

PLAN HOSPITALIER JURASSIEN

Le Parlement de la République et Canton du Jura, se fondant sur l'article 26 de la Constitution cantonale, l'article 34 de la loi sanitaire du 14 décembre 1990, l'article 10 de la loi du 22 juin 1994 sur les hôpitaux et le message du Gouvernement du 23 octobre 2001, adopte le présent plan hospitalier.

Le plan hospitalier poursuit le but d'offrir à la population jurassienne un service de soins hospitaliers de qualité et performants assurant la sécurité des patients et leur prise en charge sur tout le territoire du Canton.

Considérant la nécessité de maîtriser les coûts du système de soins jurassien, il organise les établissements de Delémont, Porrentruy et Saignelégier en hôpital multisite avec regroupement des soins aigus sur le site de Delémont et missions cantonales nouvelles pour le site de Porrentruy.

Le scénario préconisé par le plan hospitalier s'impose pour un canton de moins de 100'000 habitants. Il rend plus efficace et plus sûr le système de soins, améliore les conditions de travail du personnel hospitalier et freine l'augmentation des coûts de la santé.

Missions de l'Hôpital multisite du Jura

L'activité de l'Hôpital multisite du Jura (HMJ) anciennement Centre de gestion hospitalière – CGH) se répartit sur trois sites, Delémont, Porrentruy et Saignelégier, de la manière suivante:

Delémont:

- Missions cantonales:
 - soins aigus, y compris activités médicales opératoires et d'investigations, secteur mère-enfant, plateau médico-technique, service de soins intensifs;
 - psychiatrie aiguë.
- Autres prestations:
 - service d'urgences 24h/24;
 - antenne d'hémodialyse;
 - service ambulancier;
 - services médico-techniques adaptés à la mission.

Le besoin en lits est estimé à 170 à 190 lits, à savoir entre 150 et 170 lits aigus somatiques et 20 lits de psychiatrie aiguë.

Porrentruy:

- Missions cantonales:
 - service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR);
 - centre de traitement et de réadaptation (CTR);
 - soins palliatifs et traitement de la douleur;
 - gérontopsychiatrie aiguë.
- Autres prestations:
 - unité de médecine pour patients en phase stable de la maladie ou de l'accident, au bénéfice d'une suite de traitement ou pour patients admis directement, ainsi que moyens séjours;
 - service d'urgences 24h/24;
 - gérontopsychiatrie de longs séjours;
 - unité d'hémodialyse;
 - consultations et investigations de médecins spécialistes;
 - service ambulancier;
 - service médico-techniques adaptés à la mission;
 - siège de l'Hôpital multisite du Jura,

Le besoin en lits est estimé entre 130 et 140 lits, à savoir 60 lits CTR, entre 38 et 48 lits subaigus (y compris traitement de la douleur) et 32 lits de gérontopsychiatrie.

Saignelégier:

- médecine subaiguë-gériatrie;
- gérontopsychiatrie de longs séjours;

- consultations spécialisées;
- services d'urgences intégré dans le service de médecine;
- service ambulancier;
- services médico-techniques adaptés à la mission.

Le besoin en lits est estimé à 28 lits, à savoir 13 lits subaigus et 15 lits de gérontopsychiatrie, auxquels s'ajoutent 62 lits pour le home médicalisé.

Mission du Centre de réadaptation cardio-vasculaire (CJRC) du Noirmont

La mission fondamentale du Centre de réadaptation cardio-vasculaire (CJRC) du Noirmont, établissement hospitalier reconnu, est réservée. Elle consiste en une prise en charge, sous forme de cure de réadaptation, de patients souffrant d'affections cardio-vasculaires. Il n'est donc pas nécessaire que le HMJ offre les prestations qui sont actuellement dévolues au CJRC.

Modifications de la mission

Les modifications de la mission sont soumises aux règles de l'article 11 de la loi du 22 juin 1994 sur les hôpitaux.

Contrôle sur les investissements

Le Département de la Santé, des Affaires sociales et de la Police est chargé d'instituer un contrôle sur les investissements lourds, de manière à assurer que ces derniers soient compatibles avec la mise en œuvre du plan hospitalier.

Mise en œuvre du plan hospitalier

Considérant les articles 24 et 25 de la loi sur les hôpitaux, le Gouvernement confie un mandat au CGH lui impartissant de mettre en œuvre le présent plan avec la collaboration des services de l'Etat dans un délai de cinq à six ans.

Engagement et suivi du crédit d'étude

Selon point 6.2 et 6.5 du message notamment et décision du Gouvernement.

Arrêté d'approbation du plan hospitalier

Le Parlement de la République et Canton du Jura,

vu l'article 26 de la Constitution cantonale (RSJU 101),
vu l'article 34 de la loi sanitaire du 14 décembre 1990 (RSJU 810.01),
vu l'article 10 de la loi du 22 juin 1994 sur les hôpitaux (RSJU 810.11),

arrête:

Article premier

Le plan hospitalier du ... (Le plan hospitalier peut être consulté auprès du Service de la santé) est approuvé.

Article 2

Le présent arrêté entre en vigueur immédiatement.

Arrêté octroyant un crédit pour financer la mise en œuvre du plan hospitalier

Le Parlement de la République et Canton du Jura,

vu l'article 84, lettre g, de la Constitution cantonale (RSJU 101),
vu l'article 53 de la loi du 18 octobre 2000 sur les finances cantonales (RSJU 611),

arrête:

Article premier

Un crédit de 500'000 francs est octroyé à l'Hôpital multisite du Jura (HMJ).

Article 2

¹ Il est destiné à financer l'étude relative à la mise en œuvre du plan hospitalier.

² Le Gouvernement met en place un groupe opérationnel de suivi, composé de neuf personnes, et en définit la composition et le mandat. Ce groupe est placé sous la responsabilité du Département de la Santé, des Affaires sociales et de la Police.

³ La commission parlementaire de la santé est régulièrement informée de l'avancement des travaux.

Article 3

Ce montant est imputable au Service de la santé, rubrique 280.564.00.

Article 4

Le présent arrêté entre en vigueur immédiatement.

Modification de la loi sur les hôpitaux

Le Parlement de la République et Canton du Jura

arrête:

I.

La loi sur les hôpitaux du 22 juin 1994 (RSJU 810.11) est modifiée comme il suit:

Adaptation terminologique

Dans toute la présente loi sauf au titre sixième, le terme «home médicalisé», au singulier et au pluriel, est remplacé par «établissement médico-social».

Article 2, lettre e (nouvelle teneur)

Les établissements hospitaliers, publics ou privés, comprennent notamment:

e) l'Hôpital multisite du Jura ainsi que les sites et les autres unités qui lui sont rattachés;

Article 22 (nouvelle teneur)

¹ Sous le nom «Hôpital multisite du Jura» (dénommé ci-après: «Hôpital»), l'Etat crée un établissement cantonal de droit public qui gère comme une seule entreprise les sites et les autres unités qui lui sont rattachés.

² L'Hôpital est une entreprise intégrée, dotée d'un conseil d'administration et d'une direction générale.

³ Le Gouvernement peut confier d'autres mandats de gestion à l'Hôpital ou aux hôpitaux publics du Canton.

⁴ Le siège administratif de l'Hôpital est localisé à Porrentruy.

Article 23, alinéa 1 (nouvelle teneur)

L'Hôpital est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration de neuf membres nommés par le Gouvernement et composé comme il suit: (suite: inchangé)

Article 24, alinéa 1 (nouvelle teneur)

L'Hôpital détermine l'organisation générale de ses sites hospitaliers (dénommés ci-après: «les sites») et des services rattachés dans le cadre de la mission générale impartie par le plan sanitaire.

Article 25 (nouvelle teneur) e) Compétences

¹ Dans le cadre de la planification hospitalière et de l'enveloppe budgétaire, le conseil d'administration assume toutes les compétences nécessaires à l'accomplissement de la mission de l'Hôpital.

² Ces compétences comprennent:

a) la définition de l'organisation générale de l'Hôpital et des sites hospitaliers au moyen de règlements et de directives;

b) la définition des rapports entre les usagers et l'Hôpital, en complément des dispositions de la présente loi (articles 46 et suivants);

c) la création ou la suppression de services de soins et de services médico-techniques, avec l'accord du Gouvernement;

d) l'introduction, le renforcement ou la suppression de prestations médicales ou médico-techniques;

e) la dotation en lits des sites;

f) l'engagement de l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs de l'Hôpital, y compris le directeur général, les médecins-chefs et médecins-chefs adjoints, les directeurs de sites et les responsables des services hospitaliers et la définition de leur cahier des charges;

g) la détermination du statut et de la rémunération des médecins et du personnel, après consultation de leurs représentants;

h) les négociations tarifaires avec les assurances sociales et la fixation des différents tarifs, sous réserve de l'approbation par le Gouvernement;

i) la répartition des ressources budgétaires entre les services;

j) l'élaboration et la définition des moyens de gestion de l'Hôpital, par exemple en matière de comptabilité, d'informatique ou de statistique;

k) la gestion des dettes et la conclusion d'emprunts à long terme;

l) l'évaluation permanente des prestations hospitalières et de la définition des normes communes de qualité minimale;

m) la mise en place du contrôle interne de la gestion et des comptes et l'examen des résultats;

n) la coordination des programmes de développement et de formation du personnel;

o) la réalisation d'études prospectives.

³ Il peut déléguer certaines de ces compétences au directeur général.

Article 26 (nouvelle teneur) Révision des comptes

¹ L'Hôpital soumet chaque année ses comptes et son rapport d'activité au Parlement.

² Pour le surplus, l'Hôpital est soumis à la surveillance du Département (article 14).

Article 27 (nouvelle teneur)

¹ L'Hôpital est géré par un directeur général et une administration propre.

² Le directeur général associe étroitement les directeurs des sites, les médecins-chefs et les infirmiers-chefs à la réalisation de sa mission. Il entend régulièrement les représentants du personnel.

³ Un comité de direction assiste le directeur général.

⁴ La direction générale exécute les décisions du conseil d'administration et assume les tâches qui lui sont confiées par le règlement interne ou par le cahier des charges.

Article 28 (nouvelle teneur)

¹ L'Hôpital établit ses propres comptes et les intègre dans les comptes consolidés des sites et des autres unités rattachés à l'Hôpital.

² Les comptes de l'Hôpital sont révisés chaque année par le Contrôle des finances ou par une fiduciaire spécialisée en la matière.

Section 2: Hôpitaux rattachés à l'Hôpital multisite du Jura (nouveau)

Article 29 (nouvelle teneur)

¹ L'Hôpital exerce ses activités sur plusieurs sites hospitaliers ayant le statut de succursales.

² Chaque site est doté du personnel et de l'équipement nécessaires à ses activités.

³ Chaque site héberge les services qui lui sont assignés par le conseil d'administration dans le cadre du plan hospitalier.

⁴ Dans les limites définies par l'Hôpital, les sites peuvent entretenir des relations directes avec des tiers.

Article 30, alinéas 1 et 2 (nouvelle teneur)

¹ Chaque site est administré par un directeur nommé par le conseil d'administration de l'Hôpital. Ce directeur peut assumer d'autres fonctions dans le cadre de l'Hôpital.

² Ses tâches sont définies par le conseil d'administration et le directeur général.

Article 31, alinéa 1 (nouvelle teneur)

Le personnel est associé à la gestion du site.

Article 32 (nouvelle teneur)

La mission de chaque site est définie par le plan hospitalier.

Article 33 (nouvelle teneur) Directeur

Dans le cadre des directives du conseil d'administration et des ressources budgétaires, le directeur assume la gestion et l'animation du site.

Article 34

(Abrogé.)

Section 3

(Abrogée.)

Article 35

(Abrogé.)

Article 48, alinéa 2, lettre b (nouvelle teneur)

Répondent des dommages causés illicitement:

b) l'Hôpital pour les sites et les autres unités qui lui sont rattachés;

Article 67, alinéa 2, lettre c) (nouvelle teneur)

52% des dépenses affectées à l'Hôpital.

Titre quatrième, chapitre III, section 1 (nouveau titre)

Section 1: Hôpital multisite du Jura

Article 69 (nouvelle teneur)

¹ L'Etat assume le financement des investissements hospitaliers selon les règles suivantes:

a) par une enveloppe budgétaire annuelle allouée à l'Hôpital et destinée au financement des frais d'acquisition et de renouvellement des appareils médico-techniques, ainsi qu'aux travaux d'entretien et d'assainissement lourds des bâtiments;

b) par les crédits d'investissements spéciaux pour les constructions nouvelles.

² L'Hôpital planifie le renouvellement des équipements et gère l'enveloppe définie à l'alinéa 1, lettre a; aucune subvention n'est accordée hors enveloppe.

Article 70 (nouvelle teneur)

¹ Les frais d'exploitation sont financés au moyen d'une enveloppe budgétaire annuelle globale allouée à l'Hôpital.

² L'enveloppe budgétaire annuelle fait l'objet d'un contrat de droit administratif passé entre le Gouvernement et l'Hôpital.

Article 71, alinéa 1 (nouvelle teneur)

¹ Le contrat fixant l'enveloppe budgétaire annuelle est négocié entre l'Hôpital et le comité des acquéreurs.

Article 73 (nouvelle teneur)

¹ Le montant de l'enveloppe doit permettre à l'Hôpital et aux sites qui en dépendent de fonctionner de manière efficace et économe, sans déficit, tout en dispensant des soins de qualité.

² Il est déterminé en fonction de la mission dévolue à l'Hôpital, de l'activité réelle des sites, des statistiques comparatives réalisées avec d'autres fournisseurs de soins et des possibilités de financement de l'Etat et des assurances sociales et privées.

³ L'enveloppe tient compte des ressources propres des sites, en particulier des recettes provenant des lits privés, de la location des locaux et installations, de subsides d'exploitation versés par des tiers, ainsi que des revenus du patrimoine financier.

Article 74, alinéa 1 (nouvelle teneur)

L'enveloppe budgétaire ne tient pas compte d'un éventuel déficit ou bénéfice résultant d'activités annexes au site (bâtiment du personnel, cafétéria, etc.).

Article 75 (nouvelle teneur)

L'enveloppe budgétaire à allouer peut être réduite lorsque l'Hôpital a négligé des recettes ou procédé à des dépenses injustifiées au cours des exercices précédents.

Article 76 (nouvelle teneur)

Le montant de l'enveloppe incombant à l'Etat est versé à l'Hôpital en douze acomptes mensuels.

Article 77 (nouvelle teneur)

¹ L'enveloppe budgétaire est acquise à l'Hôpital.

² Les montants non utilisés doivent obligatoirement être affectés au financement de frais hospitaliers. Le cas échéant, ils peuvent être mis en réserve à cette fin.

³ En cas de dépassement de l'enveloppe, l'Hôpital doit en assumer seul le financement.

⁴ L'Hôpital définit les règles qui déterminent la répartition de l'enveloppe budgétaire aux sites et aux autres unités qui lui sont rattachés, ainsi que l'affectation des montants non utilisés et le financement des dépassements.

⁵ Afin d'inciter les sites et les services hospitaliers qui lui sont rattachés à une gestion rationnelle, l'Hôpital impute les résultats de chaque exercice sur les premiers, selon les modalités qu'il définit au préalable.

II.

¹ La présente modification est soumise au référendum facultatif.

² Le Gouvernement fixe l'entrée en vigueur de la présente modification.

Modification de la loi sur les hôpitaux

(Le changement de dénomination du CGH par l'Hôpital multisite du Jura entraîne les modifications des articles 22 à 24, 48, 67, 69, 70, 71, 73 à 77. Ces modifications ne font pas l'objet d'un commentaire).

Loi actuelle	Modification proposée	Commentaire
<p>Article 2, lettre e) Les établissements hospitaliers, publics ou privés, comprennent notamment: e) le Centre de gestion hospitalière ainsi que les hôpitaux et les services spécialisés et interhospitaliers qui lui sont rattachés;</p>	<p>Article 2, lettre e) (nouvelle teneur) Les établissements hospitaliers, publics ou privés, comprennent notamment: e) l'Hôpital multisite du Jura ainsi que les sites et les services spécialisés et interhospitaliers qui lui sont rattachés;</p>	<p>Changement de dénomination du Centre de gestion hospitalière (CGH) par l'Hôpital multisite du Jura (HMJ) et remplacement du mot «hôpital» désignant un des trois établissements par «site».</p>
<p>Article 22, alinéa 1</p> <p>¹ Sous le nom de «Centre de gestion hospitalière de la République et Canton du Jura» (dénommé ci-après: «Centre»), l'Etat crée un établissement cantonal de droit public qui gère comme une seule entreprise les hôpitaux publics du Canton ainsi que les services hospitaliers spécialisés et les services interhospitaliers.</p>	<p>Article 22, alinéas 1 (nouvelle teneur) et 4 (nouveau)</p> <p>¹ Sous le nom «Hôpital multisite du Jura» (dénommé ci-après: «Hôpital»), l'Etat crée un établissement cantonal de droit public qui gère comme une seule entreprise les sites et les autres unités qui lui sont rattachés.</p> <p>⁴ Le siège administratif de l'Hôpital est localisé à Porrentruy.</p>	<p>Changement de dénomination du CGH pour en faire un véritable hôpital intégré. Suppression de la différenciation entre services hospitaliers spécialisés et interhospitaliers, différence qui n'aura plus de raison d'être.</p> <p>Il est ainsi donné suite à l'initiative parlementaire no 7 «Siège du CGH».</p>
<p>Article 25, alinéa 2 et alinéa 3</p> <p>² Ces compétences comprennent:</p> <p>a) la définition de l'organisation générale des hôpitaux au moyen de règlements et de directives;</p> <p>b) la définition des rapports entre les usagers et les hôpitaux et autres unités rattachés au centre, en complément des dispositions de la présente loi (articles 46 et suivants);</p> <p>c) la création ou la suppression de divisions et de services de soins et de services médico-techniques, avec l'accord du Gouvernement;</p> <p>d) l'introduction, le renforcement ou la suppression de prestations médicales ou médico-techniques;</p> <p>e) la dotation en lits des hôpitaux;</p> <p>f) l'engagement des médecins chefs et médecins chefs adjoints, des directeurs des hôpitaux et des responsables des services spécialisés ou interhospitaliers;</p> <p>g) la détermination du statut et de la rémunération des médecins et du personnel, après consultation de leurs représentants;</p> <p>h) les négociations tarifaires avec les assurances sociales et la fixation des différents tarifs, sous réserve de l'approbation par le Gouvernement;</p>	<p>Article 25, alinéa 2 (nouvelle teneur) et alinéa 3 (nouveau)</p> <p>² Ces compétences comprennent:</p> <p>a) la définition de l'organisation générale de l'Hôpital et des sites hospitaliers au moyen de règlements et de directives;</p> <p>b) la définition des rapports entre les usagers et l'Hôpital, en complément des dispositions de la présente loi (articles 46 et suivants);</p> <p>c) la création ou la suppression de services de soins et de services médico-techniques, avec l'accord du Gouvernement;</p> <p>d) l'introduction, le renforcement ou la suppression de prestations médicales ou médico-techniques;</p> <p>e) la dotation en lits des sites;</p> <p>f) l'engagement de l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs de l'Hôpital, y compris le directeur général, les médecins-chefs et médecins-chefs adjoints, les directeurs de sites et les responsables des services hospitaliers et la définition de leur cahier des charges;</p> <p>g) la détermination du statut et de la rémunération des médecins et du personnel, après consultation de leurs représentants;</p> <p>h) les négociations tarifaires avec les assurances sociales et la fixation des différents tarifs, sous réserve de l'approbation par le Gouvernement;</p>	<p>Adaptation du texte à la nouvelle formulation de l'article 22.</p> <p>Idem a).</p> <p>Simplification de la terminologie pour n'utiliser qu'un terme générique dans la loi, soit celui de «service». Voir aussi la suppression de la différence entre services interhospitaliers et divisions.</p> <p>Aucune modification.</p> <p>Idem a) et introduction du cahier des charges. Délégation possible du directeur général pour l'engagement des collaboratrices et des collaborateurs (voir alinéa 3).</p> <p>Aucune modification.</p> <p>Aucune modification.</p>

Loi actuelle	Modification proposée	Commentaire
<p>i) la répartition des enveloppes budgétaires d'investissement et d'exploitation entre les hôpitaux et les services interhospitaliers et spécialisés;</p> <p>j) l'élaboration et la définition des moyens de gestion des hôpitaux, par exemple en matière de comptabilité, d'informatique ou de statistique;</p> <p>k) la gestion des dettes et la conclusion d'emprunts à long terme;</p> <p>l) l'approbation des directives et règlements internes adoptés par les hôpitaux;</p> <p>m) l'évaluation permanente des prestations hospitalières et la définition des normes communes de qualité minimale;</p> <p>n) la mise en place du contrôle interne de la gestion et des comptes et l'examen des résultats;</p> <p>o) la coordination des programmes de développement et de formation du personnel;</p> <p>p) la réalisation d'études prospectives;</p> <p>q) la nomination du directeur général et du personnel administratif du Centre.</p>	<p>i) la répartition des ressources budgétaires entre les services;</p> <p>j) l'élaboration et la définition des moyens de gestion de l'Hôpital, par exemple en matière de comptabilité, d'informatique ou de statistique;</p> <p>k) la gestion des dettes et la conclusion d'emprunts à long terme;</p> <p>l) (Supprimée.)</p> <p>m) l'évaluation permanente des prestations hospitalières et de la définition des normes communes de qualité minimale;</p> <p>n) la mise en place du contrôle interne de la gestion et des comptes et l'examen des résultats;</p> <p>o) la coordination des programmes de développement et de formation du personnel;</p> <p>p) la réalisation d'études prospectives;</p> <p>q) (Supprimée.)</p> <p>³ Il peut déléguer certaines de ces compétences au directeur général</p>	<p>1) La répartition d'enveloppes budgétaires entre établissements s'avère de plus en plus problématique.</p> <p>2) Le terme «ressource» est plus flexible et mieux adapté à la réalité.</p> <p>3) Il n'y a qu'un seul hôpital, donc une seule enveloppe.</p> <p>Idem a).</p> <p>Aucune modification.</p> <p>Supprimée en raison de l'intégration définie à l'article 22.</p> <p>Aucune modification.</p> <p>Aucune modification.</p> <p>Aucune modification.</p> <p>Aucune modification.</p> <p>Reporté sous lettre f.</p> <p>Clarification explicite d'une compétence déjà largement exercée pour toute l'activité opérationnelle.</p>
<p>Article 26, titre marginal et alinéas 1 et 2</p> <p>Surveillance</p> <p>¹ Le Centre soumet chaque année ses comptes et son rapport d'activité au Parlement. Ces documents font la synthèse des rapports des différents hôpitaux.</p> <p>² Pour le surplus, le Centre est soumis à la surveillance du Département (article 14).</p>	<p>Article 26, titre marginal et alinéas 1 et 2 (nouvelle teneur)</p> <p>Révision des comptes</p> <p>¹ L'Hôpital soumet chaque année ses comptes et son rapport d'activité au Parlement.</p> <p>² Pour le surplus, l'Hôpital est soumis à la surveillance du Département (article 4).</p>	<p>Adaptation du texte à la nouvelle formulation de l'article 22.</p> <p>Changement de nom.</p>
<p>Article 27, alinéas 2 et 3</p> <p>² Le directeur général associe étroitement les directeurs des hôpitaux, les médecins-chefs et les infirmiers-chefs à la réalisation de sa mission. Il entend régulièrement les représentants du personnel.</p> <p>³ Un collège, comprenant les directeurs des trois hôpitaux, ainsi que les représentants des conseils médicaux et les infirmiers-chefs des hôpitaux régionaux, assiste le directeur.</p>	<p>Article 27, alinéas 2 et 3 (nouvelle teneur)</p> <p>² Le directeur général associe étroitement les directeurs des sites, les médecins-chefs et les infirmiers-chefs à la réalisation de sa mission. Il entend régulièrement les représentants du personnel.</p> <p>³ Un comité de direction assiste le directeur général.</p>	<p>Le directeur d'hôpital devient le directeur du site.</p> <p>Adaptation du texte aux nouvelles formulations des articles 22 et 25.</p> <p>Composition: 1 responsable médical, 1 responsable soins, 1 responsable des finances, 1 responsable des ressources humaines, les responsables de départements médicaux et non médicaux, un représentant du personnel.</p>
<p>Article 28, alinéas 1 et 2</p> <p>¹ Le Centre établit ses propres comptes et les intègre dans les comptes consolidés des hôpitaux et des autres unités rattachés au Centre.</p>	<p>Article 28, alinéas 1 et 2 (nouvelle teneur)</p> <p>¹ L'Hôpital établit ses propres comptes et les intègre dans les comptes consolidés des sites et des autres unités rattachés à l'Hôpital.</p>	<p>Changement de nom. A relever que selon le texte retenu, la direction général de l'Hôpital devra, comme le faisait le CGH, établir ses propres comptes.</p>

Loi actuelle	Modification proposée	Commentaire
<p>² Les comptes du Centre et de ses hôpitaux sont révisés chaque année par le Contrôle des finances ou par une fiduciaire spécialisée en la matière.</p>	<p>² Les comptes de l'Hôpital sont révisés chaque année par le Contrôle des finances ou par une fiduciaire spécialisée en la matière.</p>	<p>Adaptation du texte à la nouvelle formulation de l'article 22.</p>
<p>Section 2 Hôpitaux rattachés au Centre de gestion hospitalière</p>	<p>Section 2 (nouveau titre) Hôpitaux rattachés à l'Hôpital multisite du Jura</p>	<p>Adaptation à la notion de sites et intégration du CGH aux hôpitaux.</p>
<p>Article 29 Statut ¹ Les hôpitaux rattachés au Centre sont des établissements de droit public sans personnalité juridique. ² Ils ont le statut de succursale par rapport au Centre.</p>	<p>Article 29 (nouvelle teneur) Statut ¹ L'Hôpital exerce ses activités sur plusieurs sites hospitaliers avant le statut de succursales. ² Chaque site est doté du personnel et de l'équipement nécessaire à ses activités.</p>	<p>Adaptation du texte à la nouvelle formulation de l'article 22 et compression des alinéas 1 et 2. Sécurité pour chaque site d'obtenir les ressources correspondant à sa mission. Engagement implicite à maintenir l'activité de chaque site.</p>
<p>³ Dans le cadre de leur propre activité, les hôpitaux assument de manière autonome toutes les relations avec les tiers.</p>	<p>³ Chaque site héberge les services qui lui sont assignés par le conseil d'administration dans le cadre du plan hospitalier.</p>	<p>Modification importante avec la suppression de la notion d'autonomie de chaque hôpital. La limitation de cette autonomie est déjà largement exercée actuellement par la création de services centraux (achats, technique, facturation, management qualité, hygiène hospitalière, etc.) et d'organes centraux (CMU,...). Idem alinéa 3.</p>
<p>⁴ A l'égard du Centre, l'autonomie des hôpitaux est limitée par la présente loi et les directives internes du Centre.</p>	<p>⁴ Dans les limites définies par l'Hôpital, les sites peuvent entretenir les relations directives avec des tiers.</p>	
<p>Article 30, alinéas 1 et 2 ¹ Chaque hôpital et ses services sont administrés par un directeur nommé par le conseil d'administration du Centre. Ce directeur peut assurer d'autres fonctions dans le cadre du Centre.</p>	<p>Article 30, alinéas 1 et 2 (nouvelle teneur) ¹ Chaque site est administré par un directeur nommé par le conseil d'administration de l'Hôpital. Ce directeur peut assumer d'autres fonctions dans le cadre de l'Hôpital.</p>	<p>Adaptation découlant de l'article 22 afin de permettre une structure organisationnelle plutôt centrée sur les secteurs d'activités que sur l'établissement. Permet également de la souplesse dans l'organisation hiérarchique. Outre la direction du site, le directeur peut assumer celle d'un département.</p>
<p>² Un collège, comprenant au minimum un représentant du conseil médical, l'infirmier-chef de l'hôpital et un représentant du personnel, assiste la direction.</p>	<p>² Ses tâches sont définies par le conseil d'administration et le directeur général.</p>	<p>L'organisation interne de chaque site est confiée au conseil d'administration. Cela n'empêche pas qu'il puisse y avoir des organes propres à chaque site (conférence des cadres, par ex.).</p>
<p>Article 31, alinéa 1 Le personnel et les médecins sont associés à la gestion de l'établissement.</p>	<p>Article 31, alinéa 1 (nouvelle teneur) Le personnel est associé à la gestion du site.</p>	<p>Les médecins sont considérés comme l'ensemble du personnel. La différenciation entre personnel et médecins est une source de conflits potentiels.</p>
<p>Article 32 Mission La mission de chaque hôpital est définie par le plan hospitalier.</p>	<p>Article 32 (nouvelle teneur) Mission La mission de chaque site est définie par le plan hospitalier.</p>	<p>Le plan hospitalier fixe les missions de chaque site. Le conseil d'administration peut préciser la mission de chaque site dans le respect de la loi et du plan hospitalier.</p>
<p>Article 33 Compétences</p>	<p>Article 33 (nouvelle teneur) Directeur</p>	

Loi actuelle	Modification proposée	Commentaire
<p>Dans le cadre des directives et des enveloppes budgétaires d'investissement et d'exploitation déterminées par le Centre, la direction exerce notamment les compétences suivantes:</p> <p>a) organisation, gestion et animation de l'hôpital;</p> <p>b) dotation des services en personnel et équipements;</p> <p>c) engagement du personnel, à l'exception des médecins-chefs et des médecins-chefs adjoints;</p> <p>d) répartition de l'enveloppe budgétaire d'exploitation et d'investissement de l'hôpital entre les différents services;</p> <p>e) entretien des immeubles et des équipements;</p> <p>f) élaboration des budgets, comptes, statistiques et rapports d'activité de l'hôpital, à l'intention du Centre;</p> <p>g) détermination du nombre de lits privés, mi-privés et communs en fonction de l'évolution de la demande.</p> <p>Article 34 ¹ Un règlement interne arrête le cahier des charges du directeur et des chefs des services médicaux, administratifs et techniques. ² Il est soumis à l'approbation du conseil d'administration du Centre.</p> <p>Section 3: Services interhospitaliers et spécialisés Article 35 ¹ Dans la mesure où l'organisation rationnelle des services hospitaliers l'exige, le Centre peut créer des services interhospitaliers et spécialisés pour les soins, l'intendance ou l'administration. Dans tous les cas, il respecte le plan hospitalier. ² Le conseil d'administration du Centre édicte un règlement régissant l'activité d'un tel service, sa structure et sa direction.</p>	<p>Dans le cadre des directives du conseil d'administration et des ressources budgétaires, le directeur assume la gestion et l'animation du site.</p> <p>Article 34 (Abrogé)</p> <p>Section 3 et article 35 (Abrogés.)</p>	<p>C'est la conséquence logique des modifications des articles précédents. Le responsable du site a moins de compétences spécifiques à son établissement; il peut cependant avoir des compétences spécifiques et élargies dans un secteur d'activité sur l'ensemble des sites.</p> <p>Voir article 25, alinéa 2, lettre f. Simplification des références aux directives, règlements internes et cahiers des charges sous un seul article.</p> <p>Idem.</p> <p>Cette précision est devenue inutile avec la nouvelle formulation de la loi.</p> <p>Voir commentaire sous l'article 34.</p>

Message complémentaire du Gouvernement:

1. Rappel

Par son message du 23 octobre 2001, le Gouvernement soumettait au Parlement son projet de plan hospitalier «Hôpital multisite du Jura». Ce projet a déclenché une forte opposition régionale.

1.1 Les principes fondamentaux du plan hospitalier

Les principes fondamentaux du plan hospitalier présenté dans le message du 23 octobre 2001 étaient les suivants:

- complémentarité des trois hôpitaux jurassiens par regroupement sur un seul site de certaines prestations hospitalières;
- amélioration de la sécurité grâce à un nombre d'actes plus élevé par discipline médicale;
- maîtrise des coûts par le maintien d'une seule infrastructure et une seule équipe médicale pour certains types de soins.

1.2 Les conséquences du plan hospitalier en bref

A terme, les effets attendus du plan hospitaliers dans sa version d'octobre 2001 étaient les suivants:

- le regroupement à Delémont des soins aigus (y compris la maternité) et à Porrentruy de la réadaptation, de la médecine subaiguë et du traitement de la douleur;
- une réduction du nombre de lits de soins aigus d'environ 286 à environ 160;
- des économies annuelles d'environ 10 à 14 millions de francs sur les charges de fonctionnement;
- la suppression, étalée sur plusieurs années, de 120 à 150 postes de travail dont un tiers à Delémont et deux tiers à Porrentruy;
- un investissement supplémentaire d'environ 5 millions de francs pour les infrastructures, en plus de l'enveloppe annuelle;
- le district qui perd des emplois dans une plus grande proportion que l'autre doit pouvoir bénéficier de mesures qui ont pour but d'atténuer les effets négatifs indirects. Le Gouvernement propose de prélever sur les économies réalisées par les effets de la planification hospitalière des montants substantiels visant à soutenir la réalisation de projets permettant notamment la création d'emplois, et cela en concertation avec les acteurs économiques et politiques du district de Porrentruy. Un groupe de travail sera mis sur pied afin de proposer des mesures compensatoires et en évaluer les coûts.

1.3 Une forte opposition

Le contenu du plan hospitalier a déclenché une forte opposition au sein de la population du district de Porrentruy, représentée par la «Coordination hôpital Porrentruy». Cela s'est traduit par le dépôt d'une pétition munie de 13'000 signatures, par des assemblées publiques de protestation ainsi que par de nombreuses prises de position dans la presse.

De plus, la Société médicale du canton du Jura s'est distanciée du projet gouvernemental, préconisant pour sa part la construction d'un nouvel hôpital.

1.4 La commission parlementaire de la santé

La commission parlementaire de la santé a examiné et discuté le plan hospitalier au cours de dix-sept séances qui se sont succédé entre novembre 2001 et mai 2002. La commission a entre autres visité les trois sites jurassiens ainsi que l'Hôpital du Sud Fribourgeois et procédé à plusieurs auditions. La commission a manifesté une ouverture sur l'entrée en matière du plan hospitalier à condition que le Gouvernement lui présente des modifications tenant compte notamment des demandes de la Coordination hôpital Porrentruy.

2. La position initiale du Gouvernement

En dépit de l'opposition qui s'est déclarée avant même la publication du message du Gouvernement, ce dernier n'a pas ménagé ses efforts pour expliquer le bien-fondé du projet.

2.1 Volonté de maintenir le cap

Considérant:

- les divers avis d'experts favorables à une nouvelle organisation des hôpitaux jurassiens.
- la nécessité de prendre des mesures pour endiguer l'explosion des coûts de la santé,
- que notre région dispose de deux hôpitaux proches et proposant des prestations similaires,
- qu'en dessous d'une certaine taille, un hôpital se heurte notamment à de sérieux problèmes de recrutement de personnel,

le Gouvernement avait de bonnes raisons de vouloir maintenir le cap. C'est ainsi que le Département de la Santé, de l'Action sociale et de la Police a organisé une trentaine de présentations du projet dans les divers milieux, notamment les hôpitaux et les acteurs du secteur de la santé, les partis politiques et les associations de maires.

Le Gouvernement a également engagé le dialogue avec la Coordination hôpital Porrentruy.

3. La position actuelle du Gouvernement

Devant l'opposition persistante d'une large frange de la population ajolote, face aux critiques de la Société médicale du canton du Jura et en provenance du Jura bernois, au vu des travaux de la commission parlementaire de la santé, le Gouvernement a considéré que les conditions de réalisation du plan hospitalier au sens de son projet initial n'étaient pas réunies. Car si un tel projet ne saurait rencontrer l'agrément de chacun, il n'est pas concevable non plus de vouloir le mettre en œuvre contre l'avis d'une région.

Selon le Gouvernement, le maintien du statu quo serait le pire scénario envisageable; ce constat est accepté par tous les acteurs.

Des efforts ont été accomplis de part et d'autre lors des discussions menées avec les représentants de la Coordination hôpital Porrentruy, ce qui a permis au Gouvernement d'apporter des modifications importantes à son projet.

4. Les modifications apportées au projet initial

Si le plan hospitalier d'octobre 2001 était caractérisé par une logique de complémentarité entre les hôpitaux (priorité donnée au regroupement sur un seul site de certaines prestations), le plan hospitalier remanié est inspiré par une logique d'équivalence des sites. Delémont devient toutefois l'hôpital de référence (soins intensifs, cas lourds, etc.)

4.1 Les principales modifications

Il est proposé de maintenir à l'hôpital de Porrentruy:

4.1.1 Soins aigus et maternité

Des soins aigus incluant les prestations d'une maternité sont maintenus. Les activités relevant de la gynécologie obstétrique, de la pédiatrie, de la chirurgie et de la médecine sont ainsi conservées.

4.1.2 Bloc opératoire

Conséquence directe et impérative du maintien de soins aigus et de la maternité, l'hôpital de Porrentruy reste équipé d'un bloc opératoire ouvert 24h/24 du lundi au vendredi. Le bloc opératoire n'est en principe utilisable le samedi et le dimanche que pour les interventions obstétricales d'urgence (césariennes). Le service de piquet et de garde s'organise en conséquence.

4.2 Autres modifications

La logique d'équivalence des prestations qui prévaut dans le projet remanié de plan hospitalier induit d'autres modifications par rapport au projet d'octobre 2001.

4.2.1 Unité de soins continus à Porrentruy

Une unité de soins continus de 4 lits – dont un lit réservé pour les urgences vitales – est créée sur le site de Porrentruy. La dotation en personnel est adaptée à la mission dévolue aux soins continus et coordonnée à celle du service des urgences de l'hôpital.

4.2.2 Centre de traitement et de réadaptation

Cette prestation, dont le regroupement était initialement prévu sur le site de Porrentruy, est maintenue également à l'hôpital de Delémont. Le regroupement sur un seul site reste toutefois une option possible à l'avenir.

4.2.3 Soins palliatifs

Les soins palliatifs, dont le regroupement était prévu à l'hôpital de Porrentruy, sont également dispensés à l'hôpital de Delémont. Le regroupement sur un seul site reste toutefois une option possible à l'avenir.

4.2.4 Service mobile d'urgence

La modification du projet permet de surseoir à la création d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

4.2.5 Groupe d'observation

Le Gouvernement désigne et met en place un groupe d'observation et de suivi chargé de l'application du plan hospitalier. Sa composition tiendra compte d'une représentation équitable des régions. Son rôle est de suivre l'évolution des divers paramètres en fonction des objectifs fixés. Ses observations permettront la prise de mesures en cas de non-atteinte des objectifs fixés et de répondre à l'évolution du domaine hospitalier en général.

5. Les options maintenues

Plusieurs options du plan hospitalier d'octobre 2001 sont reprises dans le projet modifié.

5.1 Axes principaux

Le regroupement des soins intensifs et le principe de «transversalité» deviennent les deux axes principaux du projet remanié.

5.1.1 Soins intensifs

Le regroupement des cas de soins intensifs dans un seul site demeure un objectif important du Gouvernement qui entend recouvrer la reconnaissance pour la formation complète (sur vingt-quatre mois) des infirmières en soins intensifs. Le site de Delémont abritera l'unité de soins intensifs du Canton.

L'unité de soins intensifs de Delémont et l'unité de soins continus de Porrentruy sont placées sous une seule et même responsabilité médicale.

5.1.2 Répartition des patients

La répartition des patients entre les sites est déterminée en fonction de la gravité: les cas ordinaires sont acheminés selon le critère de proximité tandis que les cas lourds sont orientés sur le site de Delémont, sous réserve des cas nécessitant un transfert vers un centre universitaire.

5.1.3 Transversalité

Les différents départements de l'Hôpital du Jura fonctionneront selon le principe de la transversalité. Cela signifie qu'il n'y aura qu'un médecin-chef de département et qu'un budget par département. En vertu de ce principe, l'accès des médecins à l'ensemble des sites est garanti.

5.1.4 Réduction du nombre de lits de soins aigus

L'objectif de réduire le nombre de lits de soins aigus à environ 150 unités est maintenu.

5.2 Autre options maintenues

5.2.1 Services ambulanciers

Les services ambulanciers restent répartis sur les trois sites.

5.2.2 Centre de traitement et de réadaptation

Cf. 4.2.2

5.2.3 Soins palliatifs

Cf. 4.2.3

5.2.4 Hémodialyse

Une antenne d'hémodialyse est ouverte à l'hôpital de Delémont.

5.2.5 Hôpital de Saignelégier

La mission de l'établissement hospitalier de Saignelégier n'est pas modifiée.

5.2.6 Siège de l'Hôpital du Jura

Le Gouvernement propose de remplacer la dénomination Centre de gestion hospitalière (CGH) par «Hôpital du Jura». La direction générale de l'Hôpital du Jura est localisée sur le site hospitalier de Porrentruy.

6. Principales incidences induites par le projet modifié de plan hospitalier

6.1 Incidences pratiques

6.1.1 Au niveau des prestations

– maintien de l'offre de prestations courantes dans les sites de Delémont et de Porrentruy;

– soins intensifs regroupés à Delémont;

– interventions chirurgicales d'urgence le week-end regroupées à Delémont hormis les césariennes d'urgence.

6.1.2 Pour des patients

– moins de déplacements et de transports;

– transfert des cas lourds non universitaires à Delémont;

6.1.3 Relatives aux structures

– pas ou peu de changement.

6.1.4 Sur le plan de l'organisation

– transversalité des départements;

– réorganisation interne de l'Hôpital du Jura (nouvel organigramme);

– accès des médecins à l'ensemble des sites.

6.1.5 A propos de la mise en œuvre du plan hospitalier

– Les coûts de mise en œuvre du plan modifié sont inférieurs à ceux prévus dans le plan initial (500'000 francs). Un montant de quelques dizaines de milliers de francs sera porté au budget 2003 du Service de la santé afin de financer le fonctionnement et les mandats que le groupe d'observation et de suivi pourrait donner à des tiers.

– L'arrêté octroyant un crédit pour financer la mise en œuvre du plan hospitalier n'est plus nécessaire.

6.2 Incidences financières

Les modifications apportées au projet initial de plan hospitalier ont également des incidences financières. Pour le Gouvernement, la maîtrise des charges dans le domaine de la santé demeure un objectif prioritaire, même si les incidences financières du projet modifié sont moins favorables que celles escomptées dans le cadre du projet d'octobre 2001.

6.2.1 Evolution des coûts de la santé

Indépendamment des incidences financières du plan hospitalier qui sera finalement adopté, les coûts dans le domaine de la santé vont continuer d'augmenter, conséquence notamment d'une conjugaison des éléments suivants:

– progrès technologiques (imagerie, transplantation, génie génétique, etc.);

– élargissement du spectre d'activités qui échappaient autrefois à la médecine (soins palliatifs, soins terminaux, traitement de la douleur, etc.);

– élargissement du catalogue des prestations remboursées par la LAMal;

– croissance des exigences de la population (qualité, délais, confort);

– vieillissement de la population.

Par conséquent, les efforts visent davantage à maîtriser la croissance des coûts plutôt que de réduire ces derniers.

6.2.2 Charges d'exploitations – emploi

Le projet modifié entraîne une réduction d'une soixantaine d'emplois (10 à 15 sur le site de Delémont et 40 à 45 sur le site de Porrentruy). La réduction des places de travail à Delémont et à Porrentruy devrait pouvoir se faire sans licenciement. Si toutefois des personnes ne pouvaient conserver un emploi au sein de l'Hôpital du Jura, le Gouvernement s'engage à mettre en place, en concertation avec les partenaires sociaux, un plan social et une convention cadre réglant notamment les modalités de départ.

L'économie sur les charges salariales globales sera de l'ordre de 5 millions de francs. (La charge salariale moyenne

au CGH est de 90'000 francs par an (salaire et charges salariales)

A cela s'ajoutent les économies indirectes potentielles qui pourraient se situer entre 0,5 et 1 million de francs. Ces économies indirectes sont décrites à la page 44 du message du 23 octobre 2001.

Les économies totales se situeront ainsi à environ 6 millions de francs.

6.2.3 Charges d'investissements

Le plan hospitalier du 23 octobre 2001 prévoyait un investissement total de 25 millions de francs, dont 20 étaient financés par l'enveloppe habituelle d'investissements (voir pages 42-43 du message du 23 octobre 2001).

Cinq millions de francs étaient destinés au financement des aménagements nouveaux découlant du plan initial. La nouvelle organisation n'entraînant pas de modification structurelle d'importance; elle permettra de ne pas recourir aux 5 millions de francs supplémentaires prévus dans le projet d'octobre 2001.

Les charges d'investissements se limiteront donc à l'enveloppe habituelle d'investissements attribuée à l'actuel CGH, légèrement adaptée en fonction des besoins spécifiques.

Ainsi, dans un souci d'application rapide des mesures proposées, 5 millions de francs seront prévus pour l'enveloppe d'investissements 2003, puis environ 4 millions les années suivantes, sous réserve d'approbation des enveloppes par le Parlement. Il est utile de rappeler ici que des travaux prévus en 2001 ont été reportés, le solde non utilisé de l'enveloppe 2001 est donc de quelque 3.8 millions, ce qui donne une marge de manœuvre à l'Hôpital du Jura.

6.2.4 Maîtrise des charges et délai de mise en œuvre

Les éléments évoqués ci-dessus permettent au Gouvernement d'estimer les économies potentielles possibles à environ 6 millions de francs lorsque la nouvelle organisation sera fonctionnelle. Il est à noter que la mise en application est plus rapide puisqu'en une année environ, dès la décision du Parlement, les mesures déploieront leurs effets (contre cinq à six ans pour le projet initial).

La plupart des postes de travail concernés touchent du personnel employé dans les services médicaux, infirmiers et hôteliers, ainsi que dans le domaine technique et administratif dans une moindre mesure. La création de départements transversaux (intersites) permettra également d'économiser, à terme, sur le nombre de postes de médecins-chefs notamment.

6.2.5 Autres effets financiers

– Le crédit d'étude de 500'000 francs n'est plus nécessaire; il émerge au budget du Service de la santé pour un montant de quelques dizaines de milliers de francs. Ce montant est destiné au groupe d'observation et de suivi.

– Les compensations prévues pour le district de Porrentruy ne sont plus justifiées (page 46 du message du 23 octobre).

Enfin, il faut rappeler que les estimations avancées ne prennent pas en compte certains éléments pouvant conduire à des adaptations de personnel ou d'équipement. Il s'agit par exemple de l'application de la nouvelle convention collective de travail dès le 1er janvier 2002, de l'application de la loi fédérale sur le travail aux médecins assistants (dès 2005) ou encore d'autres éléments externes (autres modifications du cadre légal, évolution des exigences des patients, progrès médical, etc.).

7. Modifications apportées au plan hospitalier

Les modifications du plan hospitalier figurent dans le document annexé.

8. Répartition des prestations entre les trois hôpitaux de Delémont, Porrentruy et Saignelégier après modification du plan hospitalier

Prestations	D	P	S
Soins aigus, y compris activités médicales opératoires et d'investigation, secteur mère-enfant, plateau médico-technique	*	*	
Soins intensifs	*		
Soins continus		*	
Réadaptation	*	*	
Soins palliatifs, traitement de la douleur	*	*	
Maladies chroniques	*	*	*
Médecine subaiguë-gériatrie	*	*	*
Psychiatrie aiguë	*		
Gérontopsychiatrie aiguë		*	
Gérontopsychiatrie de longs séjours		*	
Hémodialyse	*	*	
Consultations et investigations de médecins spécialistes	*	*	*
Service d'urgences 24h/24	*	*	*
Service ambulancier	*	*	*
Services médico-techniques	*	*	*
Direction de l'Hôpital du Jura		*	

Pour le détail, voir les points 4 et 5 du message.

9. Conclusion

Le Gouvernement a tiré l'enseignement des prises de position et des discussions qui ont eu cours dans les derniers mois et qui ne donnaient aucune chance au plan hospitalier du 23 octobre 2001.

Il considère que le statu quo n'est pas acceptable et que la solution qui s'est dégagée permet au Gouvernement de prendre des mesures rapidement. De plus, elle permet d'envisager la poursuite de la réflexion interjurassienne.

En dépit des amendements apportés à la version initiale du projet de plan hospitalier, le Gouvernement réaffirme ses objectifs en matière hospitalière, à savoir offrir dans les hôpitaux jurassiens des prestations sûres et de qualité, à un coût supportable.

Le Gouvernement restera très attentif à l'évolution de la situation et veillera à la mise en place et au suivi des mesures prises.

Dès lors, le Gouvernement invite le Parlement à accepter les modifications apportées au projet du 23 octobre 2001, donnant ainsi les moyens supplémentaires nécessaires à l'exploitation de l'Hôpital du Jura et aux investissements qui lui seront nécessaires pour accomplir ses missions.

Delémont, le 28 mai 2002

Au nom du Gouvernement de la
République et Canton du Jura

La présidente: Anita Rion Le chancelier:
Sigismond Jacquod

Plan hospitalier jurassien

Propositions du Gouvernement et commission:

Le Parlement de la République et Canton du Jura, se fondant sur l'article 26 de la Constitution cantonale, l'article 34 de la loi sanitaire du 14 décembre 1990, l'article 10 de la loi du 22 juin 1994 sur les hôpitaux, le message du 23 octobre

2001 et le message complémentaire du 28 mai 2002 du Gouvernement, adopte le présent plan hospitalier.

Le plan hospitalier poursuit le but d'offrir à la population jurassienne un service de soins hospitaliers de qualité et performants assurant la sécurité des patients et leur prise en charge sur tout le territoire du Canton. Il vise également à maîtriser les coûts du système de soins jurassien.

Missions de l'Hôpital du Jura

L'activité de l'Hôpital du Jura (anciennement Centre de gestion hospitalière – CGH) se répartit sur trois sites, Delémont, Porrentruy et Saignelégier, de la manière suivante:

Delémont:

– soins aigus, y compris activités médicales opératoires et d'investigation, secteur mère-enfant, plateau médico-technique;

- service des soins intensifs;
- centre de traitement et de réadaptation (CTR);
- soins palliatifs, traitement de la douleur et soins aux patients malades chroniques;
- psychiatrie aiguë;
- service d'urgences 24h/24;
- antenne d'hémodialyse;
- consultations et investigations de médecins spécialistes;
- service ambulancier;
- services médico-techniques adaptés à la mission.

Le besoin en lits est estimé entre 150 et 170 lits, à savoir entre 90 et 100 lits aigus somatiques, 20 lits CTR, 20 à 30 lits subaigus et 20 lits de psychiatrie aiguë.

Porrentruy:

– soins aigus, y compris activités médicales opératoires et d'investigation, secteur mère-enfant, plateau médico-technique;

- unité de soins continus;
- centre de traitement et de réadaptation (CTR);
- soins palliatifs, traitement de la douleur et soins aux patients malades chroniques;
- gérontopsychiatrie aiguë;
- gérontopsychiatrie de longs séjours;
- service d'urgences 24h/24;
- unité d'hémodialyse;
- consultations et investigations de médecins spécialistes;
- service ambulancier;
- services médico-techniques adaptés à la mission;

Commission et Gouvernement:

– (Suppression de la localisation du siège, inscrite à l'article 22, alinéa 4, de la loi sur les hôpitaux).

Le besoin en lits est estimé entre 147 et 167 lits, à savoir 60 à 70 lits aigus somatiques, 40 lits CTR, entre 15 et 25 lits subaigus et 32 lits de gérontopsychiatrie.

Répartition des patients: les cas lourds sont orientés sur le site de Delémont, sous réserve des cas nécessitant un transfert vers un centre universitaire.

Le site de Porrentruy reste équipé d'un bloc opératoire ouvert 24h/24 du lundi au vendredi. Le bloc opératoire n'est en principe utilisable le samedi et le dimanche que pour des interventions obstétricales d'urgence.

Saignelégier:

- médecine subaiguë-gériatrie;
- gérontopsychiatrie de longs séjours;
- consultations spécialisées;
- service d'urgences intégré dans le service de médecine;
- service ambulancier;
- services médico-techniques adaptés à la mission.

Le besoin en lits est estimé à 28 lits, à savoir 13 lits subaigus et 15 lits de gérontopsychiatrie, auxquels s'ajoutent 62 lits pour le homme médicalisé.

Commission et Gouvernement:

Centres de traitement et de réadaptation: le regroupement sur un seul site reste une option possible à l'avenir.

Soins palliatifs: L'Hôpital du Jura est chargé d'examiner les voies et moyens de répondre aux besoins des patients nécessitant des soins palliatifs, avec l'option de regrouper les prestations sur un seul site.

Mission du Centre de réadaptation cardio-vasculaire (CJRC) du Noirmont

La mission fondamentale du Centre de réadaptation cardio-vasculaire (CJRC) du Noirmont, établissement hospitalier reconnu, est réservée. Elle consiste en une prise en charge, sous forme de cure de réadaptation, de patients souffrant d'affections cardio-vasculaires. Il n'est donc pas nécessaire que l'Hôpital du Jura offre les prestations qui sont actuellement dévolues au CJRC.

Modifications de la mission

Les modifications de la mission sont soumises aux règles de l'article 11 de la loi du 22 juin 1994 sur les hôpitaux.

Contrôle sur les investissements

Le Département de la Santé, des Affaires sociales et de la Police est chargé d'instituer un contrôle sur les investissements lourds, de manière à assurer que ces derniers soient compatibles avec la mise en œuvre du plan hospitalier.

Mise en œuvre du plan hospitalier

Considérant les articles 24 et 25 de la loi sur les hôpitaux, le Gouvernement confie un mandat à l'Hôpital du Jura lui impartissant de mettre en œuvre le présent plan avec la collaboration des services de l'Etat dans un délai d'environ une année dès l'adoption du plan par le Parlement.

Arrêté d'approbation du plan hospitalier

Proposition de la commission et du Gouvernement:

Article premier

Le plan hospitalier du 26 juin est approuvé.

Modification de la loi sur les hôpitaux

Propositions du Gouvernement et de la commission:

Article 2, lettre e

l'Hôpital du Jura ainsi que les sites et les autres unités qui lui ont rattachés;

Article 22, alinéas 1 et 4

¹ Sous le nom «Hôpital du Jura» (dénommé ci-après: «Hôpital»), l'Etat crée un établissement cantonal de droit public qui gère comme une seule entreprise les sites et les autres unités qui lui sont rattachés.

Gouvernement et majorité de la commission:

⁴ Le siège administratif de l'Hôpital est localisé dans le site de Porrentruy.

Minorité de la commission:

⁴ Le siège administratif de l'Hôpital est localisé dans le site de Delémont.

Article 23, alinéa 3

Le directeur participe aux séances avec voix consultative; selon les besoins, le conseil d'administration invite les res-

ponsables de site et les médecins-chefs ou d'autres spécialistes à participer à ses séances à titre d'experts.

Article 24

¹ L'Hôpital détermine l'organisation générale de ses sites (dénommés ci-après: «les sites») et des services rattachés dans le cadre de la mission générale impartie par le plan sanitaire.

² Il assume la coordination, la collaboration et la complémentarité des sites, gérés comme un tout, et favorise la mobilité médicale entre eux.

³ Le conseil d'administration définit des départements transversaux ou des services interhospitaliers et spécialisés pour les soins, l'intendance et l'administration, qui réunissent, sous l'autorité d'un même responsable, les activités des différents sites. L'article 25, alinéa 2, lettre c, s'applique.

⁴ Le conseil d'administration de l'Hôpital édicte un règlement régissant l'activité de tel département ou service interhospitalier, sa structure et sa direction.

Article 25, alinéa 2, lettre f et alinéa 3

f) l'engagement de l'ensemble des collaboratrices et de collaborateurs de l'Hôpital, y compris le directeur, les médecins-chefs et médecins-chefs adjoints, les responsables de départements, de sites et des services hospitaliers ainsi que la définition de leur cahier des charges;

³ Il peut déléguer certaines de ces compétences au directeur

Article 27

¹ L'Hôpital est géré par un directeur et une administration propre.

² Le directeur est à la tête de la direction générale organisée en départements. Chaque département est doté d'un chef qui peut être appelé à assumer la fonction de responsable de site. Ensemble, ils forment le comité de direction.

³ Le directeur entend régulièrement les représentants du personnel.

Article 28, alinéa 1

L'Hôpital établit ses propres comptes qui intègrent l'ensemble des sites et des autres unités qui lui sont rattachés.

Titre de la section 2

Section 2: Sites rattachés à l'Hôpital du Jura (nouveau)

Article 29, alinéa 1 (nouvelle teneur)

L'Hôpital exerce ses activités sur plusieurs sites ayant le statut de succursales.

Article 30, alinéas 1 et 2

(Abrogés)

Article 33

Responsable du site

Dans le cadre des directives du conseil d'administration et des ressources budgétaires, le responsable de site assume la gestion et l'animation du site.

Article 67, alinéa 2, lettre c

52% des dépenses affectées à l'Hôpital du Jura.

Titre quatrième, chapitre III, section 1 (nouveau titre)

Section 1: Hôpital du Jura

Article 73, alinéa 3

L'enveloppe tient compte des ressources propres de l'Hôpital, en particulier des recettes provenant des lits privés, de

la location des locaux et installations, de subsides d'exploitation versés par des tiers, ainsi que des revenus du patrimoine financier.

Article 74, alinéa 1

L'enveloppe budgétaire ne tient pas compte d'un éventuel déficit ou bénéfice résultant d'activités annexes à l'Hôpital (bâtiment du personnel, cafétéria, etc.).

17. Arrêté d'approbation du plan hospitalier

M. Jérôme Oeuvray (PDC), président de la commission de la santé: Après les «vétures» blanches, voici venu le temps des blouse blanches!

Le plan hospitalier qui nous régit encore formellement à l'heure actuelle date du 9 mars 1988; il a été adopté par le Parlement le 26 mai de la même année. Quatorze ans ont passé durant lesquels le monde de la santé, la médecine hospitalière ont beaucoup évolué. Je pense d'ailleurs que ceci ne vous aura pas échappé.

Ce plan de 1988 donne un rôle de district à l'Hôpital de Saignelégier. Il confirme, à son point 5.1, la vocation régionale des hôpitaux de Delémont et de Porrentruy. Cette égalité de mission est celle qui prévaut encore aujourd'hui; elle n'a pas été remise en cause dans le plan sanitaire de décembre 1998; elle n'existera plus si vous acceptez l'arrêté soumis ce jour au Parlement. En effet, le site de Delémont aurait une primauté médicale des cas lourds alors que le site de Porrentruy aurait la primauté administrative; en ce qui concerne Saignelégier, il serait confirmé dans sa mission.

Que de chemin parcouru en quatorze ans. On ne pourra donc plus parler de statu quo ou de plan «pour beurre». L'ensemble présenté est cohérent; c'est un tout qui doit être compris comme tel. Il peut permettre aux Jurassiennes et aux Jurassiens de se retrouver, de se rassembler autour de l'Hôpital du Jura.

Il y a urgence, pas à la TV ce soir mais ici, maintenant. Le besoin d'agir est là, d'autant plus pressant qu'il nous incombe.

Les coûts de la santé sont mal connus mais ils sont bien réels et imposants. Les coûts hospitaliers n'en forment qu'une partie. Il s'agit donc de ne pas confondre les deux. Pour les premiers (les coûts de la santé), on peut les estimer à quelque 40 milliards au niveau suisse et environ 370 millions au niveau jurassien. Nous ne sommes donc pas si mal placés même si, en tant que région frontalière économiquement plus faible, nous devrions être plus bas que la moyenne nationale. Pour les deuxièmes (les coûts hospitaliers), la proportion penche plus négativement en notre défaveur. La proportion des coûts hospitaliers par rapport aux coûts de la santé, en général, est trop grande dans le canton du Jura, en tout cas nettement plus grande que pour le reste de la Suisse. N'oublions pas non plus que ces coûts sont tout particulièrement supportés par l'assurance maladie; ils se répercutent donc pour une grande part sur les primes. Ceci n'explique pas intégralement le pourquoi de primes si élevées dans le Jura mais c'est une partie de l'explication, convenons-en. Voilà encore une raison d'agir.

Par courrier du 2 novembre 2001, le Bureau du Parlement chargeait la commission de la santé d'examiner le plan hospitalier et les textes législatifs y relatifs. Durant ces cinq mois et demi, notre commission a tenu vingt-deux séances où elle a abordé, entre autres, ce point. Notre travail s'est divisé en quatre phases.

Tout d'abord, nous avons déterminé notre mode de travail car même si, en effet, le traitement de ce dossier n'appelait pas une procédure spéciale, il nécessitait cependant une organisation particulièrement précise, notamment quant à la planification de nos séances et les premiers objectifs fixés.

La commission désirait prendre le temps d'une réflexion approfondie tout en pouvant présenter ce dossier en plénum le plus rapidement possible car il est temps d'agir; nous ne pouvons plus attendre une ou deux années pour cela et ceci devait se faire avant les vacances d'été. Pour y parvenir, il fallait donc travailler intensément et efficacement, ce que, à notre sens, nous avons fait. Le dossier nous a donc été présenté largement durant cette première phase. Celle-ci nous a conduit à la mi-janvier 2002.

Ensuite, nous avons eu l'occasion d'examiner le message; ce travail a été fait très précisément, point par point. Lors de notre séance du 21 février 2002, la conviction de la commission, sans opposition, était faite sur deux points:

1° le plan du 23 octobre 2001 constituait une base de travail acceptable;

2° on devait lui apporter des aménagements, des adaptations, voire des corrections.

Dès lors, notre commission a soutenu, à nouveau sans opposition, les discussions que le Gouvernement pouvait entreprendre avec différentes parties ayant relevé des lacunes dans le plan proposé.

A la mi-février, la commission de la santé pouvait donc s'engager dans sa troisième phase de travail. Nous avons auditionné une trentaine de spécialistes, que ce soit lors de nos visites dans les trois hôpitaux jurassiens, lors de notre déplacement dans l'Hôpital du Sud Fribourgeois ou à Morépont. Ces personnes provenaient autant du Jura que de l'extérieur. Leurs domaines d'activité touchaient autant le côté médical, notamment la qualité et la sécurité des soins, que le côté administratif, que ce soit au niveau des économies ou de l'organisationnel. Pour montrer la diversité et la multitude de nos contacts, je les citerai tout à l'heure. Je salue et remercie le Bureau du Parlement qui nous a soutenus dans l'ensemble de ces démarches.

A la fin de cette troisième étape, au début mai, la position de la commission était encore claire et unanime. Tout d'abord, au niveau médical, nous arrivions à la conclusion qu'il y avait quasiment autant d'avis qu'il y avait d'experts! Nous avons donc estimé qu'il était de la responsabilité des politiques de se voir confirmer que les lignes directrices que les politiques prennent sont médicalement et techniquement justifiées et non pas l'inverse, c'est-à-dire que les politiques avalisent une ligne de pensée purement technique à orientation unilatérale. Il s'agissait donc de redonner la primauté au politique. Ensuite, notre analyse a porté sur les économies proposées de 10 à 14 millions, évaluées dans le plan du 23 octobre 2001. Notre analyse nous forgeait une conviction qu'elles pouvaient être qualifiées de trop optimistes d'un ordre de grandeur du tiers, soit 3 à 4 millions trop haut. Enfin, la structure du Centre de gestion hospitalière n'avait pas assez évolué. Notre désir était de voir une véritable intégration des trois hôpitaux dans une même organisation. C'est à ce moment-là que le désir d'un Hôpital du Jura fut conçu. Encore fallait-il lui trouver des géniteurs, des parrains et un lieu d'accouchement. On devait aussi se prémunir des volontés d'avortement de ce projet, nombreuses!

La quatrième étape des travaux de la commission pouvait débuter. C'est au niveau de la loi sur les hôpitaux que les choses bougèrent en premier. A fin avril, les commissaires recevaient les réflexions du Centre de gestion hospitalière pour renforcer encore le principe de la mobilité à l'intérieur de nos hôpitaux. Ces propositions inscrivait le projet d'organigramme discuté en commission quelques semaines auparavant.

Le 6 mai, en présence de représentants du CGH, les commissaires réitérèrent leur appui à ce principe compris dans la notion d'Hôpital du Jura. De plus, ils réaffirmèrent unanimement leur désir de voir les négociations aboutir entre la «Coordination Hôpital», présidée par M. Monnin, le Gouvernement et d'autres partenaires potentiels. Celles-ci débouchèrent

sur des amendements, présentés dans un souci de transparence en premier à la commission du 23 mai. L'Hôpital du Jura a trouvé ses parents, il pourra naître à Delémont ou à Porrentruy. Les lignes directrices datées du 28 mai 2002 du complément au plan hospitalier sont saluées par l'ensemble des commissaires. Le Gouvernement les a rendues publiques le 31 mai.

Depuis lors, la commission a siégé le 23 mai et les 3, 5, 13 et 24 juin, soit cinq séances, pour analyser le fait que Delémont devient le site de traitement des cas lourds non-universitaires, que le site de Porrentruy maintient un secteur mère-enfant avec un bloc opératoire 24 heures sur 24, et ceci toute l'année, Delémont maintenant un secteur de soins palliatifs comprenant aussi le traitement de la douleur et des soins aux patients malades chroniques ainsi qu'un centre de traitement et de réadaptation. On ouvre aussi à Delémont une antenne d'hémodialyse, répondant ainsi à une attente largement exprimée par ses utilisateurs, notamment en provenance de la Vallée, et présentée il y a plus d'une année à la commission. Delémont obtient aussi le seul service cantonal de soins intensifs, reconnu et formateur.

Pour Porrentruy, il ne restera qu'une unité de soins continus de quatre lits. L'objectif de la diminution des lits de soins aigus à environ 150 unités est atteint.

La réalisation d'un SMUR est suspendue et la mise sur pied du nouveau plan peut se faire plus rapidement sans crédit spécial d'étude de mise en œuvre.

Ces nouvelles propositions ne remettent pas en cause le message de base; elles le complètent; au niveau de la structure de l'Hôpital du Jura, elles vont même plus loin.

En ce qui concerne le site hospitalier de Saignelégier, on peut faire la remarque suivante. Sa mission est renforcée par le nouveau plan car celui-ci inscrit le principe des sites hospitaliers de proximité et exclut la centralisation, premier pas éventuel vers un site unique, le «Unique Spital», localisé quelque part mais sûrement pas dans les Franches-Montagnes. De plus, au niveau de nouvelles structures, comme les soins palliatifs par exemple, la porte reste ouverte quant à leur localisation. Monsieur le ministre s'exprimera d'ailleurs plus longuement tout à l'heure quant à quelques réflexions interjurassiennes à ce point. La convention avec La Chaux-de-Fonds est maintenue.

Cette réflexion est aussi valable concernant le Jura méridional. L'éloignement du risque d'un hôpital centralisé dans une localisation unique permet une implication plus forte des structures hospitalières de proximité du Sud. Nous souhaitons aussi la mise sur pied d'un groupe de réflexion commun. Ceci est prévu et répondra ainsi à l'excellente résolution 57 de l'Assemblée interjurassienne adoptée à l'unanimité le 3 avril 2002. Ce réseau de connexion nous permet de dire que le nouveau plan hospitalier sera «LAMal compatible», notamment dans la volonté fédérale de voir les synergies se nouer par delà les frontières cantonales.

Comme je l'ai signalé, la commission avait estimé trop optimistes les réductions de coûts potentielles du premier message notamment par le fait que la mission de l'hôpital de Delémont n'aurait pas permis d'atteindre les suppressions de postes prévues à 40-50 unités sur ce seul site. Est-ce que les amendements apportés permettent des économies substantielles? Nous rejoignons le Gouvernement et la «Coordination Hôpital» dans leur réponse positive. En plus des 50 à 60 réductions de postes, dont le 80% sur le site de Porrentruy, il faut comptabiliser la suppression du SMUR, des investissements inférieurs, etc... pour arriver à un premier montant de l'ordre de 6 millions de francs, qui est réaliste et accessible. En plus, il ne comptabilise pas encore d'autres économies induites. Le nouvel Hôpital du Jura comprend un échelon de direction en moins; on n'y trouvera plus trois directeurs d'hôpitaux, un directeur général, les médecins-chefs et les infirmiers-chefs; on aura un directeur, des médecins-chefs mais

uniquement de département ou des chefs des départements administratifs, comme les ressources humaines ou les finances, et ceux-ci pourront aussi être responsables de site. Comme la transversalité permet aussi de n'avoir plus qu'un chef par département ou unité, qu'il soit dans un site ou un autre, le nombre de médecins-chefs se verra donc sensiblement réduit alors que la grandeur des départements ou des unités devra être augmentée là où elle n'atteint pas 20 à 25 lits. N'oublions pas non plus que ce plan peut entrer en application au début 2004 déjà. Les économies porteront donc plus rapidement leurs fruits. De plus, la région de Porrentruy ne reçoit plus qu'une compensation, le siège administratif du nouvel Hôpital du Jura. Les autres compensations, qui diminuaient les 10 à 14 millions d'économies, devaient être «des montants substantiels». Sans vouloir être exhaustif, voilà quelques éléments qui permettent d'espérer encore 2 à 3 millions d'économies induites à ajouter aux 6 millions déjà évoqués. Bien entendu, par économies ou réductions de coûts, il faut bien entendre frein ou maîtrise de l'augmentation.

Durant ses quatre dernières séances, la commission n'a reçu qu'une seule proposition d'amendement encore maintenue à ce jour; il s'agit de la localisation du siège de l'Hôpital du Jura. Lors des votes en commission, nous avons appuyé d'abord sans opposition, puis lors de notre dernière séance avec une seule voix contre, le plan et son arrêté d'approbation. Le siège de l'Hôpital du Jura étant initialement fixé et dans le plan et dans la loi, la commission et le Gouvernement, unanimes, vous proposent de n'y faire mention plus que dans la loi sur les hôpitaux. J'y reviendrai donc lorsque nous aborderons ce point de notre ordre du Jour.

La commission a eu à coordonner un très grand nombre d'interventions et ce n'est certainement pas là le moindre mérite de ce débat et du dialogue. Ce fut astreignant et passionnant. Je pense d'ailleurs qu'un grand nombre d'entre vous auront l'occasion d'intervenir à la tribune. Mais la commission n'aurait pas pu terminer ses travaux ainsi, tels qu'elle vous les propose aujourd'hui, sans avoir bénéficié de très nombreux appuis externes et internes. Au nom de la commission, comme je ne vais pas les citer toutes et tous, que chacune et chacun ayant œuvré pour l'aboutissement de ce dossier se sente compris dans nos remerciements. Je citerai tout d'abord et uniquement les personnes avec lesquelles nous avons eu un contact officiel. Nous saluons M. Engeler du CHUV, M. Loison de l'Hôpital du Chablais, M. Kummer anciennement du Bruderholz, Mmes Vasta et Blandenier ainsi que MM. Monod et Munday de l'Hôpital du Sud Fribourgeois (à qui ont doit encore un repas!), Mme Erard et MM. Brossard et Jeanmonod de l'Hôpital de district de Saignelégier, Mmes Courvoisier et Hennet et MM. Anker, Kocher et Croce de l'Hôpital régional de Delémont, Mme Petropavlovska et MM. Weissbrodt, Gillis, Clavijo, Meier, Milliet, Worreth et Braun (par courrier) de l'Hôpital régional de Porrentruy. Une mention toute spéciale pour l'accueil que l'on nous a réservé partout où nous nous sommes rendus.

Par la décision que notre Parlement prendra aujourd'hui, nous répondons aussi officiellement aux différents et nombreux courriers qui nous furent adressés ou transmis. J'entends par là, notamment, des résolutions d'un grand nombre de communes d'Ajoie et du Clos-du-Doubs, de la pétition de l'Association des maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs munie de 13'580 signatures, de la Société médicale du canton du Jura, de la Conférence médicale de l'hôpital de Delémont, de M. Gurba d'Alle, de M. le Dr. Wacker de Bure (dont les réflexions HôJuRé ont nourri bien des discussions, notamment le maintien de deux sites hospitaliers de proximité à vocation généraliste), d'un groupe de travail de la municipalité de Delémont, des réflexions d'un député associé à un groupe d'amis.

Suite à nos interventions au cours de travaux, nous avons pu compter sur l'appui du CGH. Que son président, M. Beu-

ret, et son directeur, M. Christe, en soient ici remerciés. La commission tient à saluer toute la compétence et aussi la patience des plus proches collaborateurs de l'Etat touchant à ce dossier. MM. Nussbaumer, chef de Service, Baierlé, médecin cantonal et Pétremand, économiste du service, ont fait mieux que seulement nous renseigner; ils ont maintenu le cap, tout en sachant bien qu'ils se trouvaient dans un environnement hautement sensible. Un grand merci de la commission de la santé pour ce travail. Une mention spéciale aussi à Monsieur le Ministre Claude Hêche et au Gouvernement; au début, il a bien fallu que chacun trouve ses marques; cependant, nous avons toujours pu compter sur votre loyauté et votre confiance. Je n'aimerais pas passer sous silence l'énorme investissement que toutes et tous mes collègues de la commission, auxquels j'associe bien évidemment l'ancien vice-président Carl Bader et Eliane Chèvre, ont consenti, parfois dans la tension mais le plus souvent avec bon cœur et patience, pour répondre au mandat confié et ceci, ce n'est pas un vain mot, dans l'esprit de la défense des intérêts supérieurs de l'Etat. Un grand merci de ma part. Je terminerai en répétant, comme nous l'avons fait en commission, que travailler au rythme de près d'une séance par semaine, parfois plus, nécessite un encadrement de haute qualité. Notre Parlement nous l'a fourni par Jean-Claude Montavon, vice-chancelier d'Etat, et bien entendu par notre super-secrétaire, titre certifié non usurpé, Nicole. Un grand merci.

A la fin de près de six mois de travaux, voici les principaux objectifs que j'ai ressortis des travaux de la commission, dans sa majorité parfois mais dans son unanimité le plus souvent, quant à la vision d'une planification hospitalière dynamique et évolutive, pas pour les trois ou quatre prochaines générations mais bien pour les dix à quinze ans à venir, le principal objectif de la commission étant certainement que le statu quo ne soit pas envisagé, ni prévu.

Ensuite, nous désirons que la planification hospitalière jurassienne prenne en compte:

- l'assurance d'une qualité de soins préservée,
- l'assurance d'une sécurité des soins sur tout le territoire,
- une maîtrise des coûts hospitaliers.

De plus, la commission attache beaucoup d'importance à ce que la planification hospitalière:

- respecte la planification sanitaire de décembre 1998,
- prévoit d'associer d'autres régions, principalement le Jura méridional ou une notion universitaire, en intégrant le principe du bassin de santé (les observateurs ont été conviés à quelques reprises, au début et à la conclusion de nos travaux),
- détermine précisément les missions des différents sites, en renforçant le rôle du collège médical unique,
- favorise le maintien de sites hospitaliers de proximité, avec un site de référence pour les cas lourds,
- supprime les rivalités régionales par l'intégration des sites mais surtout du personnel, des responsables médicaux et administratifs dans une seule et même structure, l'Hôpital du Jura,
- renforce le rôle d'entreprise formatrice, en pensant tout particulièrement aux synergies à développer avec la HES-S2, par le biais de l'ESIJ.

Enfin, la commission de la santé souhaite que:

- les décisions quant à l'avenir et à l'attractivité de nos hôpitaux soient prises maintenant, afin aussi de rassurer les collaboratrices et les collaborateurs actuels du CGH ainsi que pour permettre d'engager le nouveau personnel faisant défaut et ne désirant pas s'aventurer dans le doute actuel,
- la notion de médecin-hospitalier puisse être réfléchie dans l'Hôpital du Jura,
- la mise en œuvre du plan puisse se faire rapidement, aussi pour pouvoir bénéficier de réduction de coûts plus vite,

– les responsables politiques et techniques assument conjointement la mise en œuvre, le suivi et le contrôle de la planification hospitalière.

Le plan qui nous occupe aujourd'hui répond en bonne partie à ces objectifs; nous pouvons donc nous déclarer satisfaits du travail réalisé. La commission parlementaire de la santé est cependant bien consciente que le plan hospitalier, que ce soit dans sa première mouture ou dans sa version améliorée, ne met pas un point final à un processus; il représente le début d'un mouvement novateur. Nous savons aussi que le plan hospitalier ne sera que ce que les praticiens et les utilisateurs en feront. Que les responsables médicaux, les autres collaborateurs de l'Hôpital du Jura ou la population jurassienne ne jouent pas le jeu de la transversalité, ce sera alors, effectivement, un mauvais choix que nous ferions aujourd'hui. Mais si le défi est relevé par tous ces partenaires, ce que nous appelons de nos vœux, alors ce sera une réussite, une première même, dont nous pourrions être fiers, un Hôpital du Jura répondant à notre attente et aux nouvelles missions que nous lui confierons ce jour.

La commission de la santé vous recommande donc d'accepter l'entrée en matière du plan hospitalier.

M. René Riat (PLR): La première version du plan hospitalier avait contre elle trop d'oppositions pour subsister comme telle. Elle irritait une bonne partie de la population jurassienne et ne convainquait pas le corps médical. Dans ces conditions, son remplacement par une mouture plus consensuelle relevait du bon sens et le Gouvernement a fait œuvre de sagesse – pourquoi voir une capitulation là où il y a un souci de cohésion – en retirant un projet qui cristallisait les mécontentements.

D'emblée, une constatation: rejoint sur ce point par Santé-Suisse – l'organisme faitier des assureurs maladie – le Conseil fédéral préconise de passer au système moniste de financement des coûts hospitaliers dans un délai de cinq ans. En clair, cela signifie que les dépenses hospitalières seraient intégralement prises en charge par les assesseurs, ce qui leur donnerait évidemment un poids déterminant dans la planification hospitalière et rendrait caduques toutes les dispositions précédemment arrêtées sur le plan cantonal.

Si les promesses fédérales sont tenues, le plan hospitalier sur lequel nous nous prononçons ce jour aura une durée d'application éphémère. Nous n'en sommes pas pour autant exonérés d'étudier avec le sérieux qui s'impose des mesures appelées à modifier sensiblement l'organisation et la dispensation des soins hospitaliers.

Aux yeux du groupe libéral-radical, d'une forte majorité du groupe à tout le moins, l'ancien plan comportait des faiblesses ou des incertitudes. Il prévoyait des économies de 11 à 14 millions par la suppression de 120 à 150 emplois. Mais la répartition des rôles qu'il induisait – hôpital de soins aigus à Delémont, centre de traitement et de réadaptation (CTR) à Porrentruy – laissait planer un doute sur le réalisme de ces économies. Interrogé à ce sujet, le secrétaire de la Fédération jurassienne des assureurs maladie avouait sa perplexité et laissait entendre que les résultats effectifs de la réforme seraient moins probants qu'on le supposait. Sa fédération militait d'ailleurs très clairement pour la construction d'un hôpital cantonal unique, sans nous dire cependant ce qu'il faudrait faire, dans cette hypothèse, des établissements actuels.

Le nœud gordien des économies résidait dans la croyance que 120 à 150 emplois pourraient être supprimés à la faveur de cette nouvelle répartition des tâches entre Porrentruy et Delémont. Mais l'installation des lits A à Delémont et la création complémentaire de lits B à Porrentruy, à part les synergies indiscutables résultant de la spécialisation de chaque site, sont-elles de nature à réduire le nombre de journées d'hospitalisation? Sauf à considérer qu'il faut rationner les soins, on peut en douter. L'hospitalisation ne relève pas d'un

choix, elle répond à une nécessité. Par ailleurs, c'est de surcharge dont se plaint le personnel hospitalier et pas d'oisiveté. Partant, il nous apparaît que la première vague de suppressions envisagée et quantifiée était de nature à provoquer des difficultés. Dans la prise en charge professionnelle des patients d'abord, dans la mise à contribution excessive et dangereuse du personnel hospitalier. A cet égard, la réduction de la charrette des suppressions ne nous rassure qu'à moitié car le problème demeure, bien qu'atténué.

Des commentateurs peu inspirés ont accusé le Gouvernement de «dérobade» ou, pire, d'«incurie». Ainsi, tenir compte d'une lame de fond qui s'est traduite, notamment, par 13'580 signatures de contestation, c'est céder devant les réflexes régionalistes, c'est subordonner la raison d'Etat aux aspirations de la rue. On reste interloqué devant les propos qui font bon marché de la volonté de tout un peuple – petit par le nombre, mais grand par la détermination – qui s'est exprimé sans ambiguïté. Ces critiques acerbes témoignent également d'une croyance un peu naïve dans les facultés d'économie du redimensionnement hospitalier. Elles occultent enfin les conséquences délétères sur l'économie régionale de mesures de restriction qui frapperaient durement et durablement un district déjà en proie à bien des difficultés. Car toute réforme hospitalière s'inscrit dans une équation socio-économique où tous les termes doivent être soigneusement pesés.

Le plan revu et corrigé qui nous est présenté a une vertu primordiale: en maintenant à Porrentruy des soins aigus et une maternité, il préserve et consolide le facteur sécurité qui doit primer sur toute autre considération dans le domaine des soins. On nous objecte que le bassin de population est insuffisant, que d'autres régions sont moins favorisées, qu'il faut tailler dans le vif si l'on veut agir sur les dépenses et donc sur les primes d'assurance maladie. Comparaison n'est pas raison, les expériences menées ailleurs (voir le cas valaisan souvent cité en exemple mais qui connaît aussi des dérapages financiers) démontrent que le «fétichisme des lits» a ses limites.

Bien sûr que le nouveau plan ne satisfait pas tout le monde. Mais, de notre point de vue, il constitue une formule de compromis tout à fait défendable. Cette solution médiane permet l'émergence d'un consensus générateur d'apaisement et de cohésion cantonale.

Le groupe libéral-radical acceptera l'entrée en matière et soutiendra le plan. Il salue l'action de tous les acteurs qui, par un engagement aussi pacifique que fervent, ont contribué au dénouement heureux de cet important débat cantonal.

Mme Jacqueline Hêche (PDC): Le groupe PDC s'est penché très attentivement sur le délicat et périlleux dossier qu'est le plan hospitalier, première et deuxième moutures.

La forte augmentation des dépenses de santé pose la question de la juste utilisation des budgets alloués puisque ceux-ci sont en concurrence directe avec d'autres secteurs tels que l'éducation ou le social.

Le modèle d'organisation actuel induit chez les prestataires de soins ainsi que chez les patients un comportement qui favorise une consommation excessive. L'assurance maladie, avec sa nouvelle loi, introduit un certain nombre de mécanismes libéralisant le marché de la santé.

Il est vrai que «des choix» seront à faire, des valeurs seront à préserver pour concilier l'exercice des libertés dans la relation de soins et les contraintes économiques.

La santé n'est pas un «bien» qui peut être consommé et échangé mais elle doit correspondre plutôt à un objectif idéal. Faire accéder chacun à une médecine de qualité grâce à la solidarité de tous est l'un des principes d'organisation auquel nous sommes fortement attachés.

L'augmentation des coûts des soins a été telle ces dernières années qu'elle est devenue un problème politique ma-

jeur. Selon certains experts européens, la demande de santé continuera à croître et il faudra s'attendre à des révisions déchirantes dans le mode de financement ainsi que dans celui de l'accès aux soins. Notre pays se trouvera confronté aux mêmes exigences, ceci d'autant plus que le rythme des dépenses sanitaires par habitant est le plus élevé d'Europe. A qui la faute? Chaque acteur, tour à tour, est montré du doigt et il s'en défend avec véhémence; les caisses maladie montrent qu'elles ont comprimé leurs frais généraux et contrôlent au plus près leurs fournisseurs de soins; les hôpitaux assurent qu'ils ont augmenté leur efficacité et s'adaptent à l'évolution constante de la demande de soins; les professionnels de la santé acceptent le maintien de leur tarif; les maisons pharmaceutiques et les laboratoires acceptent la baisse des prix de certains de leurs produits. Le défi est de préserver un système fondé sur la protection de tous les individus sans restriction. Le monde de la santé était dans un environnement protégé, il devient ouvert et exposé aux règles du marché et de la concurrence.

L'exercice difficile qui nous préoccupe dans ce dossier du plan hospitalier consiste à vouloir principalement maîtriser l'explosion des coûts. Sachant que le secteur hospitalier est responsable de près de la moitié des coûts du domaine de la santé, faut-il vraiment nous imposer une limitation soit du nombre de personnel, soit de la dimension, soit des équipements des hôpitaux?

Toutes les questions et les objectifs liés à la planification soulèvent dès lors des dilemmes difficiles à trancher. Plusieurs scénarios ont été envisagés, inutile de refaire tout le parcours depuis des mois et la période d'instabilité perdue, tant pour le corps médical que l'ensemble du personnel.

En 1999, Monsieur le ministre de la Santé voulait réformer les hôpitaux dans un cadre donné: «Si cela devient nécessaire» disait-il «n'ayez crainte, je trancherai». Sa méthode de travail privilégiait la consultation, la participation et la volonté de dégager des consensus. C'était dans cet esprit que la formule d'un hôpital sur trois sites était retenue; elle correspondait à nos sensibilités et à nos moyens, croyons-nous.

En octobre 2001, le débat sur la réforme hospitalière était amorcé. Tout a été dit et écrit, ou presque. Un journaliste d'un journal régional écrivait: «Nous sommes tous des malades potentiels mais aussi des contribuables». 121 millions ont été dépensés pour les trois établissements hospitaliers et le home La Promenade en 1999, alors que l'Etat n'encaissait que 90 millions.

Que faire? Tous les partis, les praticiens, la population, les associations de maires, l'Assemblée interjurassienne ont essayé de proposer des pistes, mais en vain nous semblait-il. Durant un laps de temps, la pendule semblait s'être arrêtée. Il fallait aussi tenir compte de l'avis des 13'500 pétitionnaires.

Alors, un hôpital régional est-il un luxe ou un service de proximité? En faisant preuve de bon sens et en garantissant les buts essentiels que sont principalement la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la sécurité, la sérénité et en préservant les emplois, vous avez contribué, Madame et Messieurs les Ministres, à redonner confiance à la population. Le PDC Jura se réjouit de cet épilogue heureux.

La commission de la santé a planché sur ces dossiers durant vingt séances; elle s'est employée à trouver une alternative qui, hélas, ne peut satisfaire l'ensemble des trois districts. Je tiens à remercier le président de la commission, Monsieur Jérôme Oeuvray, qui a su à chaque séance recadrer les quelques dérapages et très bien maîtriser les débats. Merci également à MM. Nussbaumer, Petremand et au Dr. Baierlé qui nous ont fourni tous les dossiers souhaités et répondu dans une grande transparence aux multiples questions. La secrétaire Nicole Roth mérite quant à elle un énorme coup de chapeau pour ses procès-verbaux reflétant l'exactitude de nos séances.

Pour clore, le groupe PDC acceptera l'entrée en matière et vous invite à en faire de même.

Mme Nicole Lachat (PCSI): Au vu de l'augmentation des coûts de la santé, il était devenu évident que la mission des hôpitaux jurassiens devait être revue. Les coûts élevés des hospitalisations étaient alors justifiés par différentes raisons: deux services de soins intensifs, deux blocs opératoires, deux maternités, surcapacité en lits, etc.

Le premier plan hospitalier, qui avait fait l'objet de nombreuses études coûteuses et discuté durant un nombre impressionnant de séances par la commission de la santé, mentionnait dans son préambule que «le Canton du Jura doit avoir le courage d'adapter ses infrastructures hospitalières aux réalités médicales d'aujourd'hui». Les solutions proposées étaient certes douloureuses. Si nous comprenons que ces mesures étaient difficiles à accepter, elles nous paraissent toutefois nécessaires pour réaliser des économies dans le domaine de la santé tout en maintenant une qualité de soins performante.

Aujourd'hui, la nouvelle mouture du plan hospitalier se rapproche plus du statu quo que d'une véritable restructuration. La proposition devrait être étudiée plus profondément en commission d'abord, puis dans les groupes, pour une prise en compte des positions de chacun, et passer ensuite seulement au Parlement. Personne n'est dupe sur les motifs qui évitent aux ministres de devoir s'expliquer clairement sur la lenteur du traitement du premier projet, puis sur la hâte plus que subite du projet corrigé. Nous regrettons vivement le manque de temps mis à disposition des groupes pour son étude et la précipitation du Gouvernement à le faire voter. D'autre part, au vu des changements qu'il apporte, nous doutons que le nouveau plan aura une grande incidence sur les coûts de la santé pour les familles jurassiennes.

Nous sommes cependant bien conscients que le maintien de la situation actuelle n'est pas envisageable. Le regroupement des soins intensifs tel que proposé ainsi que le principe de la transversalité sont des changements importants. Des économies pourront ainsi être réalisées, également au niveau de la mise en œuvre. D'autre part, nous ne pouvons pas être sourds aux revendications du personnel de nos hôpitaux qui attendent depuis fort longtemps de connaître leurs futures conditions de travail.

Dans la hâte qui lui a été imposée, le groupe PCSI, dans sa majorité, acceptera du bout des lèvres le plan hospitalier.

M. Rémy Meury (POP), président du groupe CS+POP: Le Parlement a adopté le plan sanitaire en décembre 1998. Puis il aura fallu trois ans de réflexion, des milliers d'heures de travail de l'administration, une multitude de rapports d'experts et un nombre important d'interventions parlementaires pour que le plan hospitalier soit enfin transmis au Parlement par sa commission de la santé. Ce plan hospitalier ne faisait en fait que reprendre et appliquer le concept général qui avait été défini dans le plan sanitaire accepté en 1998.

Les éléments contenus dans ce plan ont suscité des réactions vives du côté de l'Ajoie. C'est somme toute assez logique. L'Hôpital régional de Porrentruy est la principale entreprise de ce district. D'autre part, si chacun souhaite diminuer les coûts de la santé, chacun souhaite aussi préserver des soins performants à proximité immédiate. C'est un principe que nous comprenons. Nous avons très longtemps défendu l'idée que la santé était un service public et que l'accès aux soins devait être assuré à toutes et à tous dans les meilleures conditions possibles. Mais des décisions prises au niveau fédéral tendant à réaliser de substantielles économies dans le domaine sanitaire font que ce combat n'est plus à présent d'actualité. Il est tout de même bon de signaler qu'au niveau fédéral, ceux qui ont pris ces décisions d'économies émanent des mêmes partis que ceux qui, aujourd'hui, exploi-

tent le mécontentement populaire à des fins politiques! Il eut été très surprenant qu'il n'y ait pas de réaction en Ajoie et il me paraît incroyable que le Gouvernement, dans le cadre de sa très longue réflexion sur le plan hospitalier, n'ait pas prévu cette contestation.

C'est donc dans un climat électrique que la commission de la santé a commencé ses travaux. En six mois, elle a tenu dix-sept séances, rencontré des experts, visité différents hôpitaux. Les commissaires s'efforçaient d'informer régulièrement les groupes sur l'avancement du dossier et sur les propositions nouvelles formulées en commission. Le travail parlementaire et démocratique suivait son cours. Mais, voici trois mois, sans doute inquiet par la tournure que prenait l'affaire, surtout dans une année électorale, le Gouvernement décidait de court-circuiter la commission parlementaire de la santé pour ouvrir des négociations avec la Coordination de l'hôpital de Porrentruy, dont la composition reste un mystère pour beaucoup! Les discussions qui ont lieu dans ce cadre n'ont même pas été présentées régulièrement à la commission de la santé! Mais elle a reçu pour étude, si j'ose dire, un nouveau plan hospitalier ficelé, qu'elle a dû adopter en un temps record!

Voyons plutôt. Un message complémentaire avec un projet de loi comportant des modifications fondamentales du premier plan hospitalier parvient aux députés, et donc aux membres de la commission de la santé, le vendredi 31 mai, jour où les deux tiers d'entre nous portaient en excursion jusqu'au dimanche 2 juin au soir à Lyon, qui, je le rappelle, par un heureux concours de circonstances, se trouve être la ville de Guignol! Et c'est ainsi qu'après avoir pu étudier ce dossier dans des conditions idéales, vous l'imaginez bien, la commission tient sa première séance le lundi 3 juin à 12h30.

Une seconde séance a lieu le mercredi 5 juin. Comme vous pouvez le voir sur les documents, qui sont en votre possession, c'est lors de cette séance que la commission accepte ou, plutôt, enregistre les modifications de la loi sur les hôpitaux. Ainsi, en l'espace de six jours, on balaie un dossier essentiel de notre Canton que l'on avait mis trois ans à concocter! Il n'y a pas eu de débat, mais un alignement derrière la position gouvernementale imposée par la Coordination de l'hôpital de Porrentruy! En six jours, on passe d'une logique de complémentarité entre les hôpitaux jurassiens à un concept d'équivalence entre les établissements principaux. Trois ans et demi de réflexion ayant entraîné un coût administratif important pour décider, en six jours, un statu quo déguisé!

Mais pourquoi subitement une telle précipitation? J'y vois deux raisons essentielles. Il fallait absolument empêcher qu'une opposition au second plan se développe dans les autres districts jurassiens. Ensuite, c'est évident, il fallait régler le problème avant les élections et, dans cette perspective, tenter d'en tirer un maximum de bénéfices. Il suffit pour s'en convaincre de lire les communiqués du PDC et du PS au lendemain de la présentation de ce plan. Le PDC attribue tout le mérite de ce grand succès à Gérard Schaller qui participait aux négociations. Le PS, fâché, lui répond, dans un communiqué qui fera date, que la solution a été trouvée grâce aux qualités exceptionnelles, hors normes, de son ministre Claude Hêche. A croire ce communiqué, cette chance pour le Jura est due au courage et au sens de la concertation du ministre socialiste. Je suis certain que celui-ci – il pourra s'exprimer à ce sujet tout à l'heure – même dans ses rêves les plus fous, n'a jamais osé penser qu'on le couvrirait un jour d'autant d'éloges, du moins pas avant sa nécrologie! (*Rires.*)

Dans ce non-plan hospitalier qui nous est soumis, on ne trouve pas un mot concernant les répercussions qu'il aura sur les primes des caisses maladie. En conférence de presse, le ministre Hêche a d'ailleurs indiqué qu'il n'avait pas voulu entrer dans ce débat. C'est regrettable car je connais pas-

sablement de salariés, de familles modestes, de retraités – des catégories de personnes que vous prétendez par ailleurs défendre, Monsieur le Ministre – qui auraient justement bien aimé que l'on rentre dans ce débat. Car, faut-il le rappeler, le canton du Jura occupe une position peu enviable dans ce domaine.

Ce qui nous est présenté ce jour n'aborde pas non plus le risque que notre Canton encourt de voir des décisions prises à d'autres niveaux, qui pourraient se traduire par la disparition pure et simple de tout hôpital dans le Jura.

Le premier plan avait au moins l'avantage d'aborder ces sujets et d'offrir quelques garanties en la matière.

Ce dossier n'a pas été débattu selon les règles qui prévalent pour le traitement d'affaires publiques. Nous savons maintenant que, face à ce Gouvernement, il ne faut pas arguer; il faut crier fort, amener l'opinion publique, développer par des moyens parfois douteux des mouvements populaires, quitter des séances d'information en cours en manifestant un mépris total à l'égard des orateurs, que ceux-ci soient membres du Gouvernement ou de l'administration. C'est une manière de faire de la politique qui nous déplaît fortement. Nous ne nous rendrons pas complices de cette dérobade, pour ne pas dire de cette mascarade! Nous refuserons l'entrée en matière et nous demandons que le vote à ce sujet se fasse à bulletin secret afin que chacun d'entre nous puisse s'exprimer librement sur cet objet.

M. Pierre-Alain Fridez (PS): C'est vrai que cela n'a pas été simple. Des années de réflexion, de multiples consultations, un premier projet sans doute ambitieux mais avec quelques imperfections. Le plan parfait existe-t-il par ailleurs?

La mobilisation unanime et déterminée d'un district et la menace du chaos d'un statu quo inacceptable pour l'avenir de l'Hôpital du Jura, de son personnel et de l'ensemble de la population, telle était la situation voilà quelque temps. Je ne reviendrai pas sur ces mois de braises.

Le temps n'est plus à l'affrontement, au combat de chiffres et d'arguments qui, de toute façon, n'ont aucune prise sur l'opinion déjà arrêtée de l'autre. Il est l'heure de se mettre en marche ensemble, d'avancer, de réunir les énergies, de passer à une phase de concrétisation – ce plan hospitalier révisé de mai 2002 nous le permet – à une solution de compromis acceptable par le plus grand nombre et qui va permettre à l'Hôpital du Jura d'avancer.

Le groupe socialiste salue le pragmatisme dont a su faire preuve le Gouvernement jurassien dans ce dossier et tout particulièrement le chef du Département, le ministre Claude Hêche. Face à un dossier aussi sensible, seule la voie du consensus était possible et l'attitude d'ouverture du Gouvernement est à relever. Le projet ne satisfait pas tout le monde, c'est vrai. Même en Ajoie, des voix s'élèvent pour regretter la perte, dans l'aventure, des soins intensifs de l'hôpital de Porrentruy et des cas qui en dépendent, c'est-à-dire les cas graves et complexes. Certains parlent d'un plan pour rien. Nous ne pouvons être d'accord avec cette assertion gratuite. Ce plan présente des lignes directrices fortes, claires, déterminantes pour l'avenir hospitalier jurassien. J'en citerai trois principales:

– Tout d'abord, et c'est important, le site de Delémont devient l'hôpital de référence du Canton avec la seule unité de soins intensifs, avec la prise en charge de l'ensemble des cas lourds du Canton ne nécessitant pas des prestations de niveau universitaire.

– Ensuite, on maintient sur le site de Porrentruy des soins aigus, avec notamment la création d'une unité de soins continus. Les cas graves nécessitant des soins intensifs seront exclus de cette unité. Ce qui est fondamental, c'est qu'on aura des compétences médicales maintenues sur le site de

Porrentruy et, ainsi, on pourra assurer la sécurisation de l'Ajoie.

– Enfin, la transversalité des départements, fondamentale dans le projet proposé. Un seul service réparti sur deux sites. Il faudra clairement définir les critères de transferts, les critères de collaboration et cela sera facilité par la création d'une seule direction.

Ce nouveau plan doit être analysé à la lumière des critères qui ont présidé à l'élaboration du plan hospitalier jurassien: la qualité des soins, la sécurité, les économies ou, mieux, la maîtrise des coûts.

La qualité des soins

Ce plan présente un espoir, celui de la concentration des soins intensifs sur le site de Delémont et, à travers cet événement, l'espoir de la nouvelle reconnaissance à l'avenir de la formation pour vingt-quatre mois du personnel infirmier en soins intensifs. La concentration sur un seul site des cas complexes nécessitant une haute compétence et une technologie de pointe est un autre élément important: c'est une réponse au critère de qualité des soins réclamés car l'adage «on ne fait bien que ce qu'on fait souvent» s'applique avant tout aux actes difficiles de haute technicité où l'on a besoin d'une masse critique. La planification proposée l'assure.

La sécurité

Le SMUR est resté une entité vague qui n'a pas convaincu. Le plan propose de maintenir des compétences en Ajoie et, ainsi, d'assurer une sécurisation de l'Ajoie et des compétences dans les urgences de l'hôpital de Porrentruy. Il est important pour Porrentruy de disposer à l'avenir de soins continus afin de permettre la prise en charge des urgences vitales pour stabilisation avant transfert.

Ce plan, au niveau de la sécurité, a également pensé aux Franches-Montagnes et permettra à l'avenir d'assurer la sécurisation des Franches-Montagnes par l'utilisation du SMUR de La Chaux-de-Fonds.

Les économies ou plutôt la maîtrise des coûts

Le Gouvernement estime à 6 millions les économies réalisables par ce plan avec, en corollaire, 50 à 60 suppressions d'emplois dont plus des trois quarts, je vous le rappelle, en Ajoie, fort heureusement sans ou avec de rares licenciements du fait de l'important tournus du personnel. Ce chiffre paraît réaliste et basé sur une analyse fine de la dotation en personnel de nos hôpitaux, analyse réalisée par des praticiens hospitaliers ayant une parfaite connaissance du terrain. Surtout, ces 6 millions représentent en chiffres nets, le projet n'induisant que peu de dépenses secondaires, en tout cas beaucoup moins que le projet initial. Il n'y aura plus de SMUR, pas d'investissements non compris dans l'enveloppe annuelle du CGH, beaucoup moins de transports interhospitaliers et surtout pas de compensations financières pour l'Ajoie comme précisé dans le message initial du Gouvernement. Ce seront surtout des économies immédiates, réalisables en douze à quinze mois alors que le premier plan, pour obtenir le plein effet des économies, nous aurait fait attendre 2007 ou 2008.

Le message complémentaire répond aux critères, aux éléments clés fixés par le Gouvernement. Surtout, ce projet laisse ouvert l'avenir hospitalier jurassien et permet la poursuite de la réflexion interjurassienne. Sans préteriter l'avenir, il organise collaboration et complémentarité entre les sites, permet la concentration des soins intensifs et des cas lourds sur le site de Delémont qui, je le répète, devient sans conteste le site de référence, offre des soins de base dans la proximité et la sécurité à la population jurassienne et jette les bases de la paix sociale et de l'unité dont le peuple jurassien a besoin pour affronter les défis qui l'attendent.

Dans sa majorité, le groupe socialiste acceptera l'entrée en matière et le plan hospitalier présenté par le Gouvernement.

M. Jérôme Corbat (CS): Ensuite, on y est! Cela faisait longtemps – surtout quand j'étais employé de l'hôpital – que l'impatience des 1'300 employés de nos établissements se manifestait; depuis, en fait, l'adoption du plan sanitaire en 1998, qui nous annonçait déjà le plan hospitalier. Et aujourd'hui, nous y sommes.

Alors, on aurait bien voulu avoir un plan hospitalier, on aurait bien voulu pouvoir l'appeler un plan hospitalier. Il ne s'agit pas d'un plan hospitalier, c'est tout juste l'odeur d'une farce, voire de mauvais goût! C'est une farce par son contenu et puis par son modus operandi. Si vous permettez, je vais commencer par le contenu.

On nous parle d'abord de la suppression des soins intensifs à Porrentruy pour la concentration des soins intensifs à Delémont, restant à Porrentruy quatre lits de soins continus dont un de stabilisation. On a eu plusieurs explications médicales nous expliquant que stabiliser, cela veut donc dire le maintien de la vie avant une prise en charge soit à Delémont, soit à Bâle par exemple. Donc, cela veut dire par exemple ventiler et c'est justement une des ligatures que le ministre a prévues dans cette loi, c'est de dire que les ventilations étaient exclues des soins continus. Mais on comprend bien que ce quatrième lit est la porte ouverte, et surtout la porte ouverte pour nous, de nous décharger de notre responsabilité en la confiant aux médecins qui devront faire preuve d'autorité entre eux pour dégager éventuellement des patients des soins continus.

On nous annonce une grande nouveauté, la transversalité. Je suis désolé de devoir rappeler que, lors de l'avènement du CGH, on était plus que dans la complémentarité, on était déjà dans la transversalité en attendant, en tout cas de la part du CGH, qu'il puisse entreprendre des synergies entre les hôpitaux. Et, notamment, quand on nous parle de transversalité en matière de départements, l'engagement des médecins étant de la compétence du CGH, la hiérarchisation des médecins entre eux fait aussi partie des compétences du CGH et c'est donc une espèce de transversalité alibi qu'on nous présente maintenant.

Cette transversalité comporte à mon avis encore une autre face. On nous dit qu'on supprime un niveau de directeurs, un niveau de direction et que, pour installer cette transversalité, on aura des départements horizontaux. Extra! Les chefs de département peuvent devenir responsables de site; cela semble normal qu'il y ait des répondants. Et les responsables de site sont chargés des ressources humaines et de l'animation des sites. Alors, voilà, la différence entre la suppression d'un directeur et un responsable de département, en même temps responsable de site, vous comprenez qu'entre blanc bonnet et bonnet blanc...

Mais alors, maintenant, c'est ce bloc opératoire. Nous, Jurassiens, dans ce canton de 70'000 habitants, dont on dit qu'ils payent cher d'impôts, dont on dit qu'ils payent cher de primes d'assurance maladie, nous allons maintenir deux plateaux médico-techniques à vingt minutes de distance. C'est fantastique! En plus, on nous explique que le bloc opératoire va être ouvert 24/24 heures du lundi au vendredi et que, pour les urgences obstétricales, il sera ouvert le samedi et le dimanche. Donc, vous comprenez bien comme moi: il y aura pour les messieurs et les enfants un bloc opératoire ouvert du lundi au vendredi et puis, pour certains problèmes de dames, le samedi et le dimanche. Je ne sais pas comment on peut justifier ce genre de choses.

J'en viens à cette fameuse façon de faire. La commission parlementaire reçoit le document le 31 mai, en même temps que vous tous, comme l'a rappelé Rémy tout à l'heure, le jour où nous partons dans la ville de Guignol. Le 5 juin, les décisions étaient prises: même si elles n'étaient peut-être pas définitives, les amendements, les modifications de ce nouveau plan étaient déjà admis. Sachant que le rapport a été remis autour du 18 mars au Gouvernement, du 18 mars au 31 mai,

on a tourné en rond – on s'est occupé hein! – on a quand même réanalysé alors que, pendant ce temps, le Gouvernement et la «Coordination Hôpital de Porrentruy» discutaient le nouveau plan. Cette mystérieuse «Coordination», il faudrait quand même un fois qu'on sache un peu qui il y a dedans. Alors, vu que personne ne veut vous le dire, je vais lever un coin du voile. Sur huit membres de la délégation de la «Coordination» présents en face du Gouvernement, on avait quatre médecins. Sur quatre médecins, il y avait trois médecins de l'hôpital de Porrentruy et le quatrième est ici présent. Il y avait une infirmière de l'hôpital de Porrentruy et il y avait encore trois maires, d'Ajoie bien sûr. Donc, voilà, sans les nommer, la composition de la coordination dite «Hôpital», véritablement «Hôpital de Porrentruy» qui amène à un pseudo plan qui ne change pour ainsi dire rien à ce qui existe en ce moment!

J'aimerais dire que, au vu de ce qui précède, d'un point de vue parlementaire, j'ai très mal vécu cela, à tel point que finalement j'ai dû renoncer à participer aux travaux de la commission, où nous avons eu silence radio de mi-mars à fin mai, période où une négociation secrète était en cours. En fait, nous étions là comme des nigauds alors que Pierre-Alain Fridez ainsi que le ministre étaient au courant des tractations et que Pierre-Alain a – une fois en tout cas je lui ai demandé «n'as-tu pas ce document? ne pourrais-tu pas au moins nous en parler un peu» – répondu «mais bien sûr que non, je n'ai pas ce document». Il est difficile de travailler dans ces conditions.

Je vais dire que là où le ministre se moque de moi, c'est pourtant là où je préfère agir, c'est de regarder vers l'avenir. Je dois reconnaître que ce plan hospitalier est bel et bien le scénario de Machiavel. Tout à l'heure, René Riat parlait du financement moniste qui s'annonce. Donc, comme il l'a dit, le seul interlocuteur des prestataires de soins sera bientôt uniquement les assureurs. Et le ministre nous a déjà annoncé en séance de commission que, au cas où le plan hospitalier ne serait pas suffisamment vigoureux, les assureurs seraient évidemment tentés d'encourager le Jura à faire mieux en diminuant ses prestations, donc en diminuant son financement. Alors, ici, comprenez bien: si, pour punir la République et Canton du Jura, les assureurs diminuent leur participation, vous comprenez ce qui va se passer, les primes d'assurance-maladie vont baisser ou en tout cas leur augmentation aura lieu dans une moindre mesure vu qu'ils paient moins. Et, de ce point de vue-là d'ailleurs, d'un point de vue social, c'est plutôt plaisant puisque ce sera donc la caisse de l'Etat, par l'impôt, qui devra financer cette différence. Et on va se trouver, à la fin de cette année, au moment de la détermination des primes d'assurance, dans la situation où on va nous dire «ben voyez, au fait, cela a augmenté moins que prévu dans le Jura» pas parce qu'on a fait des économies mais parce que les assurances punissent. Mais cela, la deuxième partie, ont ne va pas nous le dire. Cette réalité-là, chers collègues, nous aurons à l'affronter dans moins de huit mois car nous serons vite fixés.

Bien sûr, on dira de moi que je suis l'oiseau de mauvais augure. J'ai entendu qu'à Neuchâtel le ministre Roth disait que les messagers de mauvais augure, on les tuait à l'époque. J'espère que ce ne sera pas mon cas mais n'empêche qu'en acceptant l'entrée en matière de ce plan ou, pire, en adoptant ce pseudo plan – parce qu'avec les modifications qu'il contient, on ne peut pas dire qu'il n'y a un élan nouveau; c'est à la limite d'une ordonnance gouvernementale ou d'un arrêté gouvernemental – le Parlement va partager, avec le Gouvernement, la gloire honteuse des non-choix. Et ceux-ci s'avéreront probablement fossoyeurs du système hospitalier jurassien. D'aucune façon, il ne s'agit d'un plan hospitalier, il s'agit plutôt d'un rapport – avec quelques jours de retard – sur la reconstitution de l'unité de la République et Canton car si, effectivement il y a eu 13'000 pétitionnaires en Ajoie (je ne doute pas de leur sincérité), par contre, ce que je sais, c'est

que ce dossier est suffisamment complexe pour que, même ici dans notre forum, il y ait des gens qui ont le sentiment de ne pas bien le maîtriser. A fortiori, des pétitionnaires qui veulent agir évidemment par rapport à leurs désirs et non pas forcément par rapport aux moyens de la République. Mais surtout, dans cette espèce d'unité sacrée qu'on a trouvée dans les partis, je trouve que le fait de perdre ensemble ne va rien favoriser. Et les Ajoulots sont en train de nous faire croire qu'en perdant tous, on va y gagner. Je n'y crois pas.

Pour conclure, j'aimerais quand même dire ceci: les principales victimes de ce non-plan, à part les patients qui eux choisissent quand même leurs élus, ce sera le personnel des hôpitaux, les 1'300 personnes qui y travaillent encore en ce moment. Ils auront toujours des pressions budgétaires car le ministre nous a déjà annoncé qu'il faudrait que le Gouvernement et le Parlement aient une cohérence budgétaire. Cette pression budgétaire va évidemment augmenter et ceux qui seront porteurs de ces coûts, de ces dettes – on est à plus de 20 millions de dettes accumulées maintenant pour le CGH – seront ceux qui travaillent dans les établissements et qui seront gênés d'avoir l'impression qu'ils coûtent et qu'ils gênent tout le monde.

J'aimerais encore juste dire que notre décision de ce jour est en fait le premier pas vers l'étrangement des hôpitaux jurassiens!

Mme Catherine Gnaegi (PLR): La commission parlementaire de la santé a examiné, discuté, analysé le plan hospitalier au cours de trente-deux séances; elle a également procédé à plusieurs visites et auditions dans plusieurs cantons romands. Grâce aux informations rassemblées, elle a pu juger de manière objective le plan hospitalier. Elle a pris conscience des changements nécessaires: l'hyperspécialisation de la médecine, le passage d'une médecine de généralistes à une médecine de spécialistes, une répartition des disciplines médicales sur trois sites induisant un renforcement de la qualité des soins et du plateau médico-technique ainsi qu'une prise en charge hospitalière coordonnée plus complète et plus performante qu'actuellement et à un coût supportable.

Il est dommage que le débat se soit focalisé sur un seul concept: l'hôpital doit rester un centre de soins de proximité. Dommage que nous n'ayons pas eu plus de temps pour laisser passer les réactions émotionnelles, bien compréhensibles, liées à des changements obligatoires pour répondre aux normes de la LAMal, les plus exigeantes en matière de soins et à un coût acceptable.

Pour palier ces inquiétudes, la «Coordination hôpital de Porrentruy» a établi une reconversion du plan hospitalier basé sur une équivalence des sites. Ce nouveau message est certes une façon de contenter tout le monde mais cette demi-mesure n'apporte pas grand chose. Le Jura, avec ses 70'000 habitants, n'a pas à moyen terme les moyens financiers d'entretenir deux centres médicaux. Ils seront immanquablement «victimes» de l'évolution continue de la médecine et, d'ici peu, ils ne seront plus compétitifs du point de vue technique, des infrastructures, mais également du point de vue qualité et sécurité. Ce sont les réalités pratiques de la médecine qui vont prendre rapidement le dessus et la politique, mais également la raison, seront obligées de les suivre.

Je ne suis pas très favorable aux changements apportés au plan hospitalier. Mais je l'accepterai pour éviter une confrontation entre les districts tout en étant consciente qu'inévitablement des changements interviendront dans un futur relativement proche dans l'organisation des hôpitaux jurassiens.

Mme Ursula Yersin (PS): Tous les cantons suisses ont mis en chantier leur politique sanitaire, due d'une part à la

forte augmentation des coûts et d'autre part à l'évolution de la médecine pendant ces trente dernières années.

En acceptant le plan sanitaire en 1998, nous avons opté pour une politique sanitaire moderne et tournée vers l'avenir. Restait à définir le plan hospitalier. Nous espérions alors calquer ce plan sur la ligne directrice du plan sanitaire, adapté à la médecine moderne où, grâce aux progrès techniques, les interventions sont moins traumatisantes, les traitements plus courts et le séjour en milieu hospitalier ambulatoire ou de plus courte durée.

Après une longue gestation, des consultations d'experts renommés et beaucoup de moyens mis en œuvre, le Gouvernement nous soumet aujourd'hui le plan hospitalier tant attendu:

- un plan déjà modifié par le Gouvernement après des négociations menées en aparté avec un «lobby» régional, en excluant de la discussion les deux autres districts;
- un plan qui a coupé court à la discussion démocratique au niveau de la commission parlementaire de la santé;
- un plan sorti à la plus mauvaise période de la législature pour un traitement objectif, la période électorale;
- un plan qui présente un statu quo dans l'aménagement de nos hôpitaux contre l'avis de tous les experts consultés et contre l'attente de la grande majorité des professionnels de la santé.

Nos hôpitaux de proximité ont correspondu à nos moyens de transport et à nos routes pendant les cinquante dernières années. Ce n'est plus le cas aujourd'hui où plus de 90% de la population possède une voiture et où l'ouverture de l'autoroute a rendu accessibles nos hôpitaux dans un temps tout à fait comparable aux villes suisses. Le trajet est même plus court que dans certaines vallées latérales des Grisons ou du Valais.

La centralisation des départements et des services aurait permis une augmentation de la dynamique et de la compétence des professionnels de la santé, selon la devise largement expérimentée et reconnue «On ne fait bien que ce qu'on fait souvent». La transversalité proposée par ce plan ne peut que partiellement compenser cela.

Vous comprendrez qu'en ma qualité de professionnelle de la santé, je ne peux pas adhérer à ce plan. J'accepterai pourtant l'entrée en matière car il faut absolument débloquer la situation. Le monde hospitalier l'attend depuis trop longtemps déjà.

M. Philippe Gigon (PDC): C'est à titre personnel que je m'exprime aujourd'hui.

Lors de l'élaboration du plan sanitaire 1998, les points forts étaient les trois scénarios hospitaliers dégagés par les experts, c'est-à-dire:

- 1° maintenance du statu quo,
- 2° un hôpital de soins aigus sur deux sites,
- 3° un seul établissement sur un site avec transformation de la mission pour le second hôpital régional, les maternités et le rôle du Centre de gestion hospitalière.

Le plan sanitaire accepté par le Parlement dans sa séance du 9 décembre 1998 statuait sur le scénario 2, soit un hôpital de soins aigus sur deux sites. Il prévoyait d'être fondé sur la complémentarité concertée des prestations de soins aigus, de réadaptation et de soins de long séjour.

Or, le plan hospitalier du 23 octobre 2001 proposé par le Gouvernement n'avait plus rien de commun avec les décisions parlementaires. En effet, tous les soins aigus étant centralisés à l'hôpital de Delémont, il ne permettrait plus d'assurer l'égalité des soins et la sécurité des soins aux patients du district d'Ajoie et du Clos-du-Doubs.

Une question se pose ici: comment un Gouvernement peut-il faire fi d'une décision du Parlement avec autant de légèreté? La population ajolote a bien compris la situation

puisque ce sont 13'580 signatures – cela a déjà été dit à plusieurs reprises tout à l'heure – qu'a récolté la pétition «Pour la sauvegarde d'un hôpital de soins aigus à Porrentruy», lancée par l'Association des maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs, et ceci sur une brève période.

Je vous rappelle que ce plan hospitalier du 23 octobre 2001 prévoyait en particulier la suppression d'environ 150 emplois, dont 100 à l'hôpital de Porrentruy. Ceci n'était non plus pas supportable pour la population du district de Porrentruy, aussi bien pour la qualité des soins que pour des raisons socio-économiques quand on sait que l'hôpital de Porrentruy dégage une masse salariale de 38 millions de francs, dont 6,4 millions de charges sociales.

Ensuite, la Coordination Hôpital de Porrentruy réunissant les spécialistes et le monde politique ajolote, tous partis confondus il faut le souligner, s'est constituée et a demandé au Gouvernement de revoir sa copie. Monsieur le ministre Claude Hêche, porteur du dossier, ainsi que le Gouvernement ont eu la sagesse – ce terme a déjà été employé tout à l'heure par Monsieur le député Riat – après beaucoup d'hésitations, de reprendre les négociations, constatant à juste titre que ce plan hospitalier n'était pas applicable donc acceptable tel que présenté par le message du 23 octobre 2001, en tout cas pour la population ajolote et du Clos-du-Doubs.

Le 28 mai 2002, le Gouvernement nous a fait parvenir le message complémentaire du plan hospitalier du 23 octobre 2001 tenant compte de plusieurs propositions dont celles de la Fédération du Parti démocrate-chrétien d'Ajoie et du Clos-du-Doubs qui, dans une résolution adoptée dans le courant de novembre 2001, s'opposait fermement au plan hospitalier présenté par le Gouvernement jurassien. Elle demandait à ce dernier d'établir un nouveau plan hospitalier conforme au plan sanitaire de 1998 afin:

- 1° de réaliser un hôpital multisite comprenant une distribution judicieuse et performante des prestations médicales et opératoires de base;
- 2° d'assurer une véritable complémentarité et de localiser équitablement les spécialisations médicales entre les différents sites;
- 3° de garantir le rôle socio-économique de chaque site;
- 4° d'optimiser les ressources humaines et les qualifications du personnel soignant;
- 5° de simplifier les structures administratives de la gestion des hôpitaux;
- 6° de favoriser les collaborations interrégionales et inter-cantonales.

Reconnaissons qu'en bonne partie, ces différentes demandes ont été prises en compte et il est à relever le travail sérieux de la «Coordination Hôpital de Porrentruy» qui a également demandé un audit auprès d'experts neutres internes et externes au Canton. Ceux-ci ont parfois des visions différentes mais cette démarche a démontré que le premier plan hospitalier pouvait être adopté, amélioré, voire corrigé.

Bien que le message complémentaire au plan hospitalier se soit bien amélioré, force est de constater que l'hôpital de Porrentruy perd certaines de ses prérogatives. En effet, alors que maintenant les deux hôpitaux sont sur un pied d'égalité, il faut constater qu'avec le nouveau message, la primauté de l'hôpital de Delémont – certains, dont le député Pierre-Alain Fridez, ont parlé d'hôpital de référence, est bien réelle, ne serait-ce qu'avec la suppression des soins intensifs et l'exploitation du bloc opératoire du lundi au vendredi seulement à Porrentruy.

Malgré tout, le nouveau plan hospitalier, et ceci est important, a permis d'éviter la suppression colossale des emplois puisqu'il y a à présent 40 à 45 emplois à Porrentruy et de 10 à 15 emplois à Delémont qui sont supprimés. Cette réduction est certes encore conséquente mais nous avons pris note,

avec intérêt, qu'elle devrait être réalisée sans licenciement, selon les déclarations énoncées dans le message complémentaire.

Le nouveau plan hospitalier permet également de renoncer à un crédit de 500'000 francs prévu pour la mise en œuvre des restructurations envisagées. Cela aussi est appréciable, vous en conviendrez.

Le message complémentaire prévoit aussi le regroupement des centres de traitement et de réadaptation sur un seul site. Il en est de même des soins palliatifs.

Vu en particulier la plus grande suppression des emplois sur le site de Porrentruy ainsi que pour la compensation de la perte de l'égalité au profit de l'hôpital de Delémont, je recommande au Parlement de suivre l'avis du Gouvernement quant à la localisation de l'ancien CGH, à l'avenir «Hôpital du Jura», et de l'implanter dans le site hospitalier de Porrentruy.

En conclusion, je dirai que ce dossier est susceptible d'évoluer. Mais comme ils l'ont fait pour le premier plan hospitalier, soyez certains, Madame et Messieurs les membres du Gouvernement (il n'y a qu'un monsieur maintenant), que les Ajoulotes et les Ajoulots, ainsi que la population du Clos-du-Doubs, seront extrêmement vigilants quant à l'évolution négative qui pourrait être donnée à ce plan hospitalier du 28 mai 2002 sur le site de Porrentruy. Je vous remercie de votre attention et vous recommande de voter l'entrée en matière.

M. Ami Lièvre (PS): Permettez-moi d'apporter ma toute petite et très brève contribution au débat, à titre personnel naturellement et aussi en tant que membre de la «Coordination Hôpital» de Porrentruy.

Parmi les points positifs du plan hospitalier soumis à notre approbation aujourd'hui, il en est un qui aura, à mon sens, une incidence très positive par le biais notamment des acteurs les plus directement et immédiatement concernés, le personnel hospitalier. Il s'agit de la transversalité qu'on a peu évoquée aujourd'hui. Sa mise en œuvre en effet sera certainement le premier acte qui permettra un rapprochement et, nous l'espérons, une symbiose entre les sites et contribuera à atténuer, voire à arrêter enfin, enfin, la concurrence larvée entre les hôpitaux de Porrentruy et de Delémont, et plus généralement, je l'espère, entre les districts.

M. Serge Vifian (PLR): Tout d'abord, une brève réaction. Je constate que les suppressions d'emplois n'effraient pas notre collègue Meury lorsqu'elles frappent un autre district! Par ailleurs, je rappelle que les mesures envisagées, de l'avis même de la Fédération jurassienne des assureurs maladie, n'auront pas ou peu d'effets sur les primes d'assurance maladie. Je me tiens à sa disposition s'il veut plus d'explications à ce sujet. Je lui signale de surcroît que la composition de la «Coordination Hôpital Porrentruy» est parfaitement connue: elle regroupe des représentants de toutes les parties concernées (médecins, personnel paramédical, partis politiques, communes). J'avais cru comprendre que Monsieur Meury était sensible aux vertus de la concertation et au combat que mènent les salariés pour sauver leur outil de travail mais ma lourdeur d'esprit saisit probablement mal les subtilités – est-ce les méandres, Monsieur Meury? – d'un discours inspiré des meilleurs humoristes!

Je m'inscris enfin en faux contre les déclarations de notre collègue Corbat qui voudrait nous faire croire qu'en sauvant un hôpital on fait perdre l'ensemble de la population jurassienne. On cite beaucoup les experts, et bien, citons celui qui a dit «Un hôpital, ça rapporte plus que ça coûte».

J'aimerais ajouter que ce ne sont pas les assureurs maladie qui décident quelles sont les prestations à charge de l'assurance mais c'est la loi.

J'en viens à l'objet principal de mon intervention. Je voudrais profiter de ce débat d'entrée en matière pour exprimer mes craintes au sujet du financement des soins hospitaliers:

– Le chef du Département de la Santé peut-il nous renseigner sur l'état de la situation à ce jour?

– Les discussions avec les assureurs maladie ont-elles progressé?

– Les dépenses de fonctionnement de nos hôpitaux sont-elles toujours financées par des emprunts bancaires? Si oui, auprès de quels établissements et à quel taux?

– Est-il exact que les médecins officiant dans nos hôpitaux n'ont pas été rémunérés durant plusieurs mois?

– Pourquoi n'a-t-on pas étudié la possibilité de facturer les soins hospitaliers aux patients? L'assurance obligatoire des soins doit assumer le séjour en division commune d'un hôpital; c'est l'article 25, alinéa 2, lettre e, de la LAMal qui en dispose ainsi.

– Du moment que les assureurs maladie ne veulent pas reconduire la convention, ne pourrait-on pas envisager l'application du système du «tiers-garant» avec cession des droits de l'assuré au fournisseur de soins de manière à contraindre l'assureur à effectuer un paiement direct à concurrence des prestations légales? Le professeur Jean-Louis Duc estime que ce procédé est admissible et que l'on ne saurait se contenter d'appliquer par analogie des dispositions d'autres lois d'assurances sociales limitant ou interdisant la cession des droits d'assuré. Je tiens les références de ces publications à la disposition du ministre.

La loi sur l'assurance maladie a pour but de régler les conditions auxquelles les assurés ont droit aux prestations d'assurance et les conditions auxquelles les fournisseurs des prestations peuvent exercer aux frais de l'assurance-maladie. Ce n'est ni une loi sur la santé publique ni une loi sur la planification hospitalière ou sur la manière de couvrir le déficit des hôpitaux. Ces problèmes doivent faire l'objet d'autres dispositions. Il est donc inadmissible pour ne pas dire scandaleux de prendre prétexte de cette loi pour refuser d'assumer ses responsabilités. Je parle ici bien entendu de la responsabilité des assureurs.

M. Jean-Pierre Petignat (PS): Je n'avais pas l'intention d'intervenir à cette tribune dans ce débat d'entrée en matière mais, suite aux interventions des députés Meury et Corbat, je me permets de préciser les éléments suivants:

Les propos tenus par ces représentants sont des arguments de circonstance, de rupture et de conflit. Il faut rappeler que l'ancien projet ne donnait pas de garanties suffisantes pour la prise en charge des urgences, notamment pour la chirurgie. Un médecin qui aurait dû évaluer les diagnostics, et donc les envisager, n'était pas prévu dans l'organisation. Le projet laissait le choix et la décision à l'assistant de prendre la décision. A long terme, nous aurions assisté à une hémorragie de spécialistes en Ajoie. Cela aurait été probable et bien réel. Dans le premier projet, l'engagement des médecins spécialisés par le CGH n'était pas envisagé ou pas prévu.

Je dois rappeler quand même que le projet qui nous est présenté tient compte d'un effet de proximité et qu'il est proche des gens. Ce point de vue est partagé aussi et notamment par un médecin généraliste qui n'habite pas l'Ajoie mais bien le district de Delémont et qui n'est pas du tout intéressé par la suite qu'on va donner à l'avenir de l'hôpital de Porrentruy mais qui a un point de vue tout à fait respectable.

En ce qui concerne le voyage à Lyon du Parlement jurassien, l'occasion m'est donnée de remercier notre secrétaire et ami, Monsieur Montavon, pour sa parfaite organisation et l'ambiance chaleureuse qui était au rendez-vous. D'ailleurs, le député Corbat Jérôme a pu apprécier cette sortie à sa juste valeur; il était également bien accompagné par un autre Jérôme. On a même fêté à Lyon son anniversaire! (*Rires.*) Au député Meury, je dirais que le Département du Rhône n'est pas si mal que cela parce que le Département du Rhône a éliminé, par un socialiste, le xénophobe Charles Million. Ce

n'est pas si mal finalement d'être allé à Lyon; nous étions en pleine campagne mais nous n'avons pas seulement fait campagne, nous avons également bien fêté et bien rigolé, dans une ambiance fraternelle et généreuse! En ce qui concerne le reste, on peut aussi dire que, vu que le député Meury a fait référence à Lyon, pour les fiefs du Parti communiste français, malheureusement, dans le Nord, dans les Bouches-du-Rhône et dans la banlieue parisienne, le parti communiste français est pratiquement laminé. C'est regrettable, notamment l'échec du premier-secrétaire, M. Robert Hue.

Je crois que quand on veut faire la morale aux autres, il faut déjà un peu regarder de son côté et le ton utilisé par le député Meury à l'encontre du ministre Claude Hêche me déplaît fortement; je tenais quand même à le dire à cette tribune. Le projet présenté par le Gouvernement est un projet rassembleur, respectueux des minorités et, à long terme, je l'espère, positif pour le Jura et ses habitants et en conformité avec le service public cher au Parti ouvrier et populaire. Et je dirais que, finalement, ce projet prévoit quand même la sauvegarde de 80 emplois. Cela devrait faire réfléchir ce parti. Et je soutiens ce nouveau projet présenté par le Gouvernement.

M. Jérôme Corbat (CS): Juste pour dire ceci à propos de Lyon. (*Rires.*) Je rappelle au vice-chancelier qu'on a séché jusqu'à Lyon depuis le départ de Delémont! Le reste était exact! Merci. (*Rires.*)

Pour en revenir au discours de convenance que nous impute Jean-Pierre Petignat, alors j'aimerais juste le rassurer sur ce plan: ma réélection, pour la fin de l'année, ne me pose pas de problèmes (élu ou non). Pour moi, je ne comprends pas d'ailleurs que certains d'entre nous s'accrochent pareillement à leurs accoudoirs!

Par contre alors, Serge Vifian, le personnel. Vous êtes en train de dire que les partis de gauche sont en train de couper l'herbe sous le pied du personnel. C'est vraiment quelque chose de fantastique. Vous faites comme si vous ne saviez pas qu'on a trop de lits dans le Jura. Vous le savez, on a des lits au mauvais endroit: je ne parle pas de géographie mais d'affectation. Et ces affaires de lits, il faudra bel et bien les régler. Alors, quand vous nous dites qu'on passe à la trappe, qu'on fait fi, qu'on fait peu de chose de ces postes de travail perdus, figurez-vous que nous sommes, nous aussi, actifs au niveau des syndicats et que nous avons pris des garanties auprès du ministre – et qu'il nous les a données – qu'en cas de diminution de postes et même dans le premier plan, les passerelles; ce qu'on avait appelé la convention 21 du type de celle appliquée dans le canton de Neuchâtel – seraient faites pour permettre aux gens de passer du pied du lit à d'autres activités dans les prestations de soins. Mais vous ne nous ferez pas croire qu'avec le vieillissement de la population, on aura moins de monde qui travaillera dans le milieu de la santé dans quelques années que maintenant. Au contraire, les activités dans le milieu de la santé, dans la préservation de la santé, veulent sans cesse croître et, cela, tout le monde le sait. Donc, ne venez pas nous dire que nous sommes des fossoyeurs d'emplois!

M. Charles Froidevaux (PDC), président de groupe: Très brièvement. Mes collègues du groupe PDC se sont déjà exprimés sur l'entrée en matière, je n'ai rien à ajouter. Toutefois, puisqu'une proposition a été formulée par notre collègue Rémy Meury de voter sur l'entrée en matière à bulletin secret, je propose personnellement que nous votions par appel nominal, bien entendu après avoir entendu avec intérêt l'intervention du ministre.

M. Gérard Minger, observateur de Sorvilier: Je souhaiterais m'exprimer.

(Cette requête est acceptée par le Parlement.)

M. Gérard Minger, observateur de Sorvilier: Sans constituer une solution à terme, les propositions soumises au Parlement rendent possibles la collaboration interjurassienne et une réflexion globale quant à l'organisation hospitalière à l'échelle des six districts du Jura.

Cette collaboration est vitale, tant pour le canton du Jura que pour le Jura méridional. Si l'on ne se met pas rapidement autour de la table pour organiser l'offre hospitalière pour notre bassin de population de 120'000 habitants, à terme, le risque est grand que la région perde tout!

Dans ce contexte, il est urgent de mettre en œuvre les différentes résolutions de l'Assemblée interjurassienne demandant une réflexion globale et concertée d'une organisation hospitalière sur six districts. La population ne pourra pas se satisfaire de demi-mesures qui auraient des répercussions sur le prix de la santé et sur la qualité des soins.

M. Claude Hêche, ministre de la Santé: Le débat tant attendu sur le plan hospitalier a lieu aujourd'hui. Depuis maintenant plus de deux ans, vous avez été plusieurs, Mesdames et Messieurs les Députés, à intervenir à cette tribune pour me réclamer le plan hospitalier de la République et Canton du Jura. Le voici!

Certains, heureux, diront «enfin!»; d'autres penseront, insatisfaits, qu'il ne valait pas la peine d'attendre si longtemps pour en arriver là. Je suis parfaitement conscient qu'on ne peut pas, en matière hospitalière, satisfaire tout le monde et surtout totalement. Mesdames et Messieurs les Députés, et tout particulièrement Monsieur le député Meury. D'autres cantons que le Jura ont éprouvé des difficultés à trouver les termes d'une planification politiquement acceptable et ont mis de nombreuses années pour trouver des solutions satisfaisantes pour leur population; d'autres cantons enfin sont aujourd'hui encore bloqués. Notre République n'est pas aussi différente des autres pour que nous allions plus vite et que nos solutions soient toujours les meilleures.

Dans l'établissement du projet de plan hospitalier, le Gouvernement s'est d'abord laissé guider par une logique des complémentarités entre hôpitaux et il a donné priorité au regroupement sur un seul site de certaines prestations. Il souhaitait prendre ainsi en compte de manière prospective les besoins de la population en constante évolution. Il entendait notamment répondre de manière spécifique aux maladies des personnes âgées et se soucier de l'attractivité de nos établissements dont il pensait en faire des centres d'excellence en regroupant les mêmes compétences sur un seul site. Il a ainsi pu rallier une partie de la population et des spécialistes mais le maintien du cap aurait porté préjudice à la cohésion interne du Canton. Il a constaté que la voie choisie n'était pas praticable. Il a donc décidé de remanier le projet et le plan hospitalier qui vous est soumis est inspiré par une logique d'équivalence des sites. Delémont devient toutefois l'hôpital de référence car les cas lourds y seront soignés et le même site abritera les soins intensifs du Canton.

Cela a été rappelé tout à l'heure, vous avez adopté le plan sanitaire le 8 décembre 1998. A la suite du dépôt du rapport de la commission OHM en septembre 1999, j'ai demandé plusieurs examens complémentaires sur des points contestés du rapport comme les services d'urgences, le regroupement des maternités et les soins intensifs. J'ai pris la connaissance de diverses prises de position et j'ai organisé une table ronde et des auditions des principaux acteurs de la santé.

Le 30 octobre dernier, le Gouvernement jurassien présentait à la presse son message au Parlement relatif à son projet de plan hospitalier, qui s'appuyait sur les principes suivants, que je rappelle très brièvement:

1° complémentarité des trois hôpitaux jurassiens par regroupement sur un seul site de certaines prestations hospitalières;

2° amélioration de la sécurité grâce à un nombre d'actes plus élevés par discipline médicale;

3° maîtrise des coûts par le maintien d'une seule infrastructure et d'une seule équipe médicale pour certains types de soins.

Le plan présenté en octobre permettait de remplir ces objectifs et de réaliser, à terme, une économie annuelle estimée entre 10 et 14 millions de francs. Ce plan a fait l'objet d'un examen attentif de la part de plusieurs experts, qui ont estimé que, d'un point de vue médical et économique, il était réaliste et adapté à la configuration jurassienne. Ces experts ont notamment relevé la nécessité de prendre des mesures dans le Jura pour garantir la pérennité des hôpitaux jurassiens à terme et endiguer la hausse des coûts de la santé.

En dépit de ces considérations, le contenu du plan hospitalier a déclenché une forte opposition au sein de la population du district de Porrentruy, représentée par la «Coordination Hôpital». Cela s'est traduit par le dépôt d'une pétition munie de plus de 13'000 signatures, par des assemblées publiques de protestation ainsi que par de nombreuses prises de position dans la presse. De plus, la Société médicale du Canton s'est distanciée du projet gouvernemental – là aussi, Mesdames et Messieurs les Députés, des spécialistes – ainsi que la majorité du Conseil de la santé, de même que le conseil d'administration de l'Hôpital du Jura bernois.

La commission parlementaire a examiné ce dossier. Elle a procédé à plusieurs auditions et visité les trois sites jurassiens ainsi que l'Hôpital du Sud Fribourgeois, dont les caractéristiques et l'organisation sont très proches du plan initial. Au fil de l'examen du document – et le président de la commission, Jérôme Ouevray, l'a rappelé tout à l'heure – il est apparu que la commission était prête à en recommander l'entrée en matière, à condition que le Gouvernement présente des modifications tenant compte notamment des demandes ajoutées. N'est-ce pas, Mesdames et Messieurs les Députés, une participation active de la commission à la suite qui a été donnée à ce dossier?

Abordons maintenant le point que j'ai intitulé «Renoncer au maintien du statu quo». Face à l'opposition persistante dont je viens de parler, le Gouvernement s'est trouvé devant les différents choix suivants:

1° maintenir son plan tel quel;

2° le retirer purement et simplement et entamer les démarches pour la réalisation d'un nouveau projet;

3° apporter des amendements à son projet initial, tout en maintenant ses principaux objectifs.

Ces différentes options comportent toutes certains avantages et inconvénients. Mais permettez-moi de m'arrêter sur l'enjeu essentiel: le pire scénario pour le Gouvernement dans ce dossier hospitalier est le maintien du statu quo. Ce constat est enfin partagé par l'ensemble des acteurs de la santé et du monde politique; ce n'était pas le cas il y a quelques mois encore. Tout le monde est enfin d'accord sur ce point: nous ne pouvons plus continuer comme cela et nous devons éviter à tout prix une situation de blocage où rien n'est entrepris.

Or, si aucune mesure n'est prise, l'Etat portera une grande responsabilité de n'avoir rien entrepris et, cela, le Gouvernement ne peut le tolérer. Il est de son devoir de formuler des propositions qui soient non seulement acceptables d'un point de vue technique et médicale mais qui puissent aussi être soutenues politiquement.

Le Gouvernement a donc considéré que les conditions nécessaires à la réalisation du plan hospitalier tel que présenté en octobre dernier n'étaient pas réunies et que le soutien qui lui était apporté était insuffisant. Dès lors, l'impasse était programmée et aurait conduit précisément au pire scénario que je viens d'évoquer, le statu quo. Cela aurait bloqué toute possibilité de réforme durant plusieurs années. Dès le départ, il était clair aux yeux du Gouvernement qu'un tel projet n'allait

pas rencontrer l'agrément de toute la population. Il est dans la nature même d'un tel projet de se heurter à une opposition plus ou moins forte. Il n'en a pas été autrement dans les autres régions du pays engagées dans des démarches similaires. Pour autant, il n'était pas concevable non plus de le mettre en œuvre contre l'avis d'une région. Vous me permettez de dire au sujet du renoncement au statu quo qu'il est fondé sur la nécessité d'être plus attractif tout en maintenant, voire en développant, la qualité des prestations hospitalières, ainsi que sur une analyse économique de la situation actuelle.

Que constatons-nous?

Tout d'abord une offre trop importante de lits de soins aigus et un taux d'hospitalisation élevé entraînent des primes d'assurance-maladie parmi les plus élevées du pays et une forte contribution des collectivités publiques. Le système de soins jurassiens est donc cher comparativement à d'autres cantons.

En matière de qualité des soins, la répartition actuelle des tâches entre les hôpitaux jurassiens doit donc être adaptée aux besoins de la population jurassienne. Elle doit permettre d'assurer une qualité des soins et une sécurité optimale des patients ainsi qu'un ensemble de prestations spécialisées. Des signes non montrent que ces objectifs sont remis en cause dans la situation actuelle: déclassement des soins intensifs, difficultés de recruter du personnel qualifié voire hautement qualifié, avenir financier du CGH préoccupant.

Nous prenons aussi en compte le secteur de la santé qui est en pleine mutation technologique. La technologie médicale est de plus en plus perfectionnée et vieillit de plus en plus rapidement, ce qui engendre des coûts toujours plus importants. Cette évolution conditionne l'organisation des soins en matière de durée de séjour et du «virage ambulatoire».

Les cantons revoient leur planification hospitalière et réaffectent leurs surplus de lits de soins aigus à d'autres missions.

Indépendamment des incidences financières du plan hospitalier qui sera finalement adopté, les coûts dans le domaine de la santé vont continuer d'augmenter, conséquence notamment d'une conjugaison des éléments suivants:

- progrès technologiques en matière d'imagerie, de transplantation, de génie génétique;

- matériel médical à usage unique pour des raisons de sécurité;

- élargissement du spectre d'activités qui échappaient autrefois à la médecine, c'est-à-dire les soins palliatifs, les soins terminaux, le traitement de la douleur;

- élargissement, de manière régulière, du catalogue des prestations remboursées par la LAMal;

- croissance des exigences de la population tant au niveau de la qualité, des délais, du confort;

- vieillissement de la population.

Par conséquent, les efforts visent davantage à maîtriser la croissance des coûts plutôt que de réduire ces derniers.

Devant cette perspective, le Gouvernement en appelle au renoncement au statu quo. Il requiert de votre part des mesures pour infléchir la courbe des augmentations des charges hospitalières. Le plan hospitalier qui vous est présenté abandonne donc le statu quo au profit d'une nouvelle définition des rôles tout en maintenant des prestations de soins aigus sur le site de Porrentruy. La mission de l'établissement de Saignelégier est conservée.

Il y a quelques semaines, le Gouvernement a reçu des propositions de la part de la «Coordination Hôpital Porrentruy». Il les a examinées attentivement et a considéré qu'elles ne pouvaient être acceptées dans leur formulation initiale car trop éloignées des objectifs généraux fixés dans le plan. Le Gouvernement a toutefois estimé qu'il y avait matière à débattre pour tenter de trouver une voie intermédiaire. Une délégation du Gouvernement – j'étais accompagné de mon col-

lègue Gérald Schaller, de mes collaborateurs et, je précise, de médecins de l'hôpital de Delémont – a rencontré à plusieurs reprises les représentants de la Coordination. Les discussions ont finalement permis à chacun de faire un pas important en vue des propositions qui vous sont présentées aujourd'hui et dont je vous rappelle les points essentiels;

– Comme dans le projet initial, les soins intensifs sont centralisés à Delémont mais une unité de soins continus est créée à Porrentruy.

– La répartition des patients entre les sites est déterminée en fonction de la gravité (cas ordinaires selon critères de proximité, cas lourds sur le site de Delémont).

– La réduction du nombre de lits de soins aigus est confirmée.

– Les différents départements fonctionneront selon le principe de la transversalité. J'ouvre rapidement une parenthèse. Malgré tout ce qui a été dit à cette tribune, il est important que le politique renforce sa volonté d'appliquer concrètement la transversalité parce qu'il faut un signal du monde politique et, ce signal, nous devons le donner aujourd'hui, sinon nous aurons toujours un peu trop de médecins routelets qui sévissent tant à Delémont qu'à Porrentruy!

– Des soins aigus incluant les prestations d'une maternité sont maintenus. Porrentruy reste équipé d'un bloc opératoire ouvert 24/24 heures du lundi au vendredi et qui sera utilisable le samedi et le dimanche pour les interventions obstétricales d'urgence. Ici également une parenthèse: par rapport à l'intervention de Monsieur le député Corbat, tous les spécialistes sont d'accord avec cette proposition s'il n'y a pas regroupement de ce secteur sur un seul site, pour des questions fondamentales de sécurité;

– Il est également renoncé à la création d'un SMUR.

– Environ 60 postes de travail sont supprimés – j'insiste aussi à cette tribune – sans licenciement tenant compte du fait du taux de rotation et des mutations en forte augmentation et un élément nouveau dans le Jura – mais qui s'applique non seulement au canton du Jura mais à l'ensemble de la Suisse, voire même de l'Europe – la difficulté de recrutement de personnel.

– Environ 6 millions d'économies par an.

Pourquoi avoir amendé le plan initial?

Dans la situation actuelle, le Gouvernement était confronté à un double risque, que je vous présente sous forme de deux scénarios.

Premier scénario. Imaginez que le Gouvernement retire son plan ou que celui-ci soit refusé par le Parlement; pour moi, le résultat est le même. Le projet est donc renvoyé au Gouvernement qui doit élaborer un nouveau plan. Conséquence: aucune réforme ne peut se faire, aucune mesure ne peut être prise à court terme. La restructuration des hôpitaux jurassiens est renvoyée probablement de plusieurs années. Pour le Canton, ce scénario est le pire, nous l'avons indiqué. Je pense que ses conséquences seraient catastrophiques pour le Jura, notamment pour deux raisons:

– Tout d'abord en termes financiers. Les charges liées à l'exploitation de nos hôpitaux continueraient d'augmenter très fortement comme elles l'ont fait ces dernières années. Sans plan hospitalier, la marge de manœuvre du Gouvernement pour réduire les coûts est très faible. Ensuite, augmentation des charges très importante à la fois pour les assurés jurassiens et pour les collectivités publiques, donc les contribuables

– Le statu quo serait également catastrophique s'agissant de la reconnaissance des établissements hospitaliers jurassiens puisque nous n'aurions aucune chance de voir les soins intensifs reconnus totalement pour la formation des infirmières et d'augmenter ainsi l'attractivité de nos hôpitaux.

Second scénario. Le Gouvernement parvient à faire le forcing et à faire passer le plan hospitalier devant le Parlement. Il prend alors le risque de laisser des cicatrices profondes

pour toute une partie de la population et de diviser durablement les Jurassiennes et les Jurassiens.

Le Gouvernement a entendu les avis exprimés suite à la publication du plan hospitalier. Sans doute a-t-il au départ sous-estimé l'impact du projet proposé c'est le risque de division qui est aujourd'hui bien réel et qu'il souhaite éviter en renonçant à imposer un projet contre l'avis d'une région. En résumé, le Gouvernement a préféré adopter une politique très pragmatique et prendre des mesures moins spectaculaires que pas de mesures du tout. Il a recherché une solution de consensus afin d'éviter que les Jurassiennes et les Jurassiens ne se divisent.

D'un point de vue financier, la solution proposée prévoit des économies d'environ 6 millions de francs, soit, il est vrai, moins que les 10 à 14 millions de francs du projet initial. L'objectif de maîtrise des coûts est donc partiellement atteint mais la solution retenue (et j'insiste) a l'avantage de pouvoir être mise en œuvre beaucoup plus rapidement.

Brièvement quelques caractéristiques du plan présenté:

Le regroupement des cas de soins intensifs dans un seul site demeure un objectif important du Gouvernement qui entend recouvrer la reconnaissance pour la formation complète (sur vingt-quatre mois) des infirmières en soins intensifs. Je le répète, le site de Delémont abritera cette unité.

La répartition des patients entre les sites est déterminée en fonction de la gravité: les cas ordinaires sont acheminés selon le critère de proximité tandis que les cas lourds sont orientés sur le site de Delémont, sous réserve – comme c'est le cas déjà présentement – des cas nécessitant un transfert vers un centre universitaire.

L'Hôpital du Jura sera organisé en départements qui fonctionneront selon le principe de la transversalité.

Les modifications apportées au projet initial

Des soins aigus incluant les prestations d'une maternité sont donc maintenus dans le site hospitalier de Porrentruy, c'est-à-dire qu'on y trouvera des prestations médicales relevant de la gynécologie obstétrique, de la pédiatrie, de la chirurgie et de la médecine.

Conséquence directe et impérative du maintien de soins aigus et de la maternité: l'hôpital de Porrentruy reste équipé d'un bloc opératoire ouvert 24/24 heures du lundi au vendredi. Le bloc opératoire n'est en principe utilisable le samedi et le dimanche que pour des interventions obstétricales d'urgence, les césariennes par exemple. Le service de piquet et de garde s'organisera en conséquence.

Une unité de soins continus, dont on a fait allusion tout à l'heure, de 4 lits (dont un lit réservé pour les urgences vitales; c'est une nécessité, une condition qui est fixée) est créée sur le site de Porrentruy. Élément aussi important dans le cadre des discussions et des négociations, la dotation en personnel est adaptée à la mission dévolue aux soins continus et coordonnée à celle du service des urgences de l'hôpital. Nous avons déjà anticipé sur l'organisation pratique qui sera confiée au CGH.

Les prestations de suite de traitement et de réadaptation (CTR) comme les soins palliatifs, dont le regroupement était initialement prévu sur le site de Porrentruy, sont maintenues également à l'hôpital de Delémont. Le regroupement sur un seul site reste toutefois l'option pour l'avenir, avec la volonté de finaliser ces projets importants pour les soumettre ensuite à votre Parlement.

S'agissant des soins palliatifs, je viens d'être interpellé par l'Assemblée interjurassienne par courrier reçu le 25 courant, c'est-à-dire hier. Cette dernière nous invite à intégrer le réflexe interjurassien dans ce domaine. Je puis déjà vous faire part que j'entre en matière sur cette requête et qu'elle sera prise en compte dans les études en cours.

Plusieurs options – qu'on a peut-être un peu, pour certains, oublié de rappeler à cette tribune – du plan hospitalier d'oc-

tobre 2001 sont reprises dans le projet modifié; j'en cite les principales:

- le regroupement des soins intensifs à Delémont;
- la répartition des patients en fonction de la gravité des cas;
- les différents départements de l'Hôpital du Jura fonctionneront selon le principe de la transversalité;
- la réduction du nombre de lits de soins aigus;
- les CTR et les soins palliatifs;
- une antenne d'hémodialyse est ouverte à Delémont; et Dieu sait si, de côté-là, il y a aussi une attente du côté de l'association de ce type de patients;
- les services ambulanciers restent répartis sur les trois sites.

Relevons encore que le Gouvernement désignera et mettra en place un groupe d'observation et de suivi chargé de l'application du plan hospitalier. Sa composition tiendra compte d'une représentation équitable des régions. Son rôle est de suivre l'évolution des divers paramètres en fonction des objectifs fixés. Ses observations permettront la prise de mesures par les autorités politiques en cas de non-atteinte de ces objectifs.

Abordons maintenant les principales incidences induites par le projet modifié de plan hospitalier.

Les incidences pratiques sont le maintien de l'offre de prestations courantes dans les sites de Delémont et de Porrentruy. Les interventions chirurgicales d'urgence le week-end sont groupées à Delémont, hormis les césariennes d'urgence que j'ai indiquées tout à l'heure. Les patients auront moins de déplacements, notamment à leur charge, et les transports seront moins nombreux.

Autre élément important: il n'y a pas ou peu de changements relatifs aux structures.

Les coûts de mise en œuvre du plan modifié sont inférieurs à ceux prévus dans le plan initial (500'000 francs). Un montant de quelques dizaines de milliers de francs sera porté au budget 2003 du Service de la santé afin de financer le fonctionnement du groupe d'observation et de suivi ainsi que les mandats qui pourraient être donnés à des tiers.

Le projet modifié entraîne une réduction d'une soixantaine d'emplois (10 à 15 sur le site de Delémont et 40 à 45 sur le site de Porrentruy). La plupart des postes de travail concernés touchent du personnel employé dans les services médicaux, infirmiers et hôteliers, et dans les domaines technique et administratif dans une moindre mesure. La création de départements transversaux permettra également d'économiser, à terme (et c'est aussi très important), notamment sur le nombre de postes de médecins-chefs. Enfin, il faut rappeler que les estimations avancées ne prennent pas en compte certains éléments pouvant conduire à des adaptations de personnel ou d'équipement. Il s'agit par exemple de l'application de la nouvelle convention collective de travail dès le 1^{er} janvier de cette année, de l'application de la loi fédérale sur le travail aux médecins assistants (dès 2005) ou encore d'autres éléments externes (par exemple modifications du cadre légal, voire évolution des exigences des patients et progrès médical). Je tiens à rappeler à cette tribune que j'ai informé par lettre l'ensemble du personnel hospitalier des modifications que le Gouvernement a apportées au plan initial. J'ajoute qu'il n'y aura pas de licenciement en raison, encore une fois, des possibilités de mutation qui découlent de la rotation du personnel. Au besoin, une convention sera passée avec les partenaires sociaux qui complètera la convention collective de travail conclue en fin d'année passée. Enfin, je saisis l'opportunité qui m'est une nouvelle fois offerte de reconnaître la patience dont a fait preuve le personnel depuis plus de deux ans.

Le plan hospitalier d'octobre 2001 prévoyait un investissement total de 25 millions de francs, dont 20 étaient financés par l'enveloppe habituelle d'investissements; cinq millions de

francs supplémentaires étaient destinés au financement des aménagements nouveaux découlant du plan initial. La nouvelle organisation n'entraînant pas de modification structurelle d'importance, elle permettra de ne pas recourir aux 5 millions de francs supplémentaires prévus dans le projet d'octobre 2001. Les charges d'investissements se limiteront donc à l'enveloppe habituelle d'investissement attribuée à l'actuel CGH, légèrement adaptée en fonction des besoins spécifiques, c'est-à-dire un million de francs de plus en 2003, d'où une économie minimale de 4 millions de francs par rapport au projet initial. Cela a aussi été rappelé à cette tribune, les compensations prévues pour le district de Porrentruy, conformément à ce qui figurait dans le plan initial (en page 46), ne sont plus justifiées.

J'en arrive à la conclusion et à la réponse à quelques questions qui ont été soulevées à cette tribune.

Nous sommes satisfaits, Mesdames et Messieurs les Députés, qu'une solution ait pu être trouvée et que des réformes puissent être envisagées même si elles ne vont pas aussi loin que le Gouvernement aurait pu le souhaiter initialement. Ces mesures ont l'avantage de pouvoir être admises et surtout mises en œuvre rapidement, ce qui permettra d'atteindre en partie l'objectif fixé d'économies. Elles permettront également de favoriser une meilleure répartition de tâches entre les deux hôpitaux de Porrentruy et de Delémont, ce qui va dans le bon sens.

Par ce message complémentaire, le blocage sera évité et les mesures proposées devraient obtenir le soutien des acteurs de la santé, des milieux politiques et de la population jurassienne. Aussi, la solution proposée permettra de prendre des mesures importantes en évitant de diviser la population jurassienne, ce qui n'est pas concevable pour l'avenir de ce Canton qui a besoin d'unité en vue de la réalisation d'autres grands projets importants. Le Jura est trop petit pour se permettre des divisions. Le Gouvernement aurait-il fait preuve de sagesse? René Riat y a apporté une réponse tout à l'heure. Pour Monsieur le député Rémy Meury, cