ne pense pas nécessaire de reprendre l'argumentation socialiste concernant la structure illusoire que sont les pôles d'activités ; je me permettrai, à cet égard, de renvoyer à nos diverses explications ; j'ai déjà précisé, en effet, les raisons pour lesquelles il y a là, à mon avis, une présentation fallacieuse d'une dispersion des responsabilités, compte tenu de la définition qui est la mienne du mot « délégation », à savoir charger quelqu'un d'assurer des activités tout en le conservant sous sa dépendance. Même si cette délégation et son contenu ont été fixés de façon relativement démocratique et avec la participation d'autres commissions et des conseils d'administration, nous y sommes défavorables.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous demandons la suppression de ce texte.

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

M. Charles Descours, rapporteur. La commission émet un avis défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement émet également un avis défavorable.

M. le président. Par amendement n° 8, M. Charles Descours, au nom de la commission, propose, dans le premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970, de remplacer les mots : « peut déléguer » par le mot : « délègue ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, ce changement de mot vise, en fait, à revenir au texte initialement proposé par le Gouvernement.

Il semble indispensable, pour une bonne organisation des services, de donner un caractère plus automatique à la création d'un pôle d'activités et de ne pas le laisser dépendre de la seule volonté du chef de service. La loi, avec le choix de ce terme, peut y inciter de manière un peu plus ferme.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, le Gouvernement est favorable à cet amendement de forme, étant entendu que l'initiative de proposer la création d'un pôle ou une délégation demeure de la responsabilité du chef de service.

L'amendement n° 49 est devenu sans objet.

Par amendement n° 7, M. Charles Descours, au nom de la commission, propose, dans le premier alinéa du texte présenté par cet article pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970, après les mots : « en vue d'assurer les soins ou d'exécuter les actes médico-techniques », d'insérer les mots : « ou pharmaceutiques ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Charles Descours, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination, monsieur le président.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement y est favorable, monsieur le président.

M. le président. Par amendement n° 9, M. Charles Descours, au nom de la commission, propose de rédiger ainsi le deuxième alinéa du texte présenté par l'article 2 pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Les pôles d'activités sont créés par délibération du conseil d'administration de l'établissement, sur proposition du chef de service concerné, après avis de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant, du comité consultatif médical. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'amendement n° 9 vise à préciser les règles de création et de suppression des pôles d'activités, qui sont définies par le deuxième alinéa de l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1983.

Il est évident que la création d'un pôle d'activités ne saurait se faire que sur proposition du chef de service. Le conseil d'administration ne pourrait l'imposer à un chef de service sans qu'il se crée des conflits susceptibles de gêner le fonctionnement correct.

En revanche, il nous semble difficile d'admettre la même démarche en ce qui concerne la suppression d'un pôle. Une fois créée par le conseil d'administration et assortie d'une délégation approuvée par ledit conseil, cette structure doit disposer d'une certaine pérennité.

Le chef de service est libre de demander la création d'un pôle d'activités ; il convient ensuite qu'il assume cette décision. Il serait dangereux pour ses collaborateurs et pour le travail qu'ils accomplissent que leur patron puisse revenir à tout moment sur sa décision.

C'est pourquoi cet amendement réserve la faculté de supprimer un pôle d'activités au seul conseil d'administration, en vertu des pouvoirs qui lui sont reconnus par l'article 22 de la présente loi. Les cas de suppression automatique de la délégation en vue de diriger un pôle d'activités sont, quant à eux, maintenus.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 50 est devenu sans objet.

Par amendement n° 51, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, dans le deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1980, de remplacer les mots : « du chef de service » par les mots : « de la commission médicale d'établissement concernée ».

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Il est évident que la proposition que nous faisons ne va pas dans la logique du Gouvernement, puisque tout le pouvoir est donné au chef de service.

Il nous semble qu'une commission médicale d'établissement, dont une des fonctions délibératives dans le texte est de proposer l'orientation médicale thérapeutique et les modes de soins nouveaux - cela nous paraît normal - devrait avoir le pas sur le chef de service pour proposer la création de pôles d'activités.

Il aurait été plus judicieux - il m'a paru inutile de présenter un amendement en ce sens, car il n'aurait pas été retenu - de commencer par traiter de la création des pôles d'activités avant d'évoquer la délégation de pouvoirs relative à ces pôles.

Le texte de loi commence par préciser que le chef de service va désigner quelqu'un - médecin, pharmacien, odontologiste - à qui il délèguera le pouvoir d'assurer le fonctionnement du pôle d'activités, mais ce n'est qu'au deuxième paragraphe qu'il est question de la création des pôles d'activités.

En tout état de cause, l'amendement que je défends a pour objet de donner à la commission médicale de l'établissement concerné un rôle plus important, justifié par sa position dans le texte, et de ne pas laisser l'intégralité de ce pouvoir au chef de service.

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

M. Charles Descours, rapporteur. La commission est défavorable à cet amendement.

Tout à l'heure, M. Sérusclat nous a fait part de son inquiétude sur le fait qu'il pourrait y avoir des conflits entre les médecins d'un service. Il me semble que si l'on crée un pôle d'activités contre l'avis du chef de service, le conflit sera assuré.

En revanche, lors du renouvellement de chef de service, les instances locales pourront tenir compte de l'opposition du chef de service à toute création de pôle. Là, le rôle de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration est certain. Mais la création imposée telle que vous l'envisagez, monsieur Sérusclat, nous paraît excessive.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement demande le rejet de cet amendement, monsieur le président.

M. le président. Par amendement n° 52, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, dans le deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970, après le mot : « avis », d'ajouter les mots : « du comité technique paritaire et ».

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Il ne nous a pas paru inutile de préciser que le comité technique paritaire est compétent. Nous avons déposé cet amendement pour qu'on ne l'oublie pas.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Le rôle du comité technique paritaire est déjà largement précisé dans les textes actuels. Par conséquent, le faire intervenir à ce niveau, alors que le rôle du personnel n'est pas en cause, nous semble inapproprié. La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Comme je l'ai déjà dit, les pôles d'activités sont l'un des éléments de l'organisation médicale interne d'un service. Ils ne modifient en rien la situation des personnels travaillant dans le service. La consultation du comité technique paritaire n'est donc pas nécessaire et c'est pourquoi le Gouvernement demande le rejet de cet amendement.

M. le président. Par amendement n° 53, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, au deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970, de remplacer les mots « de la commission médicale d'établissement » par les mots « du praticien hospitalier responsable de service ».

Cet amendement devient, me semble-t-il, sans objet, compte tenu des votes qui viennent d'intervenir.

M. Franck Sérusclat. C'est exact.

M. le président. Par amendement n° 54, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de compléter le troisième alinéa du texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 par la phrase suivante : « Cette délibération précise la nature et l'étendue de la délégation. »

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. J'ai eu l'occasion, avec les amendements présentés précédemment, d'attirer l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que la délibération du conseil d'administration précise la nature et l'étendue de la délégation. Je n'y reviens pas, j'espère avoir été suffisamment clair et avoir montré tout l'intérêt de cette précision qui n'est pas dans le texte.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Il s'agit d'un excellent amendement proposé par notre excellent collègue. La commission y est donc favorable.

M. Franck Sérusclat. J'ai rarement eu le prix d'excellence ! (*Sourires.*)

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Par amendement n° 55, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de rédiger ainsi la dernière phrase du dernier alinéa du texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 : « Le titulaire de la délégation établit un rapport d'activité rendant compte de sa délégation à la fin de celle-ci. »

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Dans un pôle d'activités, il y a, comme le nom l'indique, des activités. Or, à aucun moment on ne nous demande dans le texte - même si l'on nous répond que cela se fait dans la pratique - un rapport d'activité de ce qui s'est passé dans ce pôle d'activités.

Nous verrons que nous devons, à un moment donné, établir un rapport général sur ce qui se passe dans un service. Il paraîtrait donc normal de prévoir que celui qui a reçu une délégation du chef de service pour assurer le fonctionnement du pôle d'activités doive, lui aussi, rédiger un rapport d'activité afin que soient rassemblées peu à peu des informations sur l'activité des différents pôles et, à partir de là, sur les activités du service. Cela permettrait de préparer le rapport d'activité du chef de service.

M. le président. Monsieur Sérusclat, si vous le voulez bien, je vais appeler immédiatement l'amendement n° 56, ce qui nous permettra de mieux comprendre la différence avec l'amendement n° 55.

M. Franck Sérusclat. Oui, monsieur le président.

M. le président. Par amendement n° 56, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de compléter le texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 par l'alinéa suivant :

« Chaque année, le titulaire de la délégation établit un rapport d'activité remis au conseil d'administration, au comité technique paritaire, à la commission médicale consultative et, le cas échéant, aux comités consultatifs médicaux. »

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Cet amendement précise les organismes auxquels sera remis le rapport d'activité qui sera établi chaque année.

M. le président. Cet amendement n° 56 est un peu plus complet que l'amendement n° 55. Mais vous maintenez les deux amendements.

M. Franck Sérusclat. Oui. Si le Sénat vote l'amendement n° 56, l'amendement n° 55 sera satisfait. Si le Sénat rejette l'amendement n° 55, il sera alors inutile d'inviter le Sénat à se prononcer sur l'amendement n° 56. Donc, peu importe l'ordre dans lequel ils seront mis aux voix. Il n'y aura qu'un seul vote, car dès lors que le Sénat ce sera prononcé sur un amendement l'autre n'aura plus d'objet.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements nos 55 et 56 ?

M. Charles Descours, rapporteur. L'unanimité qui s'est manifestée sur le précédent amendement ne doit pas nous faire oublier qu'il ne faut pas abuser des bonnes choses ! (*Sourires.*) Tout à l'heure, M. Sérusclat nous a fait part de

son inquiétude concernant la paperasserie excessive que les rapports demandés aux chefs d'entreprises pourraient entraîner. Nous en sommes maintenant à demander un rapport aux titulaires de délégation.

Je crois que nous tombons dans l'excès. Par conséquent, nous émettons un avis défavorable sur ces deux amendements.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement en demande le rejet.

M. le président. Par amendement n° 85 rectifié *ter*, MM. Huriet, Arzel et Lacour proposent de compléter *in fine* le texte présenté pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, dans les hôpitaux universitaires, en fonction de l'évolution des techniques médicales, un professeur non chef de service, après cinq ans d'activité et au vu d'un rapport d'activité peut, après avis du chef de service dont il dépend et de la commission médicale d'établissement, solliciter, auprès du conseil d'administration, la création d'un pôle d'activités ».

La parole est à M. Lacour.

M. Pierre Lacour. La création des pôles d'activités vise à tenir compte de l'évolution des techniques médicales et à donner aux collaborateurs du chef de service une responsabilité effective dans l'organisation et la gestion d'un secteur dans lequel ils ont acquis une expérience.

A défaut qu'il en soit l'initiateur, il faut éviter qu'un chef de service ne puisse bloquer toute demande d'évolution de carrière de ses collaborateurs allant dans le sens d'une plus grande responsabilisation.

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

M. Charles Descours, rapporteur. L'amendement présenté par notre collègue du groupe centriste est important. En effet, si dans la majorité des cas, il m'a semblé prudent de créer un pôle d'activités contre l'avis du chef de service, dans le cas précis des professeurs non-chefs de service, après cinq ans d'activité et au vu d'un rapport d'activité, nous pensons que la création d'un tel pôle peut être envisagée.

La commission émet donc un avis favorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Je vais appeler le Sénat à statuer sur les amendements portant sur le texte proposé pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970 et qui viennent de faire l'objet d'une discussion commune.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 48, 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'amendement n° 8, accepté par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 7, accepté par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 9, accepté par le Gouvernement.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 51.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. L'argumentation présentée tout à l'heure par M. le rapporteur renforce, à mon avis, l'intérêt de notre proposition.

En effet, le rapporteur a indiqué que, si la commission médicale d'établissement concernée avait un avis différent de celui du chef de service, cela allait créer des frictions.

A l'inverse, si le chef de service veut créer un pôle d'activités alors que la commission médicale d'établissement concernée pense qu'il s'agit plus d'une fantaisie que d'une nécessité, il y aura friction.

Il ne faut donc pas se ranger à une hypothétique friction d'un sens dans un autre. L'inverse est possible.

L'argument de M. le rapporteur ne me paraît pas avoir la valeur déterminante qu'il aurait souhaitée. Par conséquent, j'invite les sénateurs à voter cette proposition qui donne à la commission médicale d'établissement un rôle lié à la décision qui a été prise de la créer.

M. Charles Descours, rapporteur. Je demande la parole.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Je voudrais rappeler à notre collègue Sérusclat que c'est le conseil d'administration qui est l'organisme décisionnel, même dans le cas où le pôle d'activités est créé par le chef de service et non par la commission médicale d'établissement.

M. Franck Sérusclat. Dans l'autre cas aussi !

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 51, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 52.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Je voudrais insister sur le rôle du comité technique paritaire.

En effet, un pôle d'activités emploie bien évidemment du personnel. Mme le ministre nous a indiqué que le comité technique paritaire ne devait pas être intéressé puisqu'il s'occupait uniquement des problèmes de personnel (*Mme le ministre fait un signe de dénégation.*) Je ne vois pas comment un pôle d'activités fonctionnerait sans personnel.

La création entraînera, c'est certain, des modifications dans la répartition et la situation du personnel même si, globalement, celui-ci est toujours le même dans le service, ce qui est d'ailleurs peu probable, car un pôle d'activités entraînera inévitablement des mutations de personnels qui se trouvaient dans tel ou tel secteur, voire, je l'espère, des créations de postes.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je demande la parole.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Vraiment, monsieur Sérusclat, il faut que je vous répète encore un certain nombre de choses !

La création de pôles d'activités ne modifie en rien les attributions du comité technique paritaire. Je me suis largement exprimée sur ce sujet aujourd'hui, me semble-t-il, en vous expliquant que l'hôpital, c'était une équipe et qu'il n'était pas question de donner une responsabilité aux uns sans faire participer les autres.

Tout à l'heure, nous avons abondamment parlé de participation ; nous savons ce que ce terme signifie. Par conséquent, les attributions du comité technique paritaire sont claires et nettes.

Elles ne sont en aucune façon remises en cause dans ce texte.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 52, 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'amendement n° 54, accepté par la commission et pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 55, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 56 n'a plus d'objet.

Je vais mettre aux voix l'amendement n° 85 rectifié *ter*.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Nous sommes tentés de voter cet amendement...

M. Charles Descours, rapporteur. Succombez à la tentation !

M. Franck Sérusclat. ... pour la simple raison qu'il ouvre une brèche dans le pouvoir du chef de service. En effet, son avis sera demandé, mais pas nécessairement suivi.

Un professeur non chef de service, après cinq ans d'activité et au vu d'un rapport d'activité pourra demander, après avis de la commission médicale d'établissement, la création d'un pôle d'activités. Certes, on demandera également l'avis du chef de service, mais, cet avis n'étant pas qualifié, il sera suivi ou non.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour dire à Mme le ministre de la santé que je suis navré de la faire répéter. Mais elle pourra constater, à la lecture de nos débats, que je n'ai jamais déclaré qu'il existait un risque de modification de la C.T.P. J'estime simplement normal que celle-ci, dans la mesure où le personnel figure au rang de ses préoccupations, soit consultée quand on crée un pôle d'activités.

Evidemment, si Mme le ministre me parle d'un sujet qui n'a rien à voir avec notre échange, il faut bien qu'elle se répète ! Je tâcherai d'être très clair, très concis pour lui éviter cette répétition, qui est d'ailleurs le premier élément de pédagogie auquel tout le monde s'astreint.

Nous voterons donc cet amendement, ...

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Ça y est, il a succombé !

M. Franck Sérusclat. ...car, même s'il vise des cas peu fréquents, il ouvre néanmoins une brèche dans le pouvoir du chef de service.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 85 rectifié *ter*, accepté par la commission et pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix le texte proposé pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Malgré les félicitations de M. le rapporteur - l'excès d'excellence rendait d'ailleurs quelque peu douteuse cette reconnaissance d'excellence - et bien que notre amendement ait été adopté, nous ne voterons pas cet article.

M. Jean Chérioux. Bienheureux les humbles !

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Ce dispositif sur le pôle d'activités est un élément à la fois important et novateur du texte ; c'est donc avec satisfaction que je voterai le texte proposé pour l'article 20-3, et ce pour deux raisons.

En premier lieu, il permet, à l'intérieur du service, une certaine prise de responsabilités pour les praticiens hospitaliers. C'est un progrès.

En second lieu, la décision de créer les pôles d'activités à l'intérieur du service sera prise par le conseil d'administration.

Madame le ministre, je souhaite, en effet, que, dans un avenir plus lointain, le conseil d'administration soit également compétent pour la création des services. Dans l'évolution que nous devons tracer des établissements publics hospitaliers, les pouvoirs des conseils d'administration devront être renforcés. Un jour, lorsque nous serons sortis des querelles d'appellation et des difficultés de croissance de nos établissements, il faudra que le conseil d'administration organise lui-même, sur avis de la commission médicale d'établissement, l'ensemble des activités de l'établissement.

Ce soir, l'article que nous allons voter est un début. Nous pourrions ainsi vérifier pendant quelques années comment les conseils d'administration prennent leurs responsabilités, répondent à la demande des chefs de service et organisent l'activité interne des services.

J'espère que, dans quelques années, on pourra aller plus loin et confier au conseil d'administration renouvelé, comme je l'ai proposé cet après-midi, un pouvoir plus important d'organisation générale de l'hôpital, notamment de création ou de suppression des services, de regroupement en département, et d'organisation générale du travail.

C'est de cette manière que l'on responsabilisera les autorités qui gèrent les établissements hospitaliers ; c'est de cette manière que l'on pourra exercer une action efficace sur la nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

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

Je mets aux voix, modifié, le texte proposé pour l'article 20-3 de la loi du 31 décembre 1970.

(Ce texte est adopté.)

ARTICLE 20-4 DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

M. le président. Par amendement n° 90, M. Souffrin, Mmes Beaudeau et Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger comme suit le début du premier alinéa du texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 :

« Si les personnels médicaux et paramédicaux le demandent, les services sont regroupés en département associant deux ou plusieurs services... »

La parole est à M. Vizet.

M. Robert Vizet. C'est très simple : n'entendant pas laisser aux seuls chefs de service l'initiative de la création des départements, nous demandons que les personnels médicaux et paramédicaux puissent, eux aussi, proposer le regroupement de services en département.

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

M. Charles Descours, rapporteur. A chacun sa logique. La commission est défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Rien, dans la rédaction du projet du Gouvernement, n'empêche les personnels médicaux et paramédicaux de demander la création d'un département. Cette possibilité de suggérer la création d'un département est également ouverte à la direction de l'établissement et à son conseil d'administration.

Par ailleurs, je rappelle que c'est le conseil d'administration et non le chef de service qui crée les départements par voie de délibération.

Mais la création d'un département a pour conséquence de modifier l'organisation médicale d'un établissement. Elle se traduit, notamment, par un regroupement de services en tout ou partie. Vous admettez donc qu'elle ne se fasse qu'avec l'accord des chefs de service concernés, comme le prévoit l'article 24.

Encore une fois, l'expérience de la loi de janvier 1984 met en évidence que, pour atteindre un objectif auquel nous sommes tous attachés, il est préférable de faire preuve de souplesse et de pragmatisme plutôt que d'imposer. C'est pourquoi le Gouvernement demande le rejet de l'amendement proposé.

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 90.

M. Robert Vizet. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Robert Vizet. Je ne comprend pas l'opposition du Gouvernement. Puisqu'il semble admettre la possibilité pour les personnels médicaux et paramédicaux de proposer ce regroupement de services en département, ce serait encore mieux de l'indiquer dans le texte.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 90, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 57, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de rédiger ainsi la fin du premier alinéa du texte présenté pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 :

« ... en tout ou partie, en vue de regrouper ceux des membres du personnel de l'établissement qui concourent à l'accomplissement d'une tâche commune caractérisée par la nature des affections prises en charge ou des techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre ou qui sont chargés de recueillir et de traiter les informations de nature médicale de l'établissement ».

La parole est à M. Benedetti.

M. Georges Benedetti. La définition donnée par la loi de 1984 nous semble plus conforme à l'idée que nous nous faisons de la départementalisation.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Dans cette affaire, nous estimons - nous l'avons dit depuis le début de ce débat - qu'il convient de laisser le plus de souplesse possible à la mise en œuvre de la départementalisation.

Or, la fixation des objectifs et des moyens dans la loi va à l'encontre de cette exigence de souplesse. Il nous semble donc préférable de laisser au règlement intérieur de chaque hôpital le soin de traiter de cette procédure.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Défavorable.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 57, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 58, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, dans le deuxième alinéa du texte présenté pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970, après le mot : « avis », d'insérer les mots : « du comité technique paritaire et »

Un amendement identique a, certes, été rejeté à l'article précédent ; néanmoins, dans la mesure où celui-ci s'applique à un texte différent, il peut être discuté.

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. Monsieur le président, il s'agit là de la création d'un service dans un pôle d'activités. C'est donc légèrement différent.

Certes, parmi les fonctions du C.T.P. figurent l'organisation d'un service et la gestion du personnel. On peut donc considérer qu'il est implicitement dans les fonctions du C.T.P. d'être, d'une façon ou d'une autre, consulté sur l'organisation du service.

Cette fois, cependant, il y a création d'un département, ce qui entraînera des modifications dans l'organisation des activités du personnel. Par conséquent, il nous semble qu'il serait bon, pour montrer que l'on reconnaît l'intérêt du comité technique paritaire, de consulter ce dernier.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Cet amendement me paraît sans objet dans la mesure où l'article 114 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière prévoit déjà la consultation du C.T.P. en cas de création d'un département. Cet amendement est donc superfluetoire eu égard à cet article. C'est la raison pour laquelle la commission y est défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Pour les raisons que vient d'exprimer M. le rapporteur, le Gouvernement demande le rejet de cet amendement.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 58, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 59, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, après la première phrase du troisième alinéa du texte présenté pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970, d'insérer la phrase suivante :

« Il est élu par collèges séparés, sous réserve de l'agrément du représentant de l'Etat, par les praticiens à temps plein, à temps partiel, les attachés et, le cas échéant, les sages-femmes du département, suivant, pour chaque catégorie, la représentation qui leur sera accordée par voie réglementaire ; l'agrément ne peut être refusé que dans les cas où l'intéressé ne remplit pas les conditions requises pour accéder auxdites fonctions. »

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Il convient de préciser les conditions de désignation du coordonnateur. En effet, la loi est silencieuse sur ce point.

Notre collègue M. Sérusclat a d'ailleurs manifesté pareille préoccupation en disant que la règle devait être la même pour tous : par exemple, il serait inconcevable que dans les conseils municipaux les modes d'élection soient différents d'une commune à l'autre. Pour respecter un principe d'égalité, il faut donc préciser comment sera désigné le coordonnateur.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Comme nous l'avons dit à de nombreuses reprises aujourd'hui, nous estimons que la souplesse doit être maintenue et que ce n'est pas à la loi de fixer uniformément les modalités de désignation des responsables du département, mais au règlement intérieur. Nous sommes donc défavorables à cet amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le sénateur, cet amendement, qui vise indirectement à restaurer le texte de la loi du 3 janvier 1984, est totalement contraire à l'esprit du présent texte. Les modalités de désignation du coordonnateur seront fixées par le règlement intérieur élaboré par les intéressés eux-mêmes et arrêté par le conseil d'administration.

Nos deux logiques sont complètement divergentes : nous souhaitons la souplesse et nous en remettons aux règlements intérieurs ; vous souhaitez que tout soit fixé dans la loi.

Nous ne voulons pas, par ce présent amendement, être en contradiction avec l'esprit même de notre texte et donc le Gouvernement en demande le rejet.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 59, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

Le premier, n° 60, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, tent à remplacer la seconde phrase du troisième alinéa du texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 par les deux phrases suivantes :

« Le praticien hospitalier responsable de département est assisté d'un conseil de département au sein duquel est représenté l'ensemble du personnel. Le conseil de département est consulté par le chef de département notamment lors de l'élaboration du budget de l'établissement, sur les prévisions d'activité et de moyens afférentes au département. »

La deuxième, n° 10, déposé par M. Charles Descours, au nom de la commission, vise, dans la seconde phrase du troisième alinéa du texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970, après les mots : « par une sage-femme, » à insérer les mots : « un cadre infirmier ».

Le troisième, n° 20 rectifié, présenté par MM. Taittinger, Delaneau et Balarello a pour objet, dans la seconde phrase du troisième alinéa du texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970, de remplacer les mots : « un membre du personnel soignant » par les mots : « un surveillant-chef infirmier ou une surveillante-chef infirmier ».

La parole est à M. Sérusclat, pour défendre l'amendement n° 60.

M. Franck Sérusclat. Cet amendement s'inscrit dans une logique différente de celle du projet de loi. Cependant rien n'interdirait de fixer dans la loi un certain nombre de grandes lignes directrices pour que la souplesse ne confine pas à l'anarchie dans la diversité de situations créées dans toute la France pour les établissements hospitaliers. Cet amendement ne mettrait pas en cause la conception du département en amont des services puisque l'accord du chef de service aurait été demandé. Mais il serait une concession ou une reconnaissance à ce souhait exprimé de participation et il y aurait alors concrétisation.

J'ajoute, monsieur le président, que nous rectifions notre amendement pour remplacer les mots : « le praticien hospitalier responsable » par les mots : « le coordonnateur ».

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 60 rectifié, identique à l'amendement n° 60, mais où les mots : « le praticien hospitalier responsable » sont remplacés par les mots : « le coordonnateur ».

La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 60 rectifié et pour défendre l'amendement n° 10.

M. Charles Descours, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 60 rectifié, je dirai : même débat, même rejet.

Quant à l'amendement n° 10, il tend à insérer dans la loi les règles relatives au département hospitalier. Ce dernier, nous l'avons dit, se caractérise par sa souplesse, son volontarisme et son caractère facultatif. Cela nous apparaît fondamental si nous voulons qu'il ait plus de succès que son homologue de la loi de 1984.

Le texte proposé pour l'article 20-4 de la loi de 1970 renvoie au règlement intérieur, arrêté par le conseil d'administration. Il indique cependant que le coordonnateur du département sera assisté par une sage-femme ou un membre du personnel soignant ou médico-technique selon les activités du département.

L'amendement que nous présentons vise à préciser qu'en tout état de cause le coordonnateur sera assisté d'un cadre infirmier. Le mode de désignation de ce dernier relève du règlement intérieur. Il semble important d'en poser le principe dans la loi afin de reconnaître l'importance du rôle joué par les cadres infirmiers dans notre structure hospitalière. Cette inquiétude a d'ailleurs été exprimée sur d'autres bancs de cet hémicycle.

M. Franck Sérusclat. Et la souplesse ?

M. Guy Penne. C'est curieux !

M. le président. Je constate que l'amendement n° 20 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n° 60 rectifié et 10 ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Pour la même raison que celle que j'ai évoquée à propos de l'amendement précédent, je demande le rejet de l'amendement n° 60.

En revanche, le Gouvernement accepte l'amendement n° 10.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 60 rectifié, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 10.

M. Georges Benedetti. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Georges Benedetti. Cet amendement contribue à améliorer la rédaction initiale en assurant la participation des cadres infirmiers. Nous y sommes donc favorables.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...
Je mets aux voix l'amendement n° 10, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

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

Le premier, n° 61, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, a pour objet de remplacer le dernier alinéa du texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 par les trois alinéas suivants :

« Sont déterminés par décret en Conseil d'Etat :

« a) les modalités d'organisation et la structure interne des départements, compte tenu des caractères propres des diverses catégories d'établissements d'hospitalisation publics et de la nature de leurs activités médicales ;

« b) les modalités d'élection des membres des conseils de département et des chefs de département ainsi que les conditions d'agrément de ceux-ci. »

Le deuxième, n° 11 rectifié, présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, vise à rédiger comme suit le début du dernier alinéa du texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 :

« L'organisation et le fonctionnement du département sont définis par un règlement intérieur élaboré notamment par les médecins titulaires temps plein et temps partiel des services correspondants et par les cadres infirmiers. Le règlement intérieur est arrêté par le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique paritaire. Ce règlement précise notamment les objectifs, la nature... »

Le troisième, n° 62, présenté par les mêmes auteurs que l'amendement n° 61, vise, dans la deuxième phrase du dernier alinéa du texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970 à supprimer les mots : « les conditions de désignation et ».

La parole est à M. Benedetti, pour défendre les amendements nos 61 et 62.

M. Georges Benedetti. S'agissant de l'amendement n° 61, s'il est vrai que la départementalisation nécessite une certaine souplesse de mise en œuvre, il convient néanmoins que certaines règles soient fixées au plan national pour que les personnels demeurent dans des situations restant analogues.

Quant à l'amendement n° 62, c'est un amendement de conséquence.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour donner l'avis de la commission sur les amendements nos 61 et 62 et pour défendre l'amendement n° 11 rectifié ?

M. Charles Descours, rapporteur. Comme nous l'avons dit à propos de l'amendement n° 60, ce qui est prévu à l'amendement n° 61 nous semble relever du règlement intérieur. Nous y sommes donc défavorables. Par conséquent, nous sommes également défavorable à l'amendement n° 62.

S'agissant de l'amendement n° 11 rectifié, la rédaction du texte relatif à la participation des médecins nous paraît insuffisamment précise. Cet amendement entend donc préciser la participation des médecins titulaires travaillant dans les services concernés par la départementalisation.

Nous souhaitons ainsi montrer qu'ils seront bien associés à part entière à l'élaboration du règlement intérieur qui organisera le fonctionnement du département.

La formule retenue est, là aussi, ouverte et souple. Mais il est évident que d'autres personnes pourront être associées à cette élaboration.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces amendements nos 61, 62 et 11 rectifié.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement demande le rejet des amendements nos 61 et 62 et accepte l'amendement n° 11 rectifié, étant entendu que l'énumération ainsi ébauchée n'est en aucun cas limitative.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 61, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 62 est désormais sans objet.

Je vais mettre aux voix l'amendement n° 11 rectifié.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Nous nous abstenons sur cet amendement. En effet, nous reconnaissons qu'une directive est donnée là pour les conditions d'élaboration du règlement intérieur. Par conséquent, en acceptant cet amendement, le Gouvernement ne se place plus tout à fait dans la même position que tout à l'heure, lorsqu'il refusait toute règle.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. C'est faux !

M. Franck Sérusclat. Là, il y aura obligatoirement les médecins titulaires à temps plein et à temps partiel, les services correspondants et les cadres infirmiers.

Il nous plaît de relever cette contrainte au moins par notre abstention, car l'adverbe « notamment », qui veut ouvrir une souplesse, n'empêche que le reste du texte indique bien la contrainte, ce que le Gouvernement prétendait vouloir éviter. En fait, il se rend fort bien compte qu'on ne peut pas laisser dans la nature chacun faire comme il l'entend si l'on veut que cela fonctionne bien dans tous les établissements hospitaliers.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Jean Chérioux. C'est très volontiers que je vais voter cet amendement qui, d'ailleurs, vient compléter les dispositions du texte qui établissaient déjà la participation, ce qui est fondamental en ce qui concerne l'organisation de la départementalisation. Je ne peux que m'en réjouir, mais je constate avec regret que l'élan participatif du groupe socialiste commence à s'essouffler, puisqu'il se contente désormais de s'abstenir !...

Je voudrais profiter de cette occasion pour faire une mise au point, après les propos qu'a tenus tout à l'heure M. Sérusclat. Il a dit, en effet, que les amendements proposés par le groupe socialiste étaient la reprise d'un texte voté par le Sénat en 1983. Or, ce texte, contrairement à ce qu'a affirmé M. Sérusclat, n'a jamais été accepté par le gouvernement de l'époque.

Je renvoie notre collègue au *Journal officiel*, séance du 10 novembre 1983, pages 3029 à 3031. Sur un amendement n° 5 tendant à insérer un article additionnel, l'avis du Gouvernement - je cite M. Hervé - était le suivant : « Monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les sénateurs, voilà ce que, très courtoisement, je voulais vous dire pour vous rappelez, au risque de vous surprendre, que je ne partage ni votre analyse ni les propositions que vous avez faites au travers de vos amendements et sous-amendements. »

Voilà qui est clair, monsieur Sérusclat, et qui vient infirmer les propos que vous avez tenus tout à l'heure.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 11 rectifié, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix, modifié, le texte proposé pour l'article 20-4 de la loi du 31 décembre 1970.

(Ce texte est adopté.)

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

Je mets aux voix l'article 2, modifié.

(L'article 2 est adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, il nous reste vingt-neuf amendements à examiner, qui seront beaucoup plus simples que ceux dont nous avons discuté jusqu'à présent. Aussi devrions-nous en avoir terminé dans une heure et demie environ.

Monsieur le président de la commission, que souhaitez-vous ? Je suis à votre disposition.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Monsieur le président, les conditions de notre débat sont bonnes ; les échanges sont à la fois courtois, fermes et précis. Nous avons examiné assez rapidement cet article 2, qui était le cœur du texte.

Sur les vingt-neuf amendements restants, une vingtaine proposent des modifications importantes au texte, mais, si chacun y met un peu du sien, nous devrions en avoir terminé dans environ une heure et demie. Aussi la commission souhaiterait-elle que le Sénat achève ce soir l'examen de ce texte.

M. le président. Tous les spécialistes sont présents, nous pouvons donc poursuivre.

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

Il en est ainsi décidé.

Articles additionnels

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

Le premier, n° 63 rectifié, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Bœuf, Penne, Sérusclat, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, vise à insérer, après l'article 2, un article additionnel ainsi rédigé :

« Après le premier alinéa de l'article 21 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les représentants du personnel médical, pharmaceutique, odontologique et biologique et les représentants du personnel soumis à la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction hospitalière sont représentés en nombre égal au sein du conseil d'administration. »

Le second, n° 91, déposé par M. Souffrin, Mmes Beaudou et Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté, tend à insérer, après l'article 2, un article additionnel ainsi rédigé :

« Le deuxième alinéa de l'article 21 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est complété par la phrase suivante : " Les représentants du personnel médical et pharmaceutique, les représentants du personnel paramédical, des personnels administratifs et des personnels techniques, ouvriers et de service sont en nombre égal et élus dans chaque établissement. " »

La parole est à M. Benedetti, pour défendre l'amendement n° 63 rectifié.

M. Georges Benedetti. Cet amendement vise à mettre fin à une injustice flagrante dans la représentation des personnels au sein des conseils d'administration.

M. le président. La parole est à Mme Fraysse-Cazalis, pour défendre l'amendement n° 91.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Notre préoccupation est semblable. Nous proposons, en effet, que les représentants du personnel médical et pharmaceutique, les représentants du personnel paramédical, des personnels administratifs et des personnels techniques, ouvriers et de service soient élus, en nombre égal, et représentés au conseil d'administration.

Cela nous paraît conforme à l'exigence de démocratie indissociablement liée, à nos yeux, à l'exigence d'efficacité et de qualité des soins dans l'intérêt des usagers.

Cette disposition nous semble d'autant plus nécessaire que ce projet, comme l'ensemble de votre politique, prend le contrepied de cette exigence. En effet, rien dans votre texte n'ouvre la moindre perspective aux personnels soignants, techniques, ouvriers et administratifs. On constate même que sa principale caractéristique est, précisément, l'exclusion de ces personnels de toute participation aux décisions, de toute expression et de toute intervention.

Ils ne pourront pas intervenir dans les services sur lesquels s'exercera sans partage le pouvoir personnel du chef de service. Ils ne pourront pas intervenir non plus au niveau du département, dont la constitution n'est plus considérée que comme une éventualité. En effet, il n'y aura plus de conseil de département.

Enfin, votre projet de loi restreint considérablement les attributions des comités techniques paritaires, notamment quand au budget, aux comptes, à l'organisation et au fonc-

tionnement des départements, des services médicaux et non médicaux, ainsi qu'aux conditions de travail dans l'établissement.

Il nous semble qu'il s'agit d'un signe de méfiance, voire de mépris à l'égard de ces milliers d'agents du personnel hospitalier qui œuvrent avec leur savoir, leur dévouement, leurs compétences professionnelles pour alléger les souffrances, dispenser les soins et faire fonctionner l'hôpital jour et nuit. Ils reçoivent des compliments, certes, mais les faits sont les faits.

Vous avez affirmé, madame le ministre, en répondant aux intervenants dans la discussion générale, que vous considérez l'hôpital comme un tout, comme une équipe. De toute évidence, les dispositions de votre projet apportent, concrètement, la preuve du contraire. Au-delà du discours, je le répète, les faits sont les faits.

C'est cette exclusion antidémocratique, ce système impraticable et néfaste pour le fonctionnement de l'hôpital et pour les malades que nous dénonçons. A cette logique d'exclusion et d'autoritarisme, nous opposons celle de la démocratie et de l'efficacité, dont est porteur cet amendement que je demande au Sénat d'adopter.

M. Robert Vizet. Très bien !

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

M. Charles Descours, rapporteur. Je voudrais dire d'abord à Mme Fraysse-Cazalis que nous n'éprouvons ni méfiance ni mépris envers les personnels de service hospitalier. Le chirurgien que je suis sait bien que le souvenir que le malade emporte du service, c'est souvent le sourire de l'employé qui est chargé de la restauration.

Cela dit, je crois que si nous abordons le sujet du conseil d'administration, de nombreux amendements seraient déposés, en premier lieu par le président de notre commission qui a précisé à plusieurs reprises combien la composition et les pouvoirs actuels du conseil ne le satisfaisaient pas.

Un jour - Mme le ministre, d'ailleurs, l'a reconnu - un débat devra s'instaurer, portant sur la réforme des conseils d'administration. Aujourd'hui, nous sommes défavorables à ces deux amendements, non pas pour des raisons de fond, mais parce que ce n'est pas l'objet de ce projet de loi. J'ajoute, madame, que vous n'avez pas le privilège du cœur envers ces personnels !

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement demande le rejet de ces deux amendements.

Il faut dire clairement que cette loi est destinée à organiser des structures et non à revoir le statut et les fonctions du personnel hospitalier. Il ne faut pas demander à une loi d'aborder des problèmes qui n'entrent pas dans le cadre qu'on lui a fixé.

Par conséquent, vous ne pouvez en aucun cas dire qu'il s'agit de bonnes intentions et que le personnel hospitalier est tenu à l'écart de nos propositions : encore une fois, ce n'est pas l'objet de ce texte. Celui-ci ne concerne pas l'ensemble de la politique du Gouvernement à l'égard de l'hôpital.

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 63 rectifié.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Le rapporteur semble penser en toute sincérité qu'un jour un débat interviendra sur les conseils d'administration. S'il pouvait nous donner ce soir la certitude que ce débat aura bien lieu, nous retirerions volontiers cet amendement.

Nous serions encore plus disposés à le retirer si Mme le ministre pouvait s'engager à ce que jamais, notamment dans un D.D.O.S., ne sera introduite une mesure qui n'aurait rien à voir avec le texte en discussion...

M. Charles Descours, rapporteur. C'est de la provocation !

M. le président. Je ne pense pas, monsieur Sérusclat, qu'il faille attendre une assurance de cette nature ! (Sourires.)
Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 63 rectifié, 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'amendement n° 91, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 92, M. Souffrin, Mmes Beauveau et Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent d'insérer, après l'article 2, un article additionnel ainsi rédigé :

« Il est ajouté, après le troisième alinéa de l'article 21 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un alinéa ainsi rédigé :

« Il est créé un conseil d'administration par établissement d'hospitalisation public. Dans les établissements du ressort de l'Assistance publique de Paris, le conseil d'administration est présidé par le maire de la commune ou par le maire de l'arrondissement. »

La parole est à Mme Fraysse-Cazalis.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Cet amendement s'inscrit dans la démarche d'ensemble qui est la nôtre, tendant à rendre toujours plus efficace et plus démocratique la gestion des hôpitaux publics, dans l'intérêt des malades. Cette exigence s'applique également aux hôpitaux qui sont du ressort de l'Assistance publique de Paris.

Tel est le sens de cet amendement que nous demandons au Sénat d'adopter.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Cet amendement a, lui aussi, trait au conseil d'administration. Pour les mêmes raisons que pour l'amendement précédent, la commission y est défavorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Cet amendement est contradictoire sur le fond et juridiquement incorrect sur la forme. En effet, il prévoit d'abord la création d'un conseil d'administration par établissement d'hospitalisation publique, disposition qui figure déjà dans la loi du 31 décembre 1970. Mais il précise aussitôt que, dans le cas de l'Assistance publique de Paris, qui constitue pourtant un seul établissement d'hospitalisation, il existera un conseil d'administration par hôpital appartenant à l'Assistance publique.

Dès lors que cet amendement ne modifie pas le statut juridique de l'Assistance publique de Paris, il ne peut y avoir qu'un seul conseil d'administration présidé par le maire de Paris.

Au demeurant, il convient de souligner qu'il existe déjà à l'Assistance publique de Paris un conseil d'établissement et un comité consultatif médical dans chaque hôpital.

C'est pourquoi le Gouvernement vous demande, mesdames, messieurs les sénateurs, de rejeter l'amendement n° 92.

M. le président. L'amendement n° 92 est-il maintenu ?

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je vais le mettre aux voix.

M. Jean Chérioux. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Jean Chérioux. Il peut y avoir une autre interprétation de la proposition des membres du groupe communiste. Peut-être envisagent-ils de voir l'Assistance publique de Paris éclater en autant d'établissements publics qu'il existe d'établissements hospitaliers. Si tel est le cas, je me ferai un plaisir d'envoyer ce texte aux différents syndicats représentés au conseil d'administration de l'Assistance publique de Paris, qui ont toujours été fermement opposés à tout démantèlement de l'Assistance publique et qui tiennent à ce que celle-ci continue à former un tout.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 92, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 3

M. le président. « Art. 3. - Les articles 17, 22 et 27 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi modifiés :

« I. - Dans le premier alinéa de l'article 17, après les mots : " lorsque l'association d'un ou plusieurs ", sont insérés les mots : " services ou ".

« II - Le 7° du premier alinéa de l'article 22 est ainsi rédigé :

« 7° Les créations, suppressions et transformations des services médicaux et pharmaceutiques ainsi que, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements hospitaliers ; les créations, suppressions et transformations des services autres que médicaux et pharmaceutiques et des cliniques ouvertes ; »

« III. - A l'article 27, les mots : " des chefs de département " sont remplacés par les mots : " des coordonnateurs des départements ou des chefs de service ". »

Par amendement n° 64, MM. Méric, Bonifay, Bialsky, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer cet article.

La parole est à M. Benedetti.

M. Georges Benedetti. Nous considérons que les dispositions de la loi de 1984 sont bénéfiques et qu'il n'y a donc pas lieu de les modifier. Aussi, nous proposons de supprimer cet article 3.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Vous ne serez pas surpris d'apprendre que, aux yeux de la commission, la loi de 1984 n'est pas aussi bénéfique que le dit M. Benedetti. Elle est donc défavorable à cet amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Défavorable.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 64, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 65 est devenu sans objet.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 3.

(L'article 3 est adopté.)

Article 4

M. le président. « Art. 4. - L'article 24 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est ainsi rédigé :

« Art. 24. - Dans chaque établissement d'hospitalisation public, il est institué une commission médicale d'établissement.

« La commission médicale d'établissement est obligatoirement consultée sur le programme, le plan directeur, le budget et les comptes de l'établissement ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques et, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements ainsi que sur tous les aspects techniques des activités médicales. Elle est également consultée sur le fonctionnement des services autres que médicaux et pharmaceutiques qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades.

« A sa propre initiative ou à la demande du directeur de l'établissement ou du chef de service ou du coordonnateur de département concerné, et compte tenu des décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles 22 et 22-2 de la présente loi, la commission médicale d'établissement délibère sur les choix médicaux dans le respect de la dotation budgétaire allouée.

« La commission médicale d'établissement se prononce chaque année sur un rapport sur l'évaluation technique et économique des soins dispensés dans l'établissement. Ce rap-

port est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire dans des formes de nature à préserver le secret médical. »

Je suis saisi de neuf amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 66, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, et le deuxième n° 93, présenté par M. Souffrin, Mmes Beaudeau, Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté, sont identiques.

Tous deux tendent à supprimer cet article.

Le troisième, n° 67, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, a pour objet, dans la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970, de supprimer les mots : « , le cas échéant, ».

Le quatrième, n° 68, présenté par les mêmes auteurs, vise, toujours dans la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970, à remplacer les mots : « pôles d'activités » par les mots : « unités de soins ».

Le cinquième, n° 12, présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, a pour objet, après la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970, d'insérer la phrase suivante :

« Elle est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget ».

Le sixième, également présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, tend à rédiger comme suit le début du troisième alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970 :

« A la demande du président du conseil d'administration ou du directeur de l'établissement ou du président de la commission médicale d'établissement ou du tiers des membres de celle-ci ou du chef de service ou du coordonnateur de département concerné... »

Le septième, n° 69, présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés, vise, dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970, à remplacer les mots : « chef de service » par les mots : « praticien hospitalier, responsable de service ».

Le huitième, n° 70, présenté par les mêmes auteurs, tend, dans la première phrase du dernier alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, à remplacer les mots : « se prononce » par le mot : « établit ».

Enfin, le neuvième, n° 71, toujours présenté par les mêmes auteurs, a pour objet de compléter la première phrase du dernier alinéa du texte proposé pour l'article 24 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 par les mots :

« ... à partir de rapports annuels établis par les responsables de département, par les praticiens hospitaliers responsables de service et par les responsables des unités de soins ».

La parole est à M. Benedetti, pour défendre l'amendement n° 66.

M. Georges Benedetti. Les commissions médicales consultatives accomplissent pleinement leur rôle dans le cadre de la législation actuelle. Il n'y a donc lieu de modifier ni leur rôle ni leur dénomination.

De plus, cet article fait disparaître l'institution explicite d'un comité technique paritaire, ce qui est surprenant, compte tenu de la rédaction d'autres articles du projet de loi mais semble significatif de la considération accordée par le Gouvernement au personnel non médical.

M. le président. La parole est à Mme Fraysse-Cazalis, pour défendre l'amendement n° 93.

Mme Fraysse-Cazalis. Cet amendement propose de supprimer l'article 4 qui constitue la suite logique du système mis en place par les articles 1^{er} et 2, et qui concerne les attributions de la commission médicale d'établissement.

Il s'inscrit pleinement dans votre démarche qui ne conçoit la collégialité qu'à titre consultatif alors que la décision reste de la responsabilité d'une personne nommée par le ministre, en l'espèce, le chef de service.

Les compétences de cette commission, telles qu'elles résultent de l'article 4, sont soit décisionnelles, soit consultatives. Je n'insisterai pas sur les compétences consultatives en raison de leur caractère propre.

S'agissant du pouvoir délibératif, dont vous faites état un peu comme d'un arbre pour cacher la forêt, il s'exerce dans le cadre de la dotation budgétaire globale. Il en résulte une remise en cause de l'indépendance médicale et une transformation de cette commission en un instrument d'intégration du corps médical à la gestion de l'austérité dans l'hôpital.

Madame le ministre, vous avez dû reculer à l'Assemblée nationale quant à la possibilité pour cette commission de délibérer de sa propre initiative, mais vous maintenez l'encadrement par les moyens sur l'évolution et la répartition desquels elle n'aura, bien entendu, aucune prise.

Enfin, la rédaction de l'article 4 consacre l'exclusion des comités techniques paritaires de tout processus de décision ou de concertation, ceux-ci n'ayant plus droit qu'à recevoir le rapport annuel sur lequel la commission médicale d'établissement se prononce, comme le mentionne le dernier alinéa.

Encore une fois, cet article montre que vous n'acceptez la collégialité que dans la mesure où elle est susceptible de cautionner votre politique d'austérité, et que vous excluez jusqu'au principe même de l'intervention des personnels non médicaux.

Telles sont les raisons qui nous conduisent à demander la suppression de l'article 4 qui constitue l'instrument par lequel vous comptez aligner l'exercice de la médecine hospitalière sur les exigences de la loi du profit, que vous faites entrer en force dans les hôpitaux publics.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements nos 66 et 93 ?

M. Charles Descours, rapporteur. La réponse peut être commune pour les deux amendements, qui sont identiques et dont les motivations sont très proches.

Tout d'abord, les comités techniques paritaires ne sont pas supprimés. Toutes leurs attributions sont clairement définies dans l'article 114 de la loi du 9 janvier 1986 ; c'est pour cette raison qu'ils en sont pas mentionnés à cet endroit du projet de loi.

Par ailleurs, pour les commissions médicales d'établissement instaurées dans cet article, il est évident, comme nous le disions ce matin, que « si la santé n'a pas de prix, elle a un coût ». Il importe donc de responsabiliser au maximum les ordonnateurs de dépenses que sont les médecins et de renforcer les pouvoirs de la commission médicale d'établissement, dans le cadre d'un budget global, bien entendu, car, quel que soit le rôle de chacun, il y a toujours des limites budgétaires. Donc, dans le cadre du budget qui est alloué, la commission médicale d'établissement doit avoir des choix et des indications médicales et thérapeutiques à proposer.

La rédaction de l'article 4 va dans le sens d'un renforcement de la responsabilisation du médecin. La commission médicale d'établissement se voit ainsi dotée de certains pouvoirs délibératifs alors que, jusqu'à présent, elle n'était que consultative.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je suis surprise par cet amendement à plusieurs titres.

Tout d'abord, cet amendement laisse entendre qu'il n'y a pas lieu de modifier le rôle des actuelles commissions médicales consultatives.

Il me semble, au contraire, qu'il y a un large consensus sur les traversés de votre assemblée pour reconnaître que, dans un contexte de maîtrise des dépenses, les médecins hospitaliers doivent être davantage sensibilisés et associés aux problèmes de gestion. Tel est précisément l'objet de l'article 4.

Ensuite, l'exposé des motifs indique qu'il n'y a pas lieu de modifier la dénomination des actuelles commissions médicales consultatives. Il me semble, au contraire, dès lors que ces commissions reçoivent un pouvoir délibératif sur un point bien précis, qu'il n'est plus possible de les qualifier de « consultatives ».

Enfin, l'exposé des motifs indique que cet article 4 fait disparaître l'institution explicite d'un comité technique paritaire. Je suis au regret de devoir vous rappeler que c'est la loi du

9 janvier 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière, que vous avez votée, qui a supprimé la référence au comité technique paritaire dans l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970.

Cette suppression était d'ailleurs logique dans la mesure où le rôle, la composition et le fonctionnement des comités techniques paritaires relèvent désormais des textes statutaires du personnel hospitalier.

Sachant que cette mesure a été prise par le gouvernement précédent, je m'étonne donc de vous entendre dire et répéter qu'elle est significative du peu de considération accordée au personnel non médical. Je suis, pour ma part, à même de vous rassurer pleinement : le comité technique paritaire n'a nullement disparu.

Pour toutes ces raisons, le gouvernement vous demande, mesdames, messieurs les sénateurs, de rejeter les amendements nos 66 et 493.

M. le président. La parole est à M. Penne, pour défendre l'amendement n° 67.

M. Guy Penne. Cet amendement est très important. Pour éviter de limiter les pouvoirs des structures auxquelles vous tenez tant, madame le ministre, et que vous allez instaurer, nous pensons que la commission médicale doit être obligatoirement consultée dans le domaine des pôles d'activités.

D'ailleurs, pourquoi insérer les mots « le cas échéant » ? Pourquoi évoquer les pôles d'activités des départements ainsi que les aspects techniques des activités médicales ? C'est trop ou ce n'est pas assez.

Le fait de retirer l'expression « le cas échéant » montrera qu'il ne doit pas y avoir d'ambiguïté.

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

M. Charles Descours, rapporteur. La suppression des mots « le cas échéant » semble indiquer que, si tel était le cas, la commission médicale d'établissement devrait se prononcer sur le fonctionnement des pôles d'activités, ce que vous n'avez pas signalé dans la présentation de votre amendement, monsieur Penne. Nous sommes favorables à ce que la commission médicale d'établissement se prononce sur la création des pôles, mais non sur le fonctionnement, ce qui ferait preuve, vous en conviendrez, d'un bureaucratisme excessif. Pour que le système soit souple et facultatif, pour qu'il soit adapté aux réalités de chaque établissement hospitalier, les mots « le cas échéant » doivent être maintenus. La commission est donc défavorable à l'amendement n° 67.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. L'expression « le cas échéant » n'est aucunement ambiguë. Le pôle d'activités et le département étant des structures dont la création est volontaire, la commission médicale d'établissement ne peut être consultée que « le cas échéant », c'est-à-dire lorsque de telles structures ont bien été créées. Pour cette raison, le Gouvernement demande le rejet de cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 68 n'a plus d'objet.

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 12.

M. Charles Descours, rapporteur. L'article 4 du projet de loi modifie la rédaction de l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970 et précise les compétences de la commission médicale d'établissement, anciennement consultative.

Le deuxième alinéa étend son pouvoir consultatif, qui portera également sur le plan directeur de l'établissement et sur tous les aspects techniques des activités médicales.

L'amendement qui vous est proposé ici vise à rendre plus effectif le pouvoir consultatif de cette commission, notamment lorsqu'il porte sur le budget.

Nous avons déposé cet amendement à la demande des médecins qui siègent dans ces commissions médicales aujourd'hui consultatives.

Force est de constater que le pouvoir consultatif de la commission est très largement formel, étant donné que la commission n'a aucun moyen de suivre la mise en œuvre du budget.

Dans ces conditions, il paraît difficile de responsabiliser les membres de ladite commission par rapport aux contraintes budgétaires de leur établissement hospitalier.

C'est pourquoi cet amendement précise que la commission médicale d'établissement est tenue régulièrement informée de l'exécution du budget.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement est favorable à cet amendement, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 13.

M. Charles Descours, rapporteur. L'article 4 du projet de loi confère, par le troisième alinéa de l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970, un pouvoir délibératif à la commission médicale d'établissement. Ce pouvoir porte sur les choix médicaux de l'établissement, dans le respect non seulement de la dotation budgétaire allouée, mais aussi des prérogatives du conseil d'administration et du directeur de l'établissement.

Initialement, ce pouvoir était strictement encadré, puisqu'il ne pouvait s'exercer que sur la demande du directeur de l'établissement, du chef de service ou du coordonnateur du département concerné. L'Assemblée nationale en a fait un pouvoir propre de la commission en conférant à cette dernière une faculté d'autosaisine.

Notre amendement entend préciser la nature de cette autosaisine. Elle relèvera du seul président de la commission médicale d'établissement. En effet, si l'on veut donner plus de poids aux travaux de cette commission et impliquer davantage ses membres dans la gestion de l'établissement, il convient qu'elle s'organise et se structure. Cela implique une certaine prééminence du président de la commission pour ce qui est de l'organisation de ses travaux internes.

Notre amendement donne également compétence au président du conseil d'administration, dans un souci d'équilibre, pour saisir la commission médicale d'établissement et lui demander de délibérer sur les choix médicaux de l'établissement. Il ne serait pas normal que, seule, cette instance ne puisse saisir la commission médicale d'établissement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 69 n'a plus d'objet.

La parole est à M. Benedetti, pour défendre l'amendement n° 70.

M. Georges Benedetti. Cet amendement vise à préciser le rôle de la commission médicale d'établissement. En effet, à la lecture du projet de loi, on ne sait pas exactement qui établit le rapport sur l'évaluation technique et économique des soins dispensés dans l'établissement.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Cet amendement fait plus qu'apporter une précision. Il nous semble très précieux et la commission émet un avis favorable.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. La parole est à M. Sérusclat, pour défendre l'amendement n° 71.

M. Franck Sérusclat. Il nous paraît important que l'on sache à partir de quel document la commission médicale d'établissement établit son propre rapport. Le rapporteur va dire que je demande de la « paperasserie », comme si à un moment donné je m'y étais opposé. Ce n'est pas moi qui ai employé ces termes - paperasserie, bureaucratie... - mais le membre ici présent du Gouvernement.

Je suis convaincu que l'on saura rapidement trouver les moyens - c'est nécessaire - qui permettront d'utiliser moins de papier et, pourtant, d'apporter des réponses utiles en vue de disposer de ce qui rendra possible l'évaluation, par le biais de P.M.S.I. Il faudra bien que, peu à peu, on trouve les formules, en utilisant les moyens modernes actuels, pour fournir ces indications de façon rapide, précise et concise.

Il serait donc judicieux que l'on précisât que ce rapport est établi à partir des rapports annuels préparés par les responsables de département, par les praticiens hospitaliers respon-

sables de service - nous pourrions mettre « par les chefs de service », puisque c'est, dorénavant, la terminologie - et par les responsables des unités - nous dirions « des pôles d'activités ».

Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. Il s'agit donc d'un amendement n° 71 rectifié, qui est ainsi rédigé : « à partir de rapports annuels établis par les responsables de département, par les chefs de service et par les responsables des pôles d'activités ».

Quel est l'avis de la commission ?

M. Charles Descours, rapporteur. Cette disposition, indépendamment des termes employés, nous semble inutile dans un texte de loi.

Je rappelle que le rapport de la commission médicale d'établissement est d'ores et déjà établi, dans la plupart des cas, sur la base des rapports annuels d'activité des chefs de service.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le sénateur, il n'appartient pas à la loi de définir la façon dont la commission médicale d'établissement élabore son rapport annuel.

Par ailleurs, le projet de loi ne prévoit pas de rapport annuel obligatoire, en particulier pour les coordonnateurs de département et les chefs de pôle d'activités.

Le Gouvernement demande donc le rejet de cet amendement.

M. le président. Je vais appeler le Sénat à statuer sur les amendements qui viennent de faire l'objet d'une discussion commune.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix les amendements identiques nos 66 et 93, repoussés par la commission et le par Gouvernement.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 67, 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'amendement n° 12, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 13, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 70, accepté par la commission et pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 71 rectifié, 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, modifié.

M. Robert Vizet. Le groupe communiste vote contre.

M. Franck Sérusclat. Le groupe socialiste également.

(L'article 4 est adopté.)

Article 5

M. le président. « Art. 5. - Aux articles 7, 14-2, 21 et 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, les mots : « commission médicale consultative » sont remplacés par les mots : « commission médicale d'établissement ».

« Les commissions médicales consultatives en fonction à la date de publication de la présente loi prennent, à cette date, la dénomination de commissions médicales d'établissement et exercent les attributions définies à l'article 4 de la présente loi. » - (Adopté.)

Article 6

M. le président. « Art. 6. - L'article 13 de la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier est abrogé. »

Par amendement n° 72, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer cet article.

La parole est à M. Sérusclat.

M. Franck Sérusclat. L'article 6 prête à discussion, de même, il est vrai, que l'amendement n° 72 qui tend à sa suppression.

L'article 6 a pour objet de supprimer l'article 13 de la loi du 3 janvier 1984, lequel article est caduc puisqu'il indique que les dispositions transitoires prennent fin au 1^{er} janvier 1987.

Nous pensons, pour notre part, qu'il vaut mieux laisser cet article tomber de lui-même que voter un article 6 pour le supprimer.

C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de l'article 6.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Il est vrai - nous l'avons suffisamment dit depuis ce matin - que la période transitoire instaurée par l'article 13 de la loi du 3 janvier 1984 est achevée depuis le mois de janvier 1987 ; c'est pour cela que nous sommes devant un vide factuel.

Mais l'article 13, que l'on veut supprimer, fait référence aux articles 4 et 5 de la loi du 3 janvier 1984, qui imposaient le département. M. Sérusclat a l'air de dire que cela va sans dire. Nous pensons que cela va mieux en le disant.

Nous sommes donc défavorables à l'amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Pour les mêmes raisons que la commission, le Gouvernement demande le rejet de cet amendement, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Sérusclat, votre amendement est-il maintenu ?

M. Franck Sérusclat. Il est d'autant plus maintenu que, en s'y opposant, le Gouvernement reconnaît que la loi existe. Tous les arguments de vide juridique, de vide factuel, de vide organisationnel tombent. Le rapporteur vient lui-même de me donner cet argument, que je n'avais pas mis en avant tout à l'heure. Je n'ai pas eu sa perspicacité !

M. Charles Descours, rapporteur. C'est de la casuistique jésuite !

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je demande la parole.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. L'article 6 du présent projet de loi vise à abroger l'article 13 de la loi du 3 janvier 1984. Nous n'avons jamais dit qu'elle n'existait pas : elle est caduque depuis le 1^{er} janvier 1987 ! Cet article est donc tombé de lui-même le 1^{er} janvier 1987 ; il est logique de l'abroger explicitement. Comme l'a dit le rapporteur, il va mieux en le disant que sans le dire.

M. Franck Sérusclat. Cela veut dire que la loi existe !

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

Je mets aux voix l'amendement n° 72, 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 6.

(L'article 6 est adopté.)

Article 7

M. le président. « Art. 7. - Par dérogation aux dispositions de l'article 2 de la présente loi relatives à la procédure de nomination des chefs de service, tout médecin, biologiste ou odontologiste hospitalier qui avait été nommé chef de ser-

vice avant le 31 décembre 1984 et qui n'a pas fait l'objet d'une mutation depuis cette date, à condition qu'il continue d'exercer à la date de publication de la présente loi ces responsabilités, sera nommé, à compter de la même date et pour la durée définie à l'article 20-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée par la présente loi, chef du service dans lequel il exerce ces responsabilités.

« Cette disposition est également applicable aux médecins, biologistes et odontologistes hospitaliers qui avaient été nommés chefs de service avant le 31 décembre 1984 et qui ont fait l'objet d'une mutation depuis cette date, sous réserve qu'un médecin, biologiste ou odontologiste hospitalier mentionné à l'alinéa précédent ne soit pas chargé des fonctions de chef de service là où ils exercent.

« Tout pharmacien-résident chef de première ou de deuxième classe, qui assure à la date de publication de la présente loi la direction d'une pharmacie telle que définie à l'article L. 570 du code de la santé publique sera nommé, à compter de la même date et pour la durée définie à l'article 20-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, chef du service de pharmacie dans lequel il exerce cette direction. »

Deux amendements peuvent faire l'objet d'une discussion commune, le troisième, n° 74, étant devenu sans objet.

Par amendement n° 73, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer cet article 7.

Par amendement n° 14, M. Charles Descours, au nom de la commission, propose d'en supprimer le deuxième alinéa.

La parole est à M. Penne, pour défendre l'amendement n° 73.

M. Guy Penne. J'ai déjà signalé qu'il existait une véritable inégalité dans le service public. En effet, on crée deux poids, deux mesures : on introduit un facteur d'ancienneté qui ne donne absolument pas satisfaction. S'il y a une telle inégalité, c'est, me semble-t-il, parce que l'on veut pérenniser les situations.

Je le sais bien, madame le ministre, vous allez encore vous tourner vers nous et reprendre votre explication, que nous avons d'ailleurs bien comprise.

Néanmoins, je tenais à vous exprimer notre crainte sur ce point et à vous dire que nous ne sommes pas certains que les situations ne seront pas pérennisées. Mais peut-être pourriez-vous supprimer cet article, si vous alliez au terme de votre logique ? En effet, en appliquant votre projet de loi, vous devriez créer de nouvelles chefferies de service.

Il n'y a pas de raison d'introduire un principe d'ancienneté, car tout le monde, à mon avis, devrait pouvoir disposer d'un service.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, d'une part, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 73 et, d'autre part, pour défendre l'amendement n° 14.

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, je crois que M. Penne a parfaitement compris, ce dont je ne doutais pas, et ce qui me permettra d'intervenir plus brièvement.

Il est vrai que l'amendement n° 73, ainsi d'ailleurs que l'amendement n° 14, est le résultat du flou juridique - pour ne pas dire du vide - dans lequel nous nous trouvons non seulement depuis le vote de la loi de 1984, mais surtout depuis janvier 1987. Pendant cette période, on a fait, du point de vue juridique, un peu n'importe quoi en matière de nomination des chefs de service.

Je suis contre la suppression de l'article 7 et j'émet, par conséquent, un avis défavorable sur l'amendement n° 73 ; en effet, un certain nombre de cas concrets doivent être réglés. Mais je suis d'accord avec M. Penne pour estimer qu'une rédaction adaptée à ces situations particulières n'est pas très facile à trouver.

Nous avons retenu, dans l'amendement, n° 14 une rédaction différente de celle qui avait été adoptée par l'Assemblée nationale, car il nous est apparu, à l'écoute des délégations que nous avons reçues, que ce libellé ne résolvait pas les cas concrets.

L'amendement n° 14 vise à faire automatiquement « renommer » chefs de service les praticiens hospitaliers nommés chefs de service avant le 31 décembre 1984, qui n'ont pas fait l'objet de mutation et qui exercent toujours ces responsabilités aujourd'hui.

Ces dispositions n'appellent pas d'objections de notre part. En revanche, tel n'est pas le cas de celles qui ont été ajoutées par l'Assemblée nationale et qui veulent régler *a priori* des cas, semble-t-il, très complexes, directement issus du flou juridique dans lequel vivent nos établissements depuis trois ans.

Il s'agit du cas d'un ancien chef de service, nommé avant le 31 décembre 1984, qui aurait été muté à un poste où un praticien hospitalier, non chef de service, a été nommé par le préfet comme chef de service intérimaire.

L'alinéa ajouté par l'Assemblée nationale décide de la nomination automatique de l'ancien chef de service, alors même que l'intérimaire nommé par le préfet était auparavant l'adjoint du chef de service précédent.

Il ne nous semble pas évident de privilégier automatiquement le praticien ayant été muté, sous prétexte qu'il était chef de service. Ces cas doivent être examinés individuellement et être assortis des avis locaux, à savoir ceux du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement.

C'est pourquoi le présent amendement vous propose de supprimer le deuxième alinéa de l'article 7, ce qui renvoie *ipso facto* à la procédure prévue à l'article 2.

Mes chers collègues, j'ai tout à fait conscience du fait que les explications complexes que je vous apporte à cette heure constituent une rude épreuve pour vous et je vous demande donc de bien vouloir m'en excuser.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 73 et 14 ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 73 et s'en remet à la sagesse du Sénat sur l'amendement n° 14, l'alinéa en cause ayant été introduit par un amendement adopté par l'Assemblée nationale.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 73.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 14.

M. Guy Penne. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Guy Penne. Le groupe socialiste aurait préféré que l'amendement n° 73 soit adopté. Cependant, il suivra tout de même le rapporteur dans sa proposition et votera son amendement n° 14.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 14, sur lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'article 7, ainsi modifié.

(L'article 7 est adopté.)

Articles additionnels

M. le président. Par amendement n° 75, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti et les membres du groupe socialiste et apparentés proposent d'insérer, après l'article 7, un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article 12 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social est abrogé. »

La parole est à M. Benedetti.

M. Georges Benedetti. La modulation du forfait hospitalier selon la catégorie d'établissement, la nature du service et la durée du séjour a donné lieu à un certain nombre d'abus, notamment dans les hôpitaux psychiatriques. Il paraît donc préférable de supprimer ces dispositions.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, cette modulation du forfait hospitalier doit permettre au contraire, à notre avis, d'atténuer les effets

pervers dus aux différences de tarifs pratiquées entre les établissements hospitaliers psychiatriques et les maisons de retraite qui donnent lieu à des coûts d'« hébergement indu ». Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 75, qui en propose la suppression.

Par ailleurs, nous attirons l'attention du Gouvernement sur le fait que le décret d'application n'est pas encore paru et qu'il conviendra, lors de sa publication, que la modulation ne soit pas excessive.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Avis défavorable, monsieur le président.

Je me suis déjà exprimée cet après-midi sur le problème des décrets d'application. Par conséquent, je vous confirme mes propos à cet égard, monsieur le sénateur.

M. le président. Monsieur Benedetti, l'amendement n° 75 est-il maintenu ?

M. Georges Benedetti. Oui, monsieur le président.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 75, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 76, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti et les membres du groupe socialiste et apparentés proposent d'insérer, après l'article 7, un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article 23 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social est abrogé. »

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Le fait que ces dispositions aient été adoptées sans débat lors de l'adoption d'un projet de loi portant diverses mesures d'ordre social me semble assez scandaleux. Il n'y a pas eu de débat de fond sur cette question qui hypothèque gravement l'avenir de l'hôpital public. La méthode employée à l'époque a d'ailleurs choqué de nombreuses personnes travaillant dans le monde médical.

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

M. Charles Descours, rapporteur. L'amendement n° 76 a en fait pour objet de supprimer l'activité libérale au sein de l'hôpital. M. Penne voudrait le faire dans la nuit, à une heure dix, subrepticement.

M. le président. C'aurait été dans le soleil de dix heures du matin, si l'on avait suivi les conclusions de la conférence des présidents ! *(Sourires.)*

M. Charles Descours, rapporteur. Je suis très choqué par cette méthode.

M. Jean Chérioux. Scandalisé !

M. Franck Sérusclat. C'est la réponse du berger à la bergère !

M. Charles Descours, rapporteur. La commission ne peut donc émettre qu'un avis défavorable sur l'amendement n° 76.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement, monsieur le président.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 76, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 7 bis

M. le président. « Art. 7bis. - Dans la première phrase du 4° de l'article 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, après les mots : " Des médecins, des biologistes ", sont insérés les mots : ", des pharmaciens ". » - *(Adopté.)*

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION PRIVÉS

Article 10

M. le président. « Art. 10. - Les articles 31 et 33 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi modifiés :

« 1° à l'article 31, le 1° du premier alinéa est complété par les mots : " ainsi que le regroupement d'établissements de cette nature " ;

« 2° le deuxième alinéa de l'article 33 est complété par les dispositions suivantes : " Toutefois, lorsque des établissements situés dans un même secteur sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause demandent l'autorisation de se regrouper au sein de ce secteur, l'autorisation est accordée à condition de satisfaire aux prescriptions du 2° du premier alinéa et d'être assortie d'une réduction de capacité des établissements regroupés ; les modalités de cette réduction sont définies par voie réglementaire en tenant compte des excédents existant dans le secteur considéré et dans la limite d'un plafond. En cas d'établissements multidisciplinaires, le regroupement par discipline entre plusieurs établissements est autorisé dans les mêmes conditions. Ces dispositions ne sont pas applicables aux cessations d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements. " »

Je suis saisi de deux amendements identiques.

Le premier, n° 77, est présenté par MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti et les membres du groupe socialiste et apparentés.

Le second, n° 94, est déposé par M. Souffrin, Mmes Beau-deau et Fraysse-Cazalis et les membres du groupe communiste et apparenté.

Tous deux tendent à supprimer cet article.

La parole est à M. Benedetti.

M. Georges Benedetti. Monsieur le président, madame le ministre, l'amendement n° 77 vise à supprimer l'article 10, même si nous avons bien évidemment peu d'illusion quant au résultat.

Toutefois, je voudrais quand même, dans le cas où le Sénat refuserait cette suppression, appeler l'attention de Mme le ministre sur un aspect qui concerne le regroupement d'établissements privés ainsi préconisé et qui est assorti d'une réduction, comme c'est le cas pour le secteur public, réduction - est-il précisé - dans la limite d'un plafond. Cette disposition résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale.

J'ai indiqué ce matin notre opposition à cette notion de plafond, car, je le rappelle, nous sommes dans une situation excédentaire d'une façon générale : environ 55 000 lits de court séjour pour ne parler que d'eux. De plus, comme le rapporteur l'a indiqué dans son rapport, les lits de court séjour ont progressé dans le secteur privé de 3,9 p. 100 de 1972 à 1985, alors qu'ils ont diminué de 2,2 p. 100 dans le secteur public hospitalier pour la même période.

Dans ces conditions, si nous comprenons qu'une opération de restructuration doive être assortie d'un réduction, nous comprenons moins les faveurs ainsi consenties au secteur privé par cette notion de plafond assez floue et, par conséquent, difficile à comprendre.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons des explications complémentaires de Mme le ministre sur cette question. Cette incertitude et cette inégalité de traitement qui en résulte motivent notre amendement de suppression de l'article 10.

Toutefois, le cas échéant, nous saurions nous satisfaire - très relativement - de la suppression des mots « dans la limite d'un plafond ».

M. le président. La parole est à Mme Fraysse-Cazalis, pour défendre l'amendement n° 94.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Cet amendement propose la suppression de l'article 10, qui concerne la carte sanitaire et qui témoigne d'une conception arbitraire et totalement ignorante des besoins réels des hôpitaux.

Le regroupement des établissements sanitaires privés comportant des moyens d'hospitalisation est, de toute évidence, destiné à permettre aux établissements privés de profiter, dans des conditions extrêmement favorables, des secteurs du service public considérés comme rentables.

De tous vos discours et de toutes vos déclarations il ressort que vous concevez le rapport entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés plus en termes de concurrence qu'en termes de complémentarité, concurrence à laquelle les établissements publics sont envoyés avec de véritables semelles de plomb compte tenu de l'austérité budgétaire que votre politique leur impose.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous demandons la suppression de cet article 10.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Il est toujours quelque peu manichéen et réducteur - pour ne pas employer un terme plus désagréable - de présenter le secteur privé hospitalier comme quelque chose de florissant et le secteur public hospitalier comme quelque chose de moribond. Compte tenu du nécessaire contrôle des dépenses de santé, les deux secteurs ont aujourd'hui des difficultés.

Le secteur privé a, en plus, des problèmes de taille. Plus de mille établissements ont moins de quarante lits, pour un des deux seuls syndicats du secteur privé. Aujourd'hui, une surface d'environ cent lits est nécessaire pour qu'un plateau technique de qualité puisse tourner de façon suffisante. Si l'on veut - je pense que notre désir est partagé par beaucoup - assurer le maintien du secteur privé, il importe de lui donner la possibilité de se rapprocher pour arriver à une taille suffisante. Cette loi le leur permet, alors que, jusqu'à présent, les dispositions le leur interdisaient.

Si nous supprimions cet article, comme le veulent les groupes socialiste et communiste, nous précipiterions la disparition du secteur privé. Ce n'est pas du tout notre souhait.

La notion de plafond est peut-être complexe. Cependant il serait possible, en poussant la logique à l'absurde, de rassembler deux cliniques de quarante-cinq lits, de supprimer quarante lits, et d'en revenir ainsi à la situation initiale, à savoir un nombre de lits insuffisant. Si un problème de formulation existe, l'idée recherchée est d'éviter une diminution excessive.

La commission est donc défavorable à ces deux amendements.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement demande le rejet de ces deux amendements.

La notion de plafond a été introduite par un amendement de l'Assemblée nationale. La réduction du nombre de lits étant proportionnelle à l'excédent du secteur, le plafond qui sera fixé par décret après concertation a uniquement pour objet d'éviter de fixer des taux de réduction dissuasifs dans certains secteurs, ce qui interdirait en fait les regroupements et ce qui reviendrait à annuler l'objectif de la loi.

Ce dernier n'est pas de favoriser un secteur par rapport à un autre. Il est simplement de permettre une optimisation de gestion et une optimisation de soins dans une logique qui, par ailleurs, existe. En effet, un même propriétaire qui a acheté plusieurs cliniques ne peut pas aller vers ce que nous souhaitons, à savoir une optimisation de gestion pour une diminution des dépenses de santé.

Il est un problème que nous n'avons pas abordé et dont je voudrais dire deux mots. Nous avons parlé d'égalité, égalité de droits donc égalité de devoirs. A cet égard, nous sommes en train, avec l'hospitalisation privée et la direction hospitalière, d'aborder une réflexion sur le problème du financement de l'hospitalisation privée qui s'insère aujourd'hui dans deux logiques différentes : le budget global d'un côté et une autre logique de financement. Vous assurer effectivement complémentarité, émulation, mais aussi égalité de droits et de devoirs, nous avons donc besoin de réfléchir à des solutions de financement qui correspondent davantage à cette égalité.

M. le président. Je vais mettre aux voix les amendements identiques nos 77 et 94.

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Je demande la parole.

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

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Cet article 10 est un des deux piliers du texte. Il va permettre une adaptation du secteur privé aux problèmes actuels de la médecine et de la chirurgie, et cela est aussi nécessaire que la réorganisation des hôpitaux publics.

Ceux qui veulent légiférer en termes d'opposition entre les deux secteurs se trompent de siècle ; en tout cas, ils ne s'occupent pas des intérêts des malades, qui devraient être, de mon point de vue, le seul élément fondamental sur lequel nous devrions nous rassembler.

M. Emmanuel Hamel. Très bien !

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Je peux concevoir l'inquiétude de M. Benedetti sur l'affaire du plafond. Effectivement, ce plafond crée une distorsion. Cependant, comme vous l'avez à juste titre fait remarquer, madame le ministre, il constitue simplement une protection afin d'éviter qu'un certain nombre de vos représentants locaux, appliquant la théorie de la réduction jusque dans ses ultimes limites, ne transforment l'opération de regroupement avec réduction en une opération de suppression. On pourrait s'attendre que certains le fassent. Il est donc nécessaire qu'il y ait, à cet égard, dans la loi, un mécanisme de frein.

Pour donner à l'hospitalisation privée les plateaux techniques et les qualités scientifiques qui sont nécessaires aujourd'hui, il faut effectivement voter l'article 10. Mais M. Benedetti peut être rassuré sur l'application du plafond.

Cependant, il me semble, madame le ministre, qu'il y a deux autres choses à faire pour que cet article 10 prenne toute sa valeur.

La première serait d'essayer, quand vous allez réfléchir aux procédures de financement, ce qui est très bon, de mettre en place, dans les hôpitaux publics et dans les hôpitaux privés, des systèmes de comptabilité qui soient non pas identiques - nous sommes en France et chacun tient à avoir sa propre comptabilité, car il est tellement plus commode de pouvoir se battre avec ses propres chiffres, dont les méthodes d'élaboration sont tenues secrètes ! - mais comparables.

A l'heure actuelle, la comptabilité hospitalière publique est absurde et elle ne permet pas de surveiller la gestion d'établissements modernes. Quant à la comptabilité des établissements privés, elle est souvent sommaire et elle n'applique pas d'une manière parfaitement claire l'ensemble des plans comptables.

Par conséquent, si vous pouviez de ce point de vue favoriser l'harmonisation des documents financiers intéressant les deux formes d'hospitalisation, on y verrait beaucoup plus clair dans ces fameux débats quelque peu idéologiques sur la rentabilité, sur les investissements, etc. Vous apporteriez ainsi un élément de clarification tout à fait nécessaire dans ce débat.

J'évoquerai un second point. Madame le ministre, une inquiétude se fait jour à l'heure actuelle dans le secteur de l'hospitalisation privée, quant aux tentatives de rachat d'un certain nombre de petites cliniques, notamment en province, dans des petites villes, par des groupes financiers français ou européens.

M. Emmanuel Hamel. C'est exact !

M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission. Ce problème me semble important et il faut y faire attention, car l'hospitalisation privée est, aujourd'hui, très complexe avec deux fédérations d'établissements à but lucratif et une fédération d'établissements à but non lucratif. Ainsi, lorsque l'on parle du privé, cela représente un secteur fort complexe et composé de structures très différentes. Il faut donc faire attention, dans la perspective du marché unique de 1992 - c'est demain - que ne se développent pas des tentatives de rachat d'un certain nombre de petites cliniques en difficulté, appartenant souvent à des familles de médecins, à des sociétés coopératives de médecins, ou à des familles qui n'ont plus les capitaux nécessaires pour faire face aux progrès technologiques, rachats qui se traduiraient par un risque de confiscation de cet élément essentiel de concurrence dans notre système hospitalier.

Par conséquent, il faut être observateur, il faut garder le contact et, à partir du moment où vous aurez à la fois une surveillance assez précise, des mécanismes de rachat et des groupes de travail - Dieu sait si vous avez suffisamment de fonctionnaires pour animer les groupes de travail sur la normalisation comptable et la possibilité de rapprochement des comptabilités des deux types d'établissements ! - je crois que l'article 10 pourra s'appliquer dans des conditions beaucoup plus claires et donc participera à cette souplesse et à cet équilibre du régime hospitalier qui est notre objectif commun.

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. Après ce que je viens d'entendre, j'aurais tendance à poser une question à laquelle je donnerai peut-être moi-même la réponse à M. Fourcade. Après ce qu'il vient de dire, il faudrait s'abstenir de voter ce texte tant il y a de choses à préparer et à rendre claires pour qu'il soit utile.

Les propos de Mme le ministre, font ressortir également les inquiétudes qu'elle a elle-même et la nécessité de trouver des solutions qui permettent que droits et devoirs soient effectivement équitablement partagés. Il existe de multiples arguments - que je ne reprends pas - qui justifieraient de suivre notre proposition de ne pas voter cet article tellement il intervient dans un moment où des erreurs de bonne volonté peuvent être commises, en particulier celles qu'évoquait le président Fourcade, de voir se réaliser des opérations style « Tapie » de rachats des cliniques. Ainsi, nous le savons, dans certaines villes un organisme - je ne préciserai pas son nom afin de ne pas lui faire de publicité - rachète des cliniques comptant vingt lits. Il s'agit de très grands risques. Il serait donc prudent de ne pas voter cet article 10, qui ouvre le risque d'être téméraire, au lieu d'être simplement audacieux tout en étant prudent.

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

Je mets aux voix les amendements identiques nos 77 et 94, repoussés par la commission et par le Gouvernement.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

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

Je mets aux voix l'article 10.

(L'article 10 est adopté.)

Article 11

M. le président. « Art. 11. - Il est inséré dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée un article 33-1 ainsi rédigé :

« Art. 33-1. - La conversion de tout ou partie d'un service en une discipline différente de celle initialement autorisée est soumise à autorisation dans les conditions prévues aux articles 33 et 34.

« Toutefois, dans des conditions et pour les disciplines déterminées par décret et dès lors que l'opération répond à un besoin tel qu'il est défini par la carte prévue à l'article 44 de la présente loi, l'autorisation est réputée accordée, sauf opposition du représentant de l'Etat dans la région, dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande. Les conditions auxquelles l'autorisation peut être subordonnée en application de l'article 33 sont notifiées dans le même délai maximum de six mois. L'autorisation ainsi acquise vaut de plein droit autorisation de fonctionner sous réserve du résultat positif d'un contrôle de conformité du service aux prescriptions techniques.

« Les voies de recours prévues à l'article 34 sont ouvertes à tout intéressé, soit contre une autorisation acquise dans les conditions définies par le deuxième alinéa du présent article, soit contre l'opposition du représentant de l'Etat dans la région à un projet de conversion. »

Par amendement n° 78, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer cet article.

La parole est à M. Benedetti.

M. Georges Benedetti. Nous proposons de supprimer également cet article car, comme nous l'avons déjà indiqué, les possibilités ainsi offertes au secteur privé ne sont pas sans risque pour le secteur public hospitalier. Il conviendrait au minimum que les règles applicables ne soient pas plus restrictives pour le secteur public et que les droits et les devoirs soient les mêmes pour tous.

Nous ne sommes pas opposés à la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé. Plus qu'audacieux, il serait même fortement téméraire de vouloir promouvoir un secteur public seul.

Dans cet article, cependant, une situation particulièrement favorable est réservée au secteur privé, puisqu'il est prévu que « l'autorisation est réputée accordée... » à l'établissement privé. Nous prétendons que cette autorisation risque d'être

méconnue ; cela conduirait à une impossibilité de recours, d'autant que l'acte constitutif permettant de faire courir les délais de ce recours disparaît.

Je serais heureux de connaître votre sentiment sur cet aspect de la question, madame le ministre.

Telles sont, en tout cas, les raisons qui motivent notre amendement de suppression.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Défavorable, monsieur le président.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le sénateur, permettez-moi de vous rappeler que les établissements publics peuvent parfaitement, en vertu des textes actuels, procéder à des conversions de lits. Cela se fait, d'ailleurs, et continuera de se faire à l'occasion des restructurations ou des modifications des plans directeurs des hôpitaux.

L'article 11 n'instaure aucune inégalité entre établissements publics et privés. Par conséquent, le Gouvernement demande le rejet de l'amendement proposé.

Permettez-moi également de vous dire, monsieur le sénateur, que nous n'avons pas la même logique. Vous souhaiteriez que soit « ficelé » un ensemble de propositions avant que nous ayons commencé à faire un premier pas vers la modernisation, la restructuration et vers plus d'égalité entre hospitalisation publique et hospitalisation privée. Pour nous, ce premier pas constitue déjà un élément très positif.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 78, 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 11.

(L'article 11 est adopté.)

Article additionnel

M. le président. Par amendement n° 79, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent d'insérer, après l'article 11, un article additionnel ainsi rédigé :

« L'ensemble des établissements hospitaliers est soumis aux dispositions des articles 8, 9, 10 et 11 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'Etat déterminera les modalités d'application du présent article. »

La parole est à M. Benedetti.

M. Georges Benedetti. Toute véritable politique de maîtrise des dépenses de santé passe, selon nous, par l'harmonisation du système de financement de l'ensemble des établissements hospitaliers.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Sur le fond, c'est vrai, le débat s'impose. D'ailleurs, Mme le ministre elle-même ainsi que plusieurs orateurs l'ont dit. Les propos tenus par Mme Barzach montrent bien qu'une réflexion est en cours sur le financement, car tel est bien l'enjeu de cet article additionnel qui tendrait à imposer aujourd'hui le budget global aux établissements privés.

Cependant, il nous semble que ce n'est pas l'objet du présent projet de loi, qui porte sur l'organisation hospitalière. Nous sommes donc défavorables à cet amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. La réflexion étant en cours, nous ne saurions, bien évidemment, préjuger les conclusions de cette réflexion. Nous demandons donc le rejet de cet amendement.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 79, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

TITRE IV
ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Article 12

M. le président. « Art. 12. - I. - Les articles 5, 6, 7, 47 et 48 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi modifiés :

« 1° le dernier alinéa de l'article 5 est abrogé ;

« 2° le dernier alinéa de l'article 6 est ainsi rédigé :

« Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 de la présente loi ;

« 3° le deuxième alinéa de l'article 7 est abrogé ; au troisième alinéa de ce même article, les mots : " ou de région " sont supprimés ;

« 4° à l'article 47, les mots : " dans un délai de six ans s'il s'agit d'un établissement public ; deux ans s'il s'agit d'un établissement privé " sont remplacés par les mots : " dans un délai de trois ans " ;

« 5° l'article 48 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les programmes mentionnés au premier alinéa du présent article sont approuvés par le représentant de l'État, après avis de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux. Un décret fixe la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds dont l'autorisation est donnée par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux.

« II. - Les dispositions prévues au 4° du paragraphe I du présent article sont applicables aux programmes soumis à autorisation ou à approbation à compter de la date de publication de la présente loi. »

Par amendement n° 80, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de supprimer cet article.

M. Guy Penne. Nous le retirons, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 80 est retiré.

Par amendement n° 81, MM. Méric, Bonifay, Bialski, Sérusclat, Bœuf, Penne, Benedetti, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, à la fin du sixième alinéa, 4°, de l'article 12, de remplacer les mots : « trois ans » par les mots : « cinq ans ».

La parole est à M. Penne.

M. Guy Penne. Tous ceux qui ont eu à connaître des problèmes de cheminement des dossiers dans les établissements publics - nous sommes quelques-uns ici - savent combien il faut obtenir d'autorisations du jour où les premiers dossiers sont déposés jusqu'à la réalisation effective de l'équipement. De ce point de vue, nous ne disposons pas des mêmes armes, des mêmes possibilités, des mêmes procédures rapides que le secteur privé. C'est pourquoi nous demandons que le délai soit porté à cinq ans.

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

M. Charles Descours, rapporteur. Cet amendement va à l'encontre de ce que nous souhaitons, c'est-à-dire l'harmonisation entre le secteur public et le secteur privé.

Il est vrai, monsieur Penne - vous avez quasiment raison dans les faits - que le délai de trois ans est parfois un peu court pour le secteur public. Mais nous souhaiterions, précisément, en maintenant ce délai de trois ans, dynamiser le secteur public afin de le rendre, sur le plan administratif, aussi performant que le secteur privé.

D'ailleurs, l'autorisation peut être renouvelée par l'autorité administrative. Par conséquent, passé le délai de trois ans, l'autorisation n'est pas caduque, même si l'établissement n'a pas obtenu l'équipement souhaité.

Dans un souci d'harmonisation, tout en comprenant les motivations de M. Penne, qui est un homme de terrain, nous sommes donc défavorables à l'amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. La durée de trois ans apparaît raisonnable. Un délai plus long, comme l'actuel délai de six ans, favoriserait la réalisation d'opérations inadaptées, car réalisées trop longtemps après le moment de la prise de décision initiale.

Si nécessaire, l'autorisation donnée pour trois ans pourra toujours être renouvelée.

Là aussi, nous manifestons notre souci d'uniformisation et d'harmonisation de traitement. Nous allons vers plus de souplesse, dans le sens du progrès, tout en tenant compte des réalités.

C'est pourquoi nous demandons le rejet de cet amendement.

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 81.

M. Guy Penne. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Guy Penne. Je n'ai peut-être pas été assez clair. En réalité, je ne demandais pas trois ans pour les uns et cinq ans pour les autres, mais l'harmonisation à cinq ans pour tous.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. C'est bien ce que j'avais compris !

M. Franck Sérusclat. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Franck Sérusclat. M. le rapporteur ayant souligné, tout à l'heure, les difficultés réelles du service public et l'impossibilité qu'il y avait de faire droit à son souci, qui serait le nôtre, d'activer, je tiens à rappeler que les lenteurs des services publics viennent, entre autres, de l'obligation qu'ils ont de soumettre tout ce qu'ils font à la Cour des comptes.

La transparence des comptes oblige à des successions d'accords et de délibérations dont le secteur privé peut se passer. A ce propos, je rejoins la préoccupation exprimée tout à l'heure par M. le président Fourcade que le privé ait une comptabilité aussi transparente que celle qui est exigée du public.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 81, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Par amendement n° 15, M. Charles Descours, au nom de la commission, propose d'insérer, après la première phrase du texte proposé par le 5° du paragraphe I de l'article 12 pour le dernier alinéa de l'article 48 de la loi du 31 décembre 1970, la phrase suivante : « Les décisions sont publiées et peuvent faire l'objet du recours visé à l'article 34 de la présente loi. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Charles Descours, rapporteur. Toujours dans le même souci d'harmonisation, il s'agit d'aligner la procédure d'approbation de créations, modifications, programmes et projets d'équipements lourds dans le secteur public hospitalier sur celle qui est actuellement en vigueur pour les établissements privés d'hospitalisation.

Désormais les programmes et projets d'équipements lourds seront soumis à approbation du préfet, après avis de la commission régionale des équipements sanitaires et sociaux. Selon des règles définies par décrets, certains projets seront approuvés au niveau national, selon la même procédure.

L'amendement proposé conforte ce souci d'harmonisation et précise que les décisions d'approbation seront publiées et pourront faire l'objet d'un recours, selon les mêmes formes que celles qui sont prévues à l'article 34 de la loi du 31 décembre 1970 pour les recours formés à l'encontre des décisions intéressant les établissements privés d'hospitalisation.

Mais, pour déposer un recours, encore faut-il être informé ! Or, sans cet amendement, un certain nombre de parties intéressées ne l'auraient pas été. Telle est la raison d'être de cet amendement.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Le Gouvernement est favorable.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 15, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

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

Je mets aux voix l'article 12, ainsi modifié.

(L'article 12 est adopté.)

Articles additionnels

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

Le premier, n° 95, présenté par M. Souffrin, Mmes Beau-deau et Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté, a pour objet d'insérer, après l'article 12, un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est rédigé comme suit :

« Art. 44. - Le conseil de région établit, après consultation des collectivités territoriales concernées et après avis d'une commission composée de représentants de collectivités locales, des caisses d'assurance maladie, des établissements d'hospitalisation publics et privés, un plan hospitalier régional habilité à statuer sur la création des établissements, sur les équipements et les besoins en personnel. »

Le second, n° 17, présenté par M. Charles Descours, au nom de la commission, tend à insérer, après l'article 12, un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est complété *in fine* par un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, le ministre chargé de la santé informe le Parlement des modifications de la carte sanitaire intervenues dans l'année. »

La parole est à Mme Fraysse-Cazalis, pour défendre l'amendement n° 95.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Par cet amendement, nous proposons que le conseil de région, après consultation des collectivités locales concernées et après avis d'une commission composée de représentants de collectivités locales, de caisses d'assurance maladie et d'établissements d'hospitalisation publics et privés, établisse un plan hospitalier régional habilité à statuer sur la création des établissements, sur les équipements et sur les besoins en personnel.

Vous pouvez le constater, il s'agit de décentraliser et de mettre en place un dispositif qui, à l'échelle régionale, permette d'apprécier au mieux les besoins pour y répondre le plus fidèlement possible dans l'intérêt des usagers.

Cela nous paraît indispensable dans la mesure où les situations sont souvent très différentes d'une région à l'autre tant en ce qui concerne l'état sanitaire des populations que le nombre d'hôpitaux et leur niveau d'équipement.

C'est également le seul moyen de permettre une réelle coordination, une véritable complémentarité entre les divers établissements d'hospitalisation, qu'ils soient publics ou privés.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 95 et pour présenter l'amendement n° 17.

M. Charles Descours, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, par le biais de l'amendement n° 95, nous refaisons, cette fois, un débat sur la décentralisation. En effet, je rappellerai à Mme Fraysse-Cazalis que la décentralisation n'a pas conféré à la région un pouvoir en ce qui concerne les établissements sanitaires. Vous conviendrez que ce n'est ni l'objet du texte de loi actuel ni l'heure pour introduire ce débat. La carte sanitaire doit rester du ressort du ministre de la santé.

Par conséquent, la commission est défavorable à l'amendement n° 95.

S'agissant de l'amendement n° 17 et de l'article additionnel qui vous est proposé, la commission des affaires sociales cherche à donner plus de clarté et surtout plus de publicité à la procédure de modification de la carte sanitaire et, partant, des secteurs qui la composent. Le président M. Fourcade est très sensible à cette affaire.

A l'heure actuelle, et bien que les commissions régionales et nationale des établissements sanitaires et sociaux soient consultées sur l'élaboration et la modification de la carte sanitaire, il semble trop souvent que ces modifications ne résultent apparemment que du seul bon vouloir des personnels des directions d'action sanitaire et sociale.

Afin d'apporter plus de clarté, cet amendement prévoit que le Parlement sera tenu au courant, par un rapport annuel, des modifications apportées à la carte sanitaire. Ce rapport pourrait être transmis au moment du vote de la loi de finances afin que les élus de la nation n'apprennent pas au détour d'un canton que la carte sanitaire a été modifiée.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 95 et 17 ?

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. J'ajouterai aux propos de M. le rapporteur sur l'amendement n° 95 qu'il existe déjà, en matière de planification sanitaire et d'appréhension des besoins en matière de santé, plusieurs structures à l'échelon régional : les commissions régionales d'équipement sanitaire, les commissions régionales de l'hospitalisation, les observatoires régionaux de la santé créés par le Gouvernement précédent. A ces structures s'ajouteront également les directions régionales des affaires sanitaires et sociales et les caisses régionales d'assurance maladie qui réalisent de nombreuses études de besoins.

Il ne me paraît donc pas opportun d'ajouter à cet ensemble une structure supplémentaire. Bien sûr, le problème évoqué par M. le rapporteur des compétences conférées par la décentralisation est un argument supplémentaire. Je demande donc le rejet de cet amendement.

En revanche, le Gouvernement accepte l'amendement n° 17.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 95, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 17.

M. Georges Benedetti. Je demande la parole, pour explication de vote.

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

M. Georges Benedetti. Le groupe socialiste est favorable à cet article additionnel qui permettra au ministre de la santé de tenir informé le Parlement des modifications de la carte sanitaire intervenues dans l'année.

Madame le ministre, dans ce même ordre de préoccupation, j'ai évoqué ce matin une question concernant l'évolution des indices - s'agissant plus particulièrement des matériels lourds, notamment des scanners - de la demande privée comparée au secteur public. Vous ne m'avez pas répondu de façon tout à fait satisfaisante, mais peut-être le ferez-vous plus tard.

En tout cas, sur le fond de l'article additionnel, nous y sommes favorables.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 17, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Un article additionnel ainsi rédigé est donc inséré dans le projet de loi, après l'article 12.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES A L'HOMOLOGATION DE CERTAINS PRODUITS OU APPAREILS

Article 13

M. le président. Art. 13. - Le titre IV du livre V du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Homologation de certains produits ou appareils.

« Art. L. 665-1. - Les produits et appareils à usage préventif, diagnostique ou thérapeutique utilisés en médecine humaine dont l'emploi est susceptible de présenter des dangers pour le patient ou l'utilisateur, directement ou indirectement, ne peuvent être mis sur le marché à titre onéreux ou à titre gratuit s'ils n'ont reçu au préalable une homologation.

« L'autorité administrative arrête la liste des catégories de produits et appareils soumis à homologation.

« L'homologation ne peut être accordée que si le fabricant justifie de la conformité du produit ou appareil aux normes et aux règlements en vigueur, de la sécurité pour le patient et l'utilisateur, de la bonne adaptation à l'usage attendu du patient et de l'utilisateur et de la qualité de la fabrication.

« L'autorité administrative accorde l'homologation, après avis d'une commission nationale d'homologation, au fabricant ou à son représentant dûment mandaté.

« L'homologation n'exonère pas le fabricant, ou le titulaire de l'homologation, de la responsabilité que l'un ou l'autre peut encourir dans les conditions du droit commun en raison de la fabrication ou de la mise sur le marché du produit ou appareil concerné.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions relatives à l'obtention, à l'usage et au maintien de l'homologation ainsi que les règles de procédure et la composition de la commission. Il détermine les dispositions transitoires applicables aux produits et appareils mis sur le marché avant l'entrée en vigueur de la procédure d'homologation.

« En cas d'infraction aux dispositions du présent article ou des textes pris pour son application, l'autorité administrative peut ordonner la suspension de la commercialisation et le retrait des produits ou appareils commercialisés.

« Ne sont pas soumis aux dispositions du présent article les produits et appareils qui font l'objet de dispositions spécifiques du présent code. » (Adopté.)

Vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble du projet de loi, je donne la parole à Mme Fraysse-Cazalis, pour explication de vote.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Mme Beaudeau dans la discussion générale, et moi-même lors de la présentation de la question préalable avons exposé devant le Sénat les raisons fondamentales qui conduisent le groupe communiste à repousser ce projet de loi. Je serai donc brève, à cette heure avancée.

Au cours de la discussion des articles, nous avons souligné les dispositions du texte qui, dans leur ensemble comme dans leur détail, sont particulièrement dangereuses.

Vous revenez à l'organisation en services, avec des chefs de service nommés par un seul ministre et disposant des pleins pouvoirs. Vous instaurez une hiérarchisation à outrance, profondément antidémocratique, où la majorité des médecins hospitaliers et *a fortiori* tous les autres personnels se voient empêchés de jouer un rôle actif et responsable dans les orientations et le fonctionnement des services.

L'organisation en départements n'est envisagée qu'à titre facultatif, alors que la médecine moderne exige la mise en commun des connaissances d'une équipe pluridisciplinaire au service des malades.

Vous favorisez les activités privées « tous azimuts », institutionnalisant la concurrence plutôt que la complémentarité entre établissements hospitaliers, et la spéculation financière sur la maladie.

Vous mettez en place un dispositif qui constitue un véritable instrument d'intégration, d'abord du chef de service, responsable devant le seul ministre, et finalement de tous les personnels, à la gestion de l'austérité imposée aux hôpitaux.

C'est également dans cette logique que vous restreignez les attributions des comités techniques paritaires.

Ce texte constitue un recul considérable ; il tourne le dos aux exigences des conditions actuelles d'exercice de la médecine comme au développement d'un système d'hospitalisation moderne assurant l'égal accès de tous aux soins.

Pour toutes ces raisons, le groupe communiste votera contre ce texte.

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

M. Franck Sérusclat. Ce texte a été longuement débattu : nos travaux ont commencé tôt hier matin, se sont poursuivis toute la journée ; ils ne vont s'achever qu'à une heure avancée de la nuit.

Je pense cependant que Mme le ministre n'osera pas en tirer une certaine gloire comme elle l'avait fait à l'Assemblée nationale en déclarant que son texte était bien passé. En effet, nous avons, courtoisement et régulièrement, tout au long du débat, donné les raisons pour lesquelles nous étions en divergence profonde avec la logique du texte proposé et si nous n'avons pas répété ces arguments, c'était par souci de ne pas allonger le débat.

Nous souhaiterions donc que Mme le ministre ne tire pas de ce débat, dense mais court, la conclusion que son texte avait les vertus qui lui ont permis de le faire passer plus facilement.

Je formulerai une seconde remarque. Ce n'est ni par idéologie, ni par désir de nous opposer à un texte présenté par le Gouvernement que nous voterons contre ce projet.

Nous le ferons parce qu'il recèle, en fait, de multiples dangers et d'abord pour les jeunes, bien que Mme le ministre ait dit qu'elle souhaitait tenir compte de leurs préoccupations.

Elle les a entendus comme nous et elle sait combien les jeunes qui ont actuellement entre trente-cinq et quarante-deux ans sont inquiets de leur devenir dans l'hôpital public et incertains de leurs chances réelles dans les hôpitaux privés. Ils se sentent menacés et déçus devant le peu de facilités qu'ils auront pour acquérir des responsabilités pleines et entières, tant dans les pôles d'activités - qui font illusion - que dans les chefferies de service, qui leurs sont inaccessibles.

En outre, dans la situation telle que l'a présentée, pour une partie tout au moins, M. le rapporteur et telle que l'a très bien décrite mon collègue et ami M. Benedetti, les hôpitaux privés courent le risque de voir des financiers s'intéresser à eux. En effet, ce secteur peut être développé en hôtellerie hospitalière.

Les Français sont soucieux d'être bien soignés, mais aussi d'être bien accueillis, de disposer de conditions de logement et de nourriture satisfaisantes. Il n'est donc pas irréaliste de craindre que les financiers n'organisent un système privé comme aux Etats-Unis.

Cette évolution se dessine qui risque de nous conduire vers un système à l'américaine dans lequel, curieusement, seraient protégés de toutes les turbulences, de tous les risques d'incertitude, les chefs de service puisqu'on les met à l'abri de toute remise en question fréquente.

Cela nous contrarie car, si très souvent ce texte a des intentions de responsabilisation et de mobilité, les dispositions qu'il contient aboutissent au résultat inverse.

Trop d'ambiguïtés se cachent derrière les mots que nous employons les uns et les autres ; ils sont souvent souvent contradictoires. Je l'ai dit et je le répète, sans souci idéologique.

Si le pôle d'activités permettait effectivement qu'un médecin compétent, un pharmacien, un biologiste ou un odontologiste ait la responsabilité pleine et entière, pourquoi pas. Mais il y aura simple délégation.

Si le département permettait effectivement une organisation qui mette à la disposition du malade tout ce que nous souhaitons qu'il ait - un accueil chaleureux, une connaissance réelle de celui qui le soigne, qui peut le suivre et qui le connaît -, nous serions d'accord. Mais s'agissant du regroupement des services, il ne nous semble pas que cela soit rendu possible par de telles formules.

Telles sont les raisons pour lesquelles, bien que quelques amendements du groupe socialiste aient été adoptés - l'un d'entre eux étant reconnu comme excellent -, nous avons nous-mêmes reconnu que certains des amendements proposés par la majorité, le dernier par exemple, étaient aussi excellents que notre « excellent » -, nous voterons contre ce projet de loi et nous demandons un scrutin public.

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

M. Jean Chérioux. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, à cette heure avancée il serait presque indécent d'insister sur les raisons pour lesquelles le

groupe du R.P.R. votera pour ce projet de loi, raisons qui ont d'ailleurs été très clairement exposées au cours de la discussion générale par Mme Rodi et M. Belcour.

A l'évidence, ce texte répond à notre attente tant en ce qui concerne l'organisation hospitalière - grâce au retour à la notion de service, mais dans la mobilité et avec une certaine souplesse - qu'en ce qui concerne la départementalisation, départementalisation souple et différente de celle qui avait été retenue dans le texte précédent.

J'évoquerai également les mesures prévues en matière d'équipement sanitaire, notamment en faveur du secteur privé ; elles étaient absolument indispensables car le secteur hospitalier privé était brimé : il n'avait pas la possibilité d'évoluer, de se moderniser.

Il était indispensable, comme cela a été dit à de nombreuses reprises, que ces dispositions soient prises dans les plus brefs délais pour permettre notamment les regroupements nécessaires au développement et à la modernisation de ce secteur hospitalier privé.

Personnellement, je voterai avec enthousiasme ce texte qui reprend, pour l'essentiel, l'ensemble des positions exprimées par le Sénat en novembre 1983. Cela montre, à l'évidence, que dès cette date nous avons trouvé la solution aux problèmes de la départementalisation et de la modernisation de notre organisation hospitalière.

Ce qui est regrettable, c'est qu'à cette époque le Gouvernement, malgré les mises en garde et les démonstrations que nous avons pu faire, avait persévéré dans l'erreur et imposé un texte qui, en définitive, s'est révélé inopérant. Oui, monsieur Sérusclat, ce texte a peut-être encore valeur juridique, mais il est devenu caduc. Cela montre, à l'évidence, que ses auteurs avaient cédé à des vues doctrinaires et n'avaient pas essayé de « prendre à bras le corps » le problème de l'organisation de notre système hospitalier.

Telles sont les raisons pour lesquelles le groupe du R.P.R. votera ce projet de loi.

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Je demande la parole.

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

Mme Michèle Barzach, ministre délégué. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, au terme de ce débat, je voudrais remercier, au nom du Gouvernement, la majorité qui a soutenu ce projet et tous ceux qui ont contribué à l'améliorer. Sur certains points - je pense notamment à l'article 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 - l'appui de votre assemblée a été important.

Mes remerciements s'adressent particulièrement au président et au rapporteur de votre commission des affaires sociales dont j'ai apprécié les interventions, les avis et les conseils pour la rédaction des textes d'application.

Enfin, je rappellerai, après M. Chérioux, que les travaux du Sénat en 1983 ont largement inspiré l'œuvre du Gouvernement aujourd'hui. De cela aussi je voulais vous remercier. *(Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste.)*

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

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

Il va être procédé au scrutin dans les conditions réglementaires.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 168.

Nombre des votants	317
Nombre des suffrages exprimés	317
Majorité absolue des suffrages exprimés	159
Pour l'adoption	237
Contre	80

Le Sénat a adopté.

11

NOMINATION DE MEMBRES D'UNE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre la demande de constitution d'une commission mixte paritaire sur le texte que nous venons d'adopter.

Il va être procédé immédiatement à la nomination de sept membres titulaires et de sept membres suppléants de cette commission mixte paritaire.

La liste des candidats établie par la commission des affaires sociales a été affichée conformément à l'article 12 du règlement.

Je n'ai reçu aucune opposition.

En conséquence, cette liste est ratifiée et je proclame représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire :

Titulaires : MM. Jean-Pierre Fourcade, Charles Descours, Henri Collard, Louis Boyer, Claude Huriet, Franck Sérusclat et Paul Souffrin.

Suppléants : MM. Pierre Louvot, Jean Chérioux, Jacques Bimbenet, Louis Lazuech, André Rabineau, Guy Penne et Mme Marie-Claude Beaudeau.

12

DÉPÔT DE QUESTIONS ORALES AVEC DÉBAT

M. le président. J'informe le Sénat que j'ai été saisi des questions orales avec débat suivante :

I. - M. Marcel Daunay demande à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires étrangères, chargé des affaires européennes, de bien vouloir indiquer au Sénat quelles initiatives le Gouvernement français entend prendre pour régler la grave crise budgétaire que traversent les communautés économiques européennes à laquelle sera consacré un prochain conseil des ministres. (N° 161.)

II. - M. Jacques Chaumont demande à M. le ministre des affaires étrangères de bien vouloir lui faire connaître les initiatives qui ont été prises par le Gouvernement pour présenter une position commune avec la République fédérale d'Allemagne et le Royaume-Uni sur le problème des euro-mises. (N° 162.)

Conformément aux articles 79 et 80 du règlement, ces questions orales avec débat ont été communiquées au Gouvernement.

En application d'une décision de la conférence des présidents, elles seront jointes à celles qui ont le même objet et qui figurent à l'ordre du jour de la séance du 4 juin 1987.

J'informe le Sénat que j'ai été saisi de la question orale avec débat suivante :

M. Jacques Boyer-Andrivet attire l'attention de M. le ministre de l'agriculture sur la nécessité d'une redéfinition de la politique d'aménagement rural dans la perspective de la réforme actuelle de la politique agricole commune.

Le rapport Guichard, sous une forme provocante, a mis en évidence les risques de dévitalisation et de désertification de zones rurales de plus en plus étendues. En revanche, aucune solution alternative n'a encore été clairement exposée.

Le reboisement ne constitue pas une solution véritable, puisque le problème de la France n'est plus de combler un déficit en bois - ce qui est obtenu depuis l'année dernière - mais est de valoriser une matière première devenue abondante.

L'extensification fourragère reste un concept vague qui n'a pas encore été étudié techniquement et économiquement, et qui se heurte à l'obstacle incontournable du niveau excessif des charges fixes à l'hectare (taxe foncière, cotisations sociales).

La pluriactivité, déjà largement pratiquée, ne pourra se développer dans des conditions convenables que si des emplois sont maintenus ou créés en zone rurale, ce qui est loin d'être évident, et si les systèmes sociaux et fiscaux sont aménagés de manière satisfaisante.

La vie économique dans les zones rurales ne pourra être maintenue que si, dans le même temps, on n'assiste pas à une accélération des suppressions de services publics dans ces zones. Les exemples pourraient ainsi être multipliés.

Il lui demande donc quelles mesures il entend proposer ou prendre, tant au plan national qu'au plan communautaire, pour relancer une politique dynamique d'aménagement des zones rurales de la nation. (N° 163.)

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 la discussion aura lieu ultérieurement.

13

DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI

M. le président. J'ai reçu de M. le Premier ministre un projet de loi relatif à la mutualisation de la Caisse nationale de crédit agricole.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 239, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (*Assentiment.*)

14

TRANSMISSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 235, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des affaires sociales sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (*Assentiment.*)

15

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. J'ai reçu de M. Paul Girod une proposition de loi tendant à modifier l'article 9 de la loi n° 85-729 du 18 juillet 1985 relative à la définition et à la mise en œuvre de principes d'aménagement.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 238, distribuée et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyée à la commission des affaires économiques et du Plan sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (*Assentiment.*)

16

DÉPÔT D'UN RAPPORT D'INFORMATION

M. le président. J'ai reçu de M. Jean François-Poncet un rapport d'information fait au nom de la mission d'information désignée par la commission des affaires économiques et du Plan et chargée d'étudier l'avenir de la politique agricole commune.

Le rapport sera imprimé sous le n° 236 et distribué.

17

DÉPÔT D'UN AVIS

M. le président. J'ai reçu de M. Michel Miroudot un avis présenté au nom de la commission des affaires culturelles sur le projet de loi sur le développement du mécénat (n° 185, 1986-1987).

L'avis sera imprimé sous le n° 237 et distribué.

18

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à ce jour, vendredi 22 mai 1987, à quinze heures quinze :

Réponses aux questions orales, sans débat, suivantes :

I. - M. Louis Minetti informe M. le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme de la profonde colère des ouvriers des chantiers Nord - Méditerranée et de la population de La Ciotat. En effet, les armateurs des sociétés nationalisées, la C.G.M. (Compagnie générale maritime) et la S.N.C.M. (Société nationale Corse - Méditerranée), viennent de lancer un appel d'offre international pour la commande immédiate d'un car-ferry.

Par ailleurs, la commande d'un quatrième T.M.M. (Trans minéralier Mexique) de la série dite des « Mexicains » est en instance.

Or, cet appel d'offres n'a pas été fait à la Normed. Le chantier naval du site de La Ciotat (comme ceux des autres sites de La Normed) doit rester silencieux. Le Gouvernement interdit :

- de faire acte de candidature pour ces commandes comme pour d'autres, y compris les grosses transformations ;
- de passer contrat pour ces commandes si les armateurs retiennent sa candidature.

Or, aucune disposition n'existe dans la loi française qui interdise à un chantier français - même en cessation de paiement - de prendre des commandes.

En effet, la loi n° 85-89 du 25 janvier 1985 dans son article 1^{er} précise même : « ... Le redressement judiciaire est assuré selon un plan arrêté par décision de justice, à l'issue d'une période d'observation. Le plan prévoit, soit la continuation de l'entreprise, soit sa cession... ».

L'article 42 de cette même loi prévoit la location-gérance et le Gouvernement propose de prolonger de dix-huit mois l'ensemble de ces dispositifs. Or, le ministre a dit lui-même que les travaux sur les trois T.M.M. se déroulent normalement.

Pour des raisons évidentes de continuité du plan de charge, c'est donc maintenant qu'il faut prendre commande du quatrième T.M.M. Il est démontré que, compte tenu du savoir-faire acquis sur les trois premiers, les coûts sont réduits de 25 p. 100. La commande acquise en mai 1987 permettrait le quillage début 1988 et la livraison fin 1988 ou début 1989.

Par ailleurs, le site de La Ciotat est très avancé sur l'étude du car-ferry. La commande permettrait la fin des études pour envisager la mise sur cale à la mi-88 et la livraison fin 1989-début 1990. Ces deux commandes permettraient le maintien du plan de charge, la possibilité de passer contrat pour les très grosses transformations dans lesquelles le site est très spécialisé et compétitif et par la suite les autres commandes connues. Ainsi :

1° La loi n'interdit pas la prise de commandes, au contraire elle en inclut la possibilité dans la procédure de redressement judiciaire.

2° Les commandes existent.

3° Les chantiers ne sont pas plus chers, comme M. le ministre l'a lui-même reconnu à propos des méthaniers dans la réponse qu'il lui a faite le 31 octobre 1986 (*J.O. Débats parlementaires Sénat, 31 octobre 1986*).

4° Les moyens de financement existent puisque fondés : sur les nouvelles directives européennes ; sur la possibilité d'abandon de créance de la part de Intra-Bank, Herlick,

Schneider, Paribas, Usinor, créances largement couvertes par la curée qui a eu lieu sur les subventions gouvernementales de 1978 à 1986. L'enquête parlementaire que nous demandons est de nature à rendre claire l'utilisation de ces fonds. De la même manière, la publication contradictoire des structures des coûts horaires serait révélatrice de la fausseté de l'argument des « chantiers chers ».

5° Si ces moyens de financement se révèlent insuffisants, l'utilisation d'une partie des 1 750 millions de francs du budget de 1987 pour licencier peuvent être plus utilement utilisés à payer les travailleurs.

Par ailleurs, il serait souhaitable de mobiliser les moyens des banques, des compagnies maritimes, y compris le dépôt obligatoire en banque du produit de la vente des navires par les armateurs. L'utilisation de ces fonds à la prise de commande en France s'impose, ainsi qu'un prélèvement exceptionnel sur les placements financiers des banques et organismes liés à la filière navale.

Il lui demande donc ce qu'il compte faire pour faire respecter la loi, pour rendre, le droit aux équipes de salariés, d'ingénieurs de faire la preuve de leurs capacités et en même temps laisser vivre des salariés, des entreprises, une ville, une région, toute la filière navale (n° 156).

II. - M. Robert Pontillon attire l'attention de M. le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme sur la situation de l'industrie automobile dans le département des Hauts-de-Seine. De nombreux signes donnent à penser que ce secteur de notre industrie est désormais globalement en voie de redressement : l'efficacité des bureaux d'études, l'amélioration de la qualité des produits, l'augmentation de la productivité, la réduction des coûts, l'apparition de nouveaux modèles, la progression des exportations. Reste que, pour se poursuivre et se confirmer, cette reprise suppose de la part des pouvoirs publics la volonté de soutenir cette activité.

Les Hauts-de-Seine, département à forte tradition automobile, ont été durement affectés par la crise qui a atteint ce secteur. En conséquence, il convient aujourd'hui de dresser le bilan après les années de crise, et de proposer des mesures concrètes capables de restaurer l'emploi et de redonner vigueur à l'automobile. Le rôle de l'Etat serait sans doute, à cet égard, d'intervenir à plusieurs niveaux : par une politique de recentrage industriel en région parisienne, afin de remédier aux déséquilibres que la déconcentration a pu introduire, ainsi que par une action en faveur de la recherche, singulièrement en matière d'électronique et de composants.

Dès lors, il souhaiterait connaître :

1° L'évolution rétrospective des effectifs occupés par l'automobile en Ile-de-France et dans les Hauts-de-Seine ;

2° Les prévisions dont disposent les pouvoirs publics pour les trois à cinq ans qui viennent ;

3° Quelle est la réflexion du Gouvernement en la matière et quelles mesures il envisage de prendre pour que l'industrie automobile, qui a façonné les Hauts-de-Seine dans le passé, retrouve dans l'avenir une position clé dans l'économie départementale, notamment pour remédier aux effets induits par les restructurations des sites industriels et les réductions d'effectifs qu'elles risquent d'entraîner à Boulogne, Colombes, Levallois, Suresnes. (N° 170.)

III. - Mme Hélène Missoffe attire l'attention de M. le ministre de l'équipement, du logement, de l'aménagement du territoire et des transports sur le tracé du T.G.V. Nord dans la traversée du département du Val-d'Oise.

En effet, elle lui expose que si la desserte directe de Roissy-en-France par le T.G.V. paraît tout à fait justifiée et opportune, le problème du tracé de la voie entre Paris et Roissy demeure.

Elle lui précise que parmi les hypothèses actuellement à l'étude l'une prévoit la traversée par le T.G.V. de la commune de Goussainville - commune de 30 000 habitants, proche des pistes d'envol de l'aéroport de Roissy - qui connaît de par sa situation géographique des problèmes spécifiques.

Ainsi, la moitié sud du territoire de la commune a-t-elle été rendue inconstructible à l'habitation, puisque comprise dans une zone de bruit fort.

De plus, elle souligne qu'à cette accumulation de nuisances dont souffrirait cette malheureuse cité s'ajoutent des problèmes économiques. En effet, les terrains réservés actuellement pour la variante B du tracé font l'objet d'une demande

émanant d'une filiale de la Caisse des dépôts et consignations en vue d'implanter sur 20 000 mètres carrés des locaux à usage d'activités et de bureaux.

En conséquence, elle lui demande s'il n'estime pas opportun de prévoir un tracé qui pourrait se situer entre le Thilley et Gonesse « à travers champs », tracé qui n'impliquerait aucun kilométrage supplémentaire et qui prendrait réellement en compte, tant sur le plan humain que sur le plan économique, la situation de Goussainville.

De plus, elle lui rappelle que ce tracé coïnciderait parfaitement avec les directives données à la commission d'étude des tracés en France du T.G.V. Nord européen, commission qui est en effet chargée d'examiner les différentes variantes de tracés possibles en tenant compte des impératifs économiques, des préoccupations d'environnement et d'aménagement du territoire et enfin des caractéristiques d'une liaison ferroviaire à grande vitesse. (N° 185.)

IV. - M. Jean Garcia tient à faire part à M. le ministre des affaires étrangères de ses inquiétudes devant l'évolution de la situation au Nicaragua. A cause de l'agression entretenue par les Etats-Unis, la population de ce pays est victime d'une insécurité permanente et souffre cruellement d'une pénurie de produits de première nécessité. En ayant assuré le succès de la campagne « Un bateau pour le Nicaragua libre », de nombreux Français sont à l'origine d'un grand élan de solidarité envers le peuple de ce pays.

Il demande donc au Gouvernement de condamner la désstabilisation entretenue par les Etats-Unis et d'exprimer sa solidarité au peuple du Nicaragua en rétablissant l'aide alimentaire, qu'il vient de réduire, au niveau exigé par la situation. (N° 177.)

Délai limite pour le dépôt des amendements à quatre projets 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 :

1° A la deuxième lecture du projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, relatif au service public pénitentiaire (n° 220, 1986-1987)

2° Au projet de loi sur le développement du mécénat (n° 185, 1986-1987), est fixé au lundi 25 mai 1987, à dix-sept heures ;

3° Au projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, modifiant diverses dispositions du code de la route en vue de renforcer la lutte contre l'alcool au volant (n° 201, 1986-1987), est fixé au mardi 26 mai 1987, à dix-sept heures ;

4° Au projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (n° 235, 1986-1987), est fixé au lundi 1^{er} juin 1987, à douze heures.

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(La séance est levée le vendredi 22 mai 1987, à deux heures dix.)

Le Directeur
du service du compte rendu sténographique,
ANDRÉ BOURGEOT

ERRATA

Au compte rendu intégral de la séance du 14 mai 1987

ÉPARGNE

Page 1022, 2^e colonne, dans le texte proposé par l'amendement n° 209 rectifié pour l'article 44, premier alinéa, 3^e ligne :

Au lieu de : « ... des obligations est rédigée... ».

Lire : « ... des obligataires est rédigée... ».

Page 1022, 2^e colonne, dans le texte proposé par l'amendement n° 209 rectifié pour l'article 44, 2^e alinéa, dernière ligne :

Au lieu de : « internationales ».

Lire : « internationales précitées ».

Page 1022, 2^e colonne, dans le texte proposé par l'amendement n° 209 rectifié pour l'article 44, 4^e alinéa, 6^e et 7^e lignes :

Au lieu de : « ou des organisations internationales ou garantis par ceux-ci émis, exposés, mis en vente ou introduits en France, ».

Lire : « ou des organisations internationales dont la France est membre ou garantis par ceux-ci, émis, exposés, mis en vente ou introduits en France, ».

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SEANCES DU SENAT

établi par le Sénat dans sa séance du 21 mai 1987 à la suite des conclusions de la conférence des présidents et compte tenu de l'application de l'article 32, alinéa 4, du règlement

Lundi 25 mai 1987, à seize heures :

Ordre du jour prioritaire

1° Eventuellement, suite de l'ordre du jour du vendredi 22 mai 1987.

Ordre du jour complémentaire

2° Conclusions de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi de M. André Méric et des membres du groupe socialiste et apparentés tendant à étendre le bénéfice des dispositions de l'article L. 178 (3° et 4° alinéas) du code des pensions d'invalidité aux prisonniers de guerre déportés du camp de Rawa-Ruska (n° 184, 1986-1987).

Mardi 26 mai 1987 :

Ordre du jour prioritaire

A dix heures :

1° Deuxième lecture du projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, relatif au service public pénitentiaire (n° 220, 1986-1987).

(La conférence des présidents a précédemment fixé au lundi 25 mai 1987, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi.)

A seize heures et le soir :

2° Projet de loi sur le développement du mécénat (n° 185, 1986-1987).

(La conférence des présidents a précédemment fixé au lundi 25 mai 1987, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi.)

Mercredi 27 mai 1987 :

Ordre du jour prioritaire

A neuf heures trente :

1° Eventuellement, suite de l'ordre du jour de la veille.

A quinze heures et le soir :

2° Conclusions de la commission mixte paritaire ou nouvelle lecture du projet de loi sur l'épargne.

3° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, modifiant diverses dispositions du code de la route en vue de renforcer la lutte contre l'alcool au volant (n° 201, 1986-1987).

(La conférence des présidents a fixé au mardi 26 mai 1987, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi.)

Mardi 2 juin 1987, à seize heures et le soir :

Ordre du jour prioritaire

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (n° 235, 1986-1987).

(La conférence des présidents a fixé au lundi 1^{er} juin 1987, à douze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à ce projet de loi.)

Mercredi 3 juin 1987 :

Ordre du jour prioritaire

Le matin :

1° Eventuellement, suite de l'ordre du jour de la veille ;

A quinze heures :

2° Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, transférant le contentieux des décisions du conseil de la concurrence à la juridiction judiciaire (n° 203, 1986-1987).

(La conférence des présidents a fixé au mardi 2 juin 1987, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements à cette proposition de loi.)

3° Conclusions de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi de MM. Guy Malé, Georges Mouly et Jean Puech tendant à adapter aux exigences du développement du tourisme certaines dispositions du code des débits de boissons (n° 218, 1986-1987).

Le soir :

4° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification du traité entre la République française et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord concernant la construction et l'exploitation par des sociétés privées concessionnaires d'une liaison fixe trans-Manche (n° 198, 1986-1987) ;

5° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, portant approbation, en tant que de besoin, de la concession concernant la conception, le financement, la construction et l'exploitation d'une liaison fixe à travers la Manche, signée le 14 mars 1986 (n° 199, 1986-1987).

(La conférence des présidents a décidé qu'il sera procédé à une discussion générale commune de ces deux projets de loi.)

Jeudi 4 juin 1987, à quinze heures trente et le soir :

Questions orales avec débat, jointes, à M. le ministre des affaires étrangères et à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires étrangères, chargé des affaires européennes :

- n° 147 de M. Jean Lecanuet relative à la position du Gouvernement en matière de désarmement et de sécurité ;

- n° 151 de M. Pierre-Christian Taittinger relative aux relations France-U.R.S.S., à la sécurité en Europe et à la réduction des armements ;

- n° 152 de M. Maurice Couve de Murville relative aux négociations sur les armes nucléaires en Europe ;

- n° 46 de M. Raymond Bourguin relative à la défense stratégique de la France ;

- n° 154 de M. Xavier de Villepin relative à la coopération militaire en Europe ;

- n° 155 de M. Jacques Genton relative à l'échéance européenne de 1992.

(Le Sénat a décidé de joindre à ces questions celles qui pourraient ultérieurement être déposées sur le même sujet.)

Vendredi 5 juin 1987, à quinze heures :

Sept questions orales sans débat :

- n° 178 de M. Jean Colin à M. le ministre de la culture et de la communication (Termes employés lors d'un reportage du journal d'Antenne 2) ;

- n° 183 de M. Jean Colin à M. le ministre de la culture et de la communication (Ampleur donnée par les médias au procès de Lyon) ;

- n° 180 de M. Philippe Madrelle à M. le ministre de la défense (Situation des industries aéronautiques militaires du bassin d'emploi de la Gironde) ;

- n° 175 de Mme Hélène Luc à M. le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la jeunesse et des sports (Désengagement de l'éducation nationale vis-à-vis des activités sportives d'éveil) ;

- n° 176 de Mme Hélène Luc à M. le ministre de l'éducation nationale (Désectorisation des collèges) ;

- n° 172 de M. Maurice Lombard à M. le ministre de l'éducation nationale (mesures pour améliorer le niveau du C.A.P.E.S.) ;

- n° 188 de M. Louis Perreïn à M. le ministre des affaires sociales et de l'emploi (problèmes que pose aux communes l'augmentation du nomadisme).

Mardi 9 juin 1987, à seize heures et le soir :

Ordre du jour prioritaire

Projet de loi relatif à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal (n° 228, 1986-1987).

Mercredi 10 juin 1987, à quinze heures et le soir :

Ordre du jour prioritaire

Projet de loi modifiant le titre I^{er} du livre I^{er} du code du travail et relatif à l'apprentissage (n° 219, 1986-1987).

Jeudi 11 juin 1987, à quatorze heures trente et le soir :

1° Questions au Gouvernement.

(Les questions devront être déposées au service de la séance avant dix heures.)

Ordre du jour prioritaire

2° Projet de loi relatif à certaines situations résultant des événements d'Afrique du Nord (n° 437, 1985-1986).

3° Projet de loi relatif au règlement de l'indemnisation des rapatriés (urgence déclarée) (n° 208, 1986-1987).

(La conférence des présidents a décidé qu'il sera procédé à une discussion générale commune de ces deux projets de loi.)

Vendredi 12 juin 1987 :

A neuf heures trente :

Ordre du jour prioritaire

1^o Suite de l'ordre du jour de la veille.

A quinze heures et le soir :

2^o Questions orales.

Ordre du jour prioritaire

3^o Suite de l'ordre du jour du matin.

ANNEXES

I. - Questions orales avec débat, jointes, inscrites à l'ordre du jour du jeudi 4 juin 1987

I. - M. Jean Lecanuet prie M. le ministre des affaires étrangères de bien vouloir exposer devant le Sénat, après les consultations poursuivies au cours des dernières semaines avec nos partenaires européens et atlantiques, la position du gouvernement français au regard des propositions soviétiques en matière de désarmement et de sécurité. Il lui demande, dans ce contexte, de préciser les initiatives que la France compte prendre pour favoriser l'expression d'une position européenne commune en la matière (n° 147).

II. - M. Pierre-Christian Taittinger interroge M. le ministre des affaires étrangères sur l'état des relations entre la France et l'U.R.S.S., sur la sécurité en Europe et sur les initiatives que pourrait prendre le Gouvernement dans le domaine de la réduction des armements (n° 151).

III. - M. Maurice Couve de Murville demande à M. le ministre des affaires étrangères quelle est, au jour d'aujourd'hui, la position du Gouvernement au sujet des négociations en cours entre les Etats-Unis et l'Union soviétique sur les armes nucléaires en Europe. Y a-t-il quelque chance que la question posée par ces deux puissances, de la dénucléarisation de l'Europe occidentale, puisse être discutée entre les pays intéressés, de telle sorte qu'une position commune soit enfin définie par eux, ne serait-ce que dans les perspectives politiques ouvertes par l'Acte unique européen à son échéance de 1992 (n° 152).

IV. - Du point de vue de la défense de la France, donc de l'Europe, l'initiative américaine de défense stratégique, I.D.S., a un triple effet positif. A tout le moins, elle élève les coûts et les risques de l'offensive, donc elle incite à la négociation. En réduisant, en quelque mesure, la vulnérabilité du territoire des Etats-Unis, elle diminue l'improbabilité d'une intervention nucléaire de ceux-ci pour la défense d'autrui. Dans la mesure où elle vise à détruire les missiles ennemis dans la phase initiale de leurs trajectoires, elle aurait la même efficacité pour la protection de l'Europe et de l'Amérique, les délais d'alerte et de réaction étant les mêmes au départ. En revanche, dans la phase terminale, en raison de la brièveté des distances, donc des délais, elle serait d'efficacité nulle en Europe (dans les deux sens, d'ailleurs, ce qui n'altérerait pas la réciprocité de la dissuasion). D'où il résulte que la France et l'Europe ont un intérêt vital à bénéficier d'une initiative concentrant ses recherches sur la destruction en phase initiale. Le projet Euréka semble des plus vagues. Il n'a ni objet de recherche défini, ni responsable désigné, ni budget. On peut concevoir une I.D.S. strictement européenne dont les dépenses doubleraient celles des Américains, ou bien une I.D.S. européenne dotée d'un chef homologue du général Abrahamson, capable d'organiser un échange minimisant les coûts et partageant les découvertes sous garantie de secret. M. Raymond Bourguin demande donc à M. le ministre des affaires étrangères comment le Gouvernement français conçoit la défense stratégique de la France, géographiquement indissociable de celle de l'Europe (n° 46).

V. - M. Xavier de Villepin demande à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires étrangères, chargé des affaires européennes, quelles sont les initiatives que le Gouvernement entend proposer à nos partenaires pour renforcer la coopération militaire en Europe, dans le cadre de la C.E.E. Ne serait-il pas possible de mettre rapidement en place un conseil européen de défense regroupant les plus hautes autorités militaires des Douze ; la mission de ce conseil européen serait d'œuvrer à la formation d'une agence européenne de l'armement. Cette agence européenne de l'armement permettrait d'harmoniser les politiques industrielles militaires. Ce conseil pourrait aussi promouvoir, sans toucher au principe de la dissuasion nucléaire française, une coopération intégrée des forces

conventionnelles des pays membres. Ces actions permettraient de renforcer l'unité européenne dans le cadre de l'Alliance atlantique (n° 154).

VI. - M. Jacques Genton demande à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires étrangères, chargé des affaires européennes, de bien vouloir exposer au Sénat la politique que le Gouvernement entend suivre pour que la France aborde dans les meilleures conditions l'échéance du 31 décembre 1992, date à laquelle devrait être concrétisé le grand marché unique européen. Il lui demande notamment les initiatives que le Gouvernement entend prendre en matière monétaire pour que soit renforcée la coopération entre les banques centrales et développé le rôle de l'ECU. Il le prie de lui indiquer en outre si, selon lui, ces avancées européennes doivent donner lieu à une politique différenciée selon les pays membres de la Communauté qui s'associeraient éventuellement à de telles initiatives (n° 155).

II. - Questions orales sans débat inscrites à l'ordre du jour du vendredi 5 juin 1987

N° 178. - M. Jean Colin signale à M. le ministre de la culture et de la communication que le rédacteur du journal télévisé de treize heures sur Antenne 2 n'a pas craint de parler à deux reprises, à l'occasion du reportage sur Action directe, le dimanche 22 février 1987, de l'exécution du général Audran, alors que chacun sait qu'il s'agit d'un assassinat délibéré et monstrueux, et que le terme employé sur A 2 n'est utilisé que pour l'expiation de fautes graves. Il lui demande s'il envisage de rappeler ces définitions élémentaires aux rédacteurs de ce journal télévisé et de faire vérifier s'ils n'ont pas agi de propos délibéré ; ceux-ci au surplus ont prouvé leur ignorance crasse de l'orthographe en omettant à deux reprises de faire la liaison qui s'impose dans l'expression « quatre-vingts assassinats », ce qui rend incompréhensible leur présence à un tel poste.

N° 183. - M. Jean Colin expose à M. le ministre de la culture et de la communication combien il lui semble scandaleux qu'un criminel de la pire espèce accède, ainsi que son avocat, aux sommets du vedettariat, en raison de l'ampleur donnée par les médias à son procès. Il lui demande s'il lui paraît vraiment impossible de recommander un peu de décence dans de telles circonstances et s'il est tolérable, comme il est déjà bien prévu de le faire, de laisser salir à cette occasion les héros de la Résistance.

N° 180. - M. Philippe Madrelle appelle l'attention de M. le ministre de la défense sur la situation préoccupante des industries aéronautiques militaires du bassin d'emploi de la Gironde. Il l'interroge sur les perspectives de compression des personnels au sein des principaux établissements aéronautiques et spatiaux de la Gironde dans les prochaines semaines. En conséquence, il lui demande de bien vouloir lui préciser les mesures qu'il compte prendre afin d'apporter les remèdes qui s'imposent dans une région déjà fortement éprouvée.

N° 175. - Mme Hélène Luc exprime à M. le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la jeunesse et des sports, ses inquiétudes quant aux conséquences prévisibles de la mise en place à la rentrée 1987 de « contrats bleus ». Ce nouveau dispositif ne va-t-il pas entraîner un nouveau transfert de charges sur les communes et la vie associative. Quelle garantie offre-t-il en matière de participation durable de l'Etat au-delà d'un an. Alors que des centaines de titulaires d'une licence d'éducation physique et sportive sont privés d'emploi, n'assistent-on pas à un véritable désengagement de l'éducation nationale vis-à-vis des activités sportives d'éveil, qui relèvent pourtant de sa mission de formation et d'éducation des enfants. Enfin, le caractère facultatif pour les enfants de la pratique de ces activités, en en faisant reposer l'organisation sur les communes et les associations locales, ne va-t-il pas renforcer encore de manière évidente les inégalités pourtant déjà si criantes dans ce domaine entre les enfants eux-mêmes, mais aussi entre communes « riches » et communes « pauvres ».

N° 176. - Mme Hélène Luc demande à M. le ministre de l'éducation nationale de renoncer aux mesures de désectorisation de l'affectation dans les collèges qu'il envisage d'étendre à la rentrée prochaine à plus de soixante-dix-sept départements. En effet, si cette désectorisation entre en vigueur, on va assister à une polarisation des choix sur certains établissements et des rejets sur d'autres. La sélection des dossiers qui s'ensuivrait, par la prééminence accordée au critère du niveau, aboutirait immanquablement à renforcer la ségrégation scolaire en institutionnalisant un enseignement à deux vitesses avec des établissements prisés, élitistes et bien dotés et des établissements « ghettos » réservés aux enfants qui rencontrent des difficultés scolaires. Elle estime donc qu'il faut stopper ce processus de

désectorisation générale des collèges qui se met en place. Estimant bien préférable l'attribution de moyens importants en personnel et en équipements pour tous les établissements, elle lui réitère sa demande instante de voir abandonner cette disposition.

N° 172. - M. Maurice Lombard rappelle à M. le ministre de l'éducation nationale qu'en 1981 il fallait 11 sur 20 pour être reçu au C.A.P.E.S. d'histoire et qu'en 1986 6,2 sur 20 suffisait. De même, l'an dernier, un licencié en mathématiques avait 92,6 p. 100 de chances de réussir. Ainsi, de label de qualité sanctionnant une véritable compétence, ce concours s'est peu à peu transformé en simple formalité. Aussi, l'objectif gouvernemental d'élever d'ici à l'an 2000 80 p. 100 d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat pourra difficilement être atteint en raison de l'abaissement progressif du niveau des qualifications des maîtres, à moins de diminuer plus encore le niveau de cet examen. En conséquence, il lui demande de bien vouloir lui préciser les mesures qu'il envisage de prendre pour améliorer cette situation.

N° 188. - M. Louis Perrein demande à M. le ministre des affaires sociales et de l'emploi de faire le point sur la législation et la réglementation régissant l'accueil des personnes ayant adopté un mode de vie itinérant. Le nombre de personnes vivant en caravane et se déplaçant sur le territoire s'est accru considérablement ces dix dernières années sans que des lieux d'accueil convenables aient pu être aménagés par les communes. Il en résulte pour ces personnes des conditions de vie précaires et insalubres. Pour les habitants des communes soumises à l'invasion périodique et imprévue de ces caravanes naît un sentiment diffus, plus ou moins fondé, d'insécurité. Il souhaite connaître la politique du Gouvernement : 1° pour aider les communes à réaliser et à gérer des aires d'accueil convenables et équipées ; 2° pour faire cesser les stationnements illicites tant sur le domaine public que sur le domaine privé. Il suggère une refonte complète des textes légaux et réglementaires en matière de nomadisme. Plus particulièrement, il s'interroge en posant la question au Gouvernement sur la création d'une entité nouvelle régionale qui pourrait disposer de moyens financiers et d'une gestion autonome, les communes n'étant plus à l'évidence en mesure de faire face à un problème récent et de grande ampleur.

NOMINATION DE RAPPORTEURS

COMMISSION DES LOIS, DE LÉGISLATION, DU SUFFRAGE UNIVERSEL, DU RÈGLEMENT ET D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE

M. Paul Graziani a été nommé rapporteur de la proposition de loi organique n° 221 (1986-1987) de M. Paul Graziani modifiant les dispositions tendant à la limitation du cumul des mandats électoraux et des fonctions électives par les parlementaires.

M. Paul Graziani a été nommé rapporteur de la proposition de loi n° 222 (1986-1987) de M. Paul Graziani modifiant les dispositions tendant à limiter le cumul des mandats électoraux et des fonctions électives.

QUESTIONS ORALES

REMISES A LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT (Application des articles 76 et 78 du Règlement)

Problèmes posés aux communes par l'augmentation du nomadisme

188. - 21 mai 1987. - M. Louis Perrein demande à M. le ministre des affaires sociales et de l'emploi de faire le point sur la législation et la réglementation régissant l'accueil des personnes ayant adopté un mode de vie itinérant. Le nombre de personnes vivant en caravane et se déplaçant sur le territoire s'est accru considérablement ces dix dernières années sans que des lieux d'accueil convenables aient pu être aménagés par les communes. Il en résulte pour ces personnes des conditions de vie précaires et insalubres. Pour les habitants des communes soumises à l'invasion périodique et imprévue de ces caravanes naît un sentiment diffus, plus ou moins fondé, d'insécurité. Il souhaite connaître la politique du Gouvernement : 1° pour aider les communes à réaliser et à gérer des aires d'accueil convenables et équipées ; 2° pour faire cesser les stationnements illicites tant sur le domaine public que sur le domaine

privé. Il suggère une refonte complète des textes légaux et réglementaires en matière de nomadisme. Plus particulièrement, il s'interroge en posant la question au Gouvernement sur la création d'une entité nouvelle régionale qui pourrait disposer de moyens financiers et d'une gestion autonome, les communes n'étant plus, à l'évidence, en mesure de faire face à un problème récent et de grande ampleur.

Difficultés de l'élevage ovin français

189. - 21 mai 1987. - M. Adrien Gouteyron attire l'attention de M. le ministre de l'agriculture sur la situation très difficile de l'élevage ovin français, frappé par une chute des cours à laquelle a largement contribué l'avantage de compétitivité que le cours de la livre confère aux éleveurs britanniques. Depuis la dernière fixation de prix, des mesures incontestablement positives ont été prises, à l'initiative de la France, pour atténuer les effets de cette crise : ajustement du taux vert permettant un relèvement de la prime à la brebis, versement anticipé et augmentation des acomptes, aides au stockage privé. La France a également soutenu la proposition de saisonnalisation de la prime à la brebis, qui permettrait de compenser les surcoûts supportés par la production de contre saison, et dont il faut espérer qu'elle puisse prochainement aboutir. Cependant, ces mesures ne suppriment pas la nécessité de réviser l'organisation de marché qui a consacré, en 1984, un véritable « dualisme du marché unique » en réservant aux électeurs britanniques le régime très favorable de la prime variable à l'abattage, laquelle fonctionne comme un « deficiency payment » alors que le régime d'intervention prévu par le règlement de 1980 n'a en fait jamais été mis en œuvre dans les autres Etats membres. Cet avantage donné aux producteurs britanniques se reflète dans la répartition des dépenses communautaires : en 1986, sur un montant total de 616 millions d'ECU, près de 354 millions d'ECU ont bénéficié, d'après les estimations de la Commission, à la production du Royaume-Uni. Il souhaite donc savoir si le Gouvernement français estime que le rapport sur le fonctionnement de l'organisation de marché viande ovine, que la Commission doit présenter en juillet prochain au Conseil des ministres, pourra ouvrir la voie à une révision du règlement communautaire allant dans le sens d'une plus grande égalité de traitement des producteurs de la Communauté.

Versement de l'aide en faveur des producteurs de veaux

190. - 21 mai 1987. - Par question écrite du 29 janvier 1987, n° 4290, M. Louis Brives a attiré l'attention de M. le ministre de l'agriculture sur la situation dramatique des producteurs de « veaux sous la mère », durement frappés par la décision de la C.E.E. d'interrompre, depuis le début de l'année 1986, la prime de 370 francs par veau. Certes, aux termes d'une réponse de votre part parue au *Journal officiel*, Sénat, Débats parlementaires, questions, du 26 mars 1987, il est indiqué qu'à la suite des démarches faites par le Gouvernement français, la Communauté a finalement donné son accord pour le versement d'une aide en faveur des veaux dont il s'agit. La réponse en cause ajoute que « les dispositions sont prises » pour que cette aide « parvienne le plus rapidement possible aux éleveurs concernés ». En réalité, ces derniers n'ayant encore perçu, de ce chef, aucune prime, il lui demande de bien vouloir lui faire connaître dans quels délais cette aide, vitale pour les producteurs, dont le devenir s'identifie dans les régions concernées à l'exploitation familiale elle-même, pourrait être perçue et dans quelles conditions.

Avenir de l'éducation surveillée

191. - 21 mai 1987. - M. Jean-Luc Bécart interroge M. le garde des sceaux, ministre de la justice, sur la politique qu'il entend mener en matière d'éducation surveillée. A été confiée à l'administration de l'éducation surveillée, la mission de s'occuper des mineurs en difficultés, sous protection judiciaire. L'expérience a largement montré que la réinsertion d'une jeune n'est réellement possible qu'à la suite d'un travail de longue haleine fondé sur l'accompagnement psychologique individuel et la pédagogie. Cette orientation éducative avait ainsi conduit l'éducation surveillée à ouvrir ses structures et à abandonner les centres fermés. La priorité accordée à la prévention et sa prise en compte par tout le corps social avait eu aussi pour effet la mise en place, à divers niveaux, de conseils de prévention de la délinquance. M. le garde des sceaux a déclaré vouloir « remettre en ordre l'éducation surveillée ».

L'ensemble des personnels de l'éducation surveillée, et bien au-delà tous les gens de bon sens, craignent un retour à des méthodes périmées et inefficaces (centres fermés, chantiers de jeunesse, ...). Dans ces conditions, comment le Gouvernement espère-t-il continuer à assumer la responsabilité qui est la sienne dans le domaine de la protection judiciaire de la jeunesse. Quels moyens envisage-t-il d'accorder pour améliorer le système actuel. Quelles réponses précises compte-t-il apporter à une question aussi fondamentale.

Maintien de l'école d'infirmières de Villeneuve-Saint-Georges

192. - 21 mai 1987. - **Mme Hélène Luc** tient à faire part à **Mme le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille**, de ses vives inquiétudes à l'annonce du ratta-

chement de l'école d'infirmières de Villeneuve-Saint-Georges à celle de Créteil à compter du 30 juin prochain. Cette décision a été prise en dehors de toute préoccupation liée à la qualité des soins offerts et de la formation délivrée aux futures infirmières puisqu'elle est due uniquement aux conséquences de la politique d'austérité imposée au secteur hospitalier. En l'espèce, il s'agirait de récupérer les locaux de l'école d'infirmières pour économiser sur la construction d'autres locaux nécessaires à l'extension de certains services. Si une telle mesure était appliquée, le potentiel de formation que représente l'école d'infirmières de Villeneuve-Saint-Georges serait gravement atteint. Or, depuis son ouverture, cette école a obtenu constamment une réussite de 100 p. 100 au diplôme d'Etat. Les élèves infirmières de Villeneuve-Saint-Georges, soutenues par le personnel du centre hospitalier, s'opposent fermement, y compris par la grève, au démantèlement de leur école. Elle lui demande instamment d'intervenir auprès de l'autorité de tutelle pour le maintien de l'école de Villeneuve-Saint-Georges avec son équipe et son cadre qui donnent satisfaction à tous.

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du jeudi 21 mai 1987

SCRUTIN (N° 167)

sur la motion n° 1 de Mme Luc (Hélène) et des membres du groupe communiste et apparenté tendant à opposer la question préalable au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Nombre de votants	317
Nombre des suffrages exprimés	317
Majorité absolue des suffrages exprimés	159
Pour	79
Contre	238

Le Sénat n'a pas adopté.

Ont voté pour

MM.

Guy Allouche
François Autain
Germain Authié
Henri Bangou
Jean-Pierre Bayle
Mme Marie-Claude
Beaudeau
Jean-Luc Bécart
Jacques Bellanger
Georges Benedetti
Roland Bernard
Jacques Bialski
Mme Danièle
Bidard Reydet
Marc Bœuf
Charles Bonifay
Marcel Bony
Jacques Carat
Michel Charasse
William Chery
Félix Ciccolini
Marcel Costes
Raymond Courrière
Roland Courteau
Michel Darras
Marcel Debarge
André Delélis
Gérard Delfau

Lucien Delmas
Rodolphe Désiré
Michel Dreyfus-
Schmidt
André Duroméa
Léon Eeckhoutte
Claude Estier
Jules Faigt
Mme Paulette Fost
Mme Jacqueline
Frayssé-Cazalis
Jean Garcia
Gérard Gaud
Roland Grimaldi
Robert Guillaume
Philippe Labeyrie
Tony Larue
Robert Laucournet
Bastien Leccia
Charles Lederman
Louis Longequeue
Paul Loridant
François Louisy
Mme Hélène Luc
Philippe Madrelle
Michel Manet
Jean-Pierre Masseret
Pierre Matraja

Jean-Luc Mélenchon
André Méric
Louis Minetti
Michel Moreigne
Albert Pen
Guy Penne
Daniel Percheron
Louis Perrein
Jean Peyrafitte
Maurice Pic
Robert Pontillon
Roger Quilliot
Albert Ramassamy
Mlle Irma Rapuzzi
René Régnauld
Ivan Renar
Gérard Roujas
André Rouvière
Robert Schwint
Franck Sérusclat
René-Pierre Signé
Paul Souffrin
Raymond Tarcy
Fernand Tardy
Marcel Vidal
Hector Viron
Robert Vizet

Ont voté contre

MM.

François Abadie
Michel d'Aillières
Paul Alduy
Michel Alloncle
Jean Amelin
Hubert d'Andigné
Maurice Arreckx
Alphonse Arzel
José Balareello
René Ballayer
Bernard Barbier
Jean Barras
Jean-Paul Bataille
Gilbert Baumet
Jean-Michel Baylet
Henri Belcour
Jean Bénard
Mousseaux
Jacques Bérard
Georges Berchet
Guy Besse
André Bettencourt

Jacques Bimbenet
Jean-Pierre Blanc
Maurice Blin
André Bohl
Roger Boileau
Stéphane Bonduel
Christian Bonnet
Amédée Bouquerel
Yvon Bourges
Raymond Bourguine
Philippe de Bourgoing
Raymond Bouvier
Jean Boyer (Isère)
Louis Boyer (Loiret)
Jacques Boyer-Andrivet
Jacques Braconnier
Pierre Brantus
Louis Brives
Raymond Brun
Guy Cabanel
Michel Caldaguès
Robert Calmejane

Jean-Pierre Cantegrit
Paul Caron
Pierre Carous
Ernest Cartigny
Marc Castex
Louis de Catuélan
Jean Cauchon
Joseph Caupert
Auguste Cazalet
Jean Chamant
Jean-Paul Chambriard
Maurice Charretier
Jacques Chaumont
Michel Chauty
Roger Chinaud
Auguste Chupin
Jean Clouet
Jean Cluzel
Jean Colin
Henri Collard
Henri Collette
Francisque Collomb

Charles-Henri
de Cossé-Brissac
Maurice Couve
de Murville
Pierre Croze
Michel Crucis
Charles de Cuttoli
Etienne Dailly
Marcel Daunay
Désiré Debavelaere
Luc Dejoie
Jean Delaneau
François Delga
Jacques Delong
Charles Descours
Jacques Descours
Desacres
Georges Dessaigne
Emile Didier
André Diligent
Franz Duboscq
Pierre Dumas
Jean Dumont
Michel Durafour
Edgar Faure (Doubs)
Jean Faure (Isère)
Maurice Faure (Lot)
Louis de La Forest
Marcel Fortier
André Fosset
Jean-Pierre Fourcade
Philippe François
Jean François-Poncet
Jean Francou
Philippe de Gaulle
Jacques Genton
Alain Gérard
François Giacobbi
Michel Giraud
(Val-de-Marne)
Jean-Marie Girault
(Calvados)
Paul Girod (Aisne)
Henri Goetschy
Jacques Golliet
Yves Goussebaire-
Dupin
Adrien Gouteyron
Jacques Grandon
Paul Graziani
Jacques Habert
Hubert Haenel
Emmanuel Hamel
Mme Nicole
de Hauteclouque
Marcel Henry
Rémi Hermet
Daniel Hoeffel
Jean Huchon
Bernard-Charles Hugo
Claude Huriet
Roger Husson
André Jarrot
Pierre Jeambrun
Charles Jolibois

Louis Jung
Paul Kauss
Pierre Lacour
Pierre Laffitte
Christian
de La Malène
Jacques Larché
Gérard Larcher
Bernard Laurent
René-Georges Laurin
Marc Lauriol
Guy de La Verpillière
Louis Lazuech
Henri Le Breton
Jean Lecanuet
Yves Le Cozannet
Modeste Legouez
Bernard Legrand
(Loire-Atlantique)
Jean-François
Le Grand (Manche)
Edouard Le Jeune
(Finistère)
Max Lejeune (Somme)
Bernard Lemarié
Charles-Edmond
Lenglet
Roger Lise
Georges Lombard
(Finistère)
Maurice Lombard
(Côte-d'Or)
Pierre Louvot
Roland du Luart
Marcel Lucotte
Jacques Machet
Jean Madelain
Paul Malassagne
Guy Malé
Kléber Malécot
Hubert Martin
Christian Masson
(Ardennes)
Paul Masson (Loiret)
Serge Mathieu
Michel Maurice-
Bokanowski
Louis Mercier
Pierre Merli
Daniel Millaud
Michel Miroudot
Mme Hélène Missoffe
Louis Moinard
Josy Moinet
Claude Mont
Geoffroy
de Montalembert
Paul Moreau
Jacques Mossion
Arthur Moulin
Georges Mouly
Jacques Moutet
Jean Natali
Lucien Neuwirth
Henri Olivier

Charles Ornano
Paul d'Ornano
Jacques Oudin
Dominique Pado
Sosefo Makapé
Papilio
Bernard Pellarin
Jacques Pelletier
Hubert Peyou
Jean-François Pintat
Alain Pluchet
Raymond Poirier
Christian Poncelet
Henri Portier
Roger Poudonson
Richard Pouille
André Pourny
Claude Prouvoyeur
Jean Puech
André Rabineau
Henri de Raincourt
Jean-Marie Rausch
Joseph Raybaud
Michel Rigou
Guy Robert
(Vienne)
Paul Robert
(Cantal)
Mme Nelly Rodi
Jean Roger
Josselin de Rohan
Roger Romani
Olivier Roux
Marcel Rudloff
Roland Ruet
Michel Rufin
Pierre Salvi
Pierre Schiélé
Maurice Schumann
Abel Sempé
Paul Séryard
Pierre Sicard
Jean Simonin
Michel Sordel
Raymond Soucaret
Michel Souplet
Louis Souvet
Pierre-Christian
Taittinger
Jacques Thyraud
Jean-Pierre Tizon
Henri Torre
René Travert
René Trégouet
Georges Trille
Emile Tricon
François Trucy
Dick Ukeiwé
Pierre Vallon
Albert Vecten
Xavier de Villepin
Louis Virapoullé
Albert Voilquin
André-Georges Voisin

N'ont pas pris part au vote

MM. Alain Poher, président du Sénat, et Jean Chérioux, qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN (N° 168)

sur l'ensemble du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Nombre de votants 317
 Nombre des suffrages exprimés 317
 Majorité absolue des suffrages exprimés 159
 Pour 237
 Contre 80

Le Sénat a adopté.

Ont voté pour

MM.

François Abadie
 Michel d'Aillières
 Paul Alduy
 Michel Alloncle
 Jean Amelin
 Hubert d'Andigné
 Maurice Arreckx
 Alphonse Arzel
 José Balarello
 René Ballayer
 Bernard Barbier
 Jean Barras
 Jean-Paul Bataille
 Gilbert Baumet
 Henri Belcour
 Jean Bénard
 Mousseaux
 Jacques Bérard
 Georges Berchet
 Guy Besse
 André Bettencourt
 Jacques Bimbenet
 Jean-Pierre Blanc
 Maurice Blin
 André Bohl
 Roger Boileau
 Stéphane Bonduel
 Christian Bonnet
 Amédée Bouquerel
 Yvon Bourges
 Raymond Bourguine
 Philippe de Bourgoing
 Raymond Bouvier
 Jean Boyer (Isère)
 Louis Boyer (Loiret)
 Jacques Boyer-Andrivet
 Jacques Braconnier
 Pierre Brantus
 Louis Brives
 Raymond Brun
 Guy Cabanel
 Michel Caldaguès
 Robert Calmejane
 Jean-Pierre Cantegrit
 Paul Caron
 Pierre Carous
 Ernest Cartigny
 Marc Castex
 Louis de Catuëlan
 Jean Cauchon
 Joseph Caupert
 Auguste Cazalet
 Jean Chamant
 Jean-Paul Chambriard
 Maurice Charretier

Jacques Chaumont
 Michel Chauty
 Jean Chérioux
 Roger Chinaud
 Auguste Chopin
 Jean Clouet
 Jean Cluzet
 Jean Colin
 Henri Collard
 Henri Collette
 Francisque Collomb
 Charles-Henri
 de Cossé-Brissac
 Maurice Couve
 de Murville
 Pierre Croze
 Michel Crucis
 Charles de Cuttoli
 Marcel Daunay
 Désiré Debavelaere
 Luc Dejoie
 Jean Delaneau
 François Delga
 Jacques Delong
 Charles Descours
 Jacques Descours
 Desacres
 Georges Dessaigne
 Emile Didier
 André Diligent
 Franz Duboscq
 Pierre Dumas
 Jean Dumont
 Michel Durafour
 Edgar Faure (Doubs)
 Jean Faure (Isère)
 Maurice Faure (Lot)
 Louis de La Forest
 Marcel Fortier
 André Fosset
 Jean-Pierre Fourcade
 Philippe François
 Jean François-Poncet
 Jean Francou
 Philippe de Gaulle
 Jacques Genton
 Alain Gérard
 François Giacobbi
 Michel Giraud
 (Val-de-Marne)
 Jean-Marie Girault
 (Calvados)
 Paul Girod (Aisne)
 Henri Goetschy
 Jacques Golliet

Yves Goussebaire-
 Dupin
 Adrien Gouteyron
 Jacques Grandon
 Paul Graziani
 Jacques Habert
 Hubert Haenel
 Emmanuel Hamel
 Mme Nicole
 de Hauteclocque
 Marcel Henry
 Rémi Herment
 Daniel Hoeffel
 Jean Huchon
 Bernard-Charles Hugo
 Claude Huriet
 Roger Husson
 André Jarrot
 Pierre Jeambrun
 Charles Jolibois
 Louis Jung
 Paul Kauss
 Pierre Lacour
 Pierre Laffitte
 Christian
 de La Malène
 Jacques Larché
 Gérard Larcher
 Bernard Laurent
 René-Georges Laurin
 Marc Lauriol
 Guy de La Verpillière
 Louis Lazuech
 Henri Le Breton
 Jean Lecanuet
 Yves Le Cozannet
 Modeste Legouez
 Bernard Legrand
 (Loire-Atlantique)
 Jean-François
 Le Grand (Manche)
 Edouard Le Jeune
 (Finistère)
 Max Lejeune (Somme)
 Bernard Lemarié
 Charles-Edmond
 Lenglet
 Roger Lise
 Georges Lombard
 (Finistère)
 Maurice Lombard
 (Côte-d'Or)
 Pierre Louvot
 Roland du Luart
 Marcel Lucotte

Jacques Machet
 Jean Madelain
 Paul Malassagne
 Guy Malé
 Kléber Malécot
 Hubert Martin
 Christian Masson
 (Ardenne)
 Paul Masson (Loiret)
 Serge Mathieu
 Michel Maurice-
 Bokanowski
 Louis Mercier
 Pierre Merli
 Daniel Millaud
 Michel Miroudot
 Mme Hélène Missoffe
 Louis Moïnard
 Josy Moïnet
 Claude Mont
 Geoffroy
 de Montalembert
 Paul Moreau
 Jacques Mossion
 Arthur Moulin
 Georges Mouly
 Jacques Moutet
 Jean Natali
 Lucien Neuwirth
 Henri Olivier
 Charles Ornano
 Paul d'Ornano

Jacques Oudin
 Dominique Pado
 Sosefo Makapé
 Papilio
 Bernard Pellarin
 Jacques Pelletier
 Hubert Peyou
 Jean-François Pintat
 Alain Pluchet
 Raymond Poirier
 Christian Poncelet
 Henri Portier
 Roger Poudonson
 Richard Pouille
 André Pourny
 Claude Prouvovoyeur
 Jean Puech
 André Rabineau
 Henri de Raincourt
 Jean-Marie Rausch
 Joseph Raybaud
 Michel Rigou
 Guy Robert
 (Vienne)
 Paul Robert
 (Cantal)
 Mme Nelly Rodi
 Jean Roger
 Josselin de Rohan
 Roger Romani
 Olivier Roux
 Marcel Rudloff

Roland Ruet
 Michel Rufin
 Pierre Salvi
 Pierre Schiélé
 Maurice Schumann
 Abel Sempé
 Paul Séramy
 Pierre Sicard
 Jean Simonin
 Michel Sordel
 Raymond Soucared
 Michel Souplet
 Louis Souvet
 Pierre-Christian
 Taittinger
 Jacques Thyraud
 Jean-Pierre Tizon
 Henri Torre
 René Travert
 René Trégouet
 Georges Trille
 Emile Tricon
 François Trucy
 Dick Ukeiwé
 Pierre Vallon
 Albert Vecten
 Xavier de Villepin
 Louis Virapoullé
 Albert Voilquin
 André-Georges Voisin

Ont voté contre

MM.

Guy Allouche
 François Auçain
 Germain Authié
 Henri Bangou
 Jean-Pierre Bayle
 Jean-Michel Baylet
 Mme Marie-Claude
 Beaudeau
 Jean-Luc Bécart
 Jacques Bellanger
 Georges Benedetti
 Roland Bernard
 Jacques Bialski
 Mme Danielle
 Bidard Reydet
 Marc Bœuf
 Charles Bonifay
 Marcel Bony
 Jacques Carat
 Michel Charasse
 William Chervy
 Félix Ciccolini
 Marcel Costes
 Raymond Courrière
 Roland Courteau
 Michel Darras
 Marcel Debarge
 André Delelis

Gérard Delfau
 Lucien Delmas
 Rodolphe Désiré
 Michel Dreyfus-
 Schmidt
 André Duroméa
 Léon Eeckhoutte
 Claude Estier
 Jules Faigt
 Mme Paulette Fost
 Mme Jacqueline
 Fraysse-Cazalis
 Jean Garcia
 Gérard Gaud
 Roland Grimaldi
 Robert Guillaume
 Philippe Labeyrie
 Tony Larue
 Robert Laucournet
 Bastien Leccia
 Charles Lederman
 Louis Longueue
 Paul Loridant
 François Louisy
 Mme Hélène Luc
 Philippe Madrelle
 Michel Manet
 Jean-Pierre Masseret

Pierre Matrja
 Jean-Luc Mélenchon
 André Méric
 Louis Minetti
 Michel Moreigne
 Albert Pen
 Guy Penne
 Daniel Percheron
 Louis Perrein
 Jean Peyrafitte
 Maurice Pic
 Robert Pontillon
 Roger Quilliot
 Albert Ramassamy
 Mlle Irma Rapuzzi
 René Régnauld
 Ivan Renar
 Gérard Roujas
 André Rouvière
 Robert Schwint
 Franck Sérusclat
 René-Pierre Signé
 Paul Souffrin
 Raymond Tarcy
 Fernand Tardy
 Marcel Vidal
 Hector Viron
 Robert Vizet

N'ont pas pris part au vote

MM. Alain Poher, président du Sénat, et Etienne Dailly, qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.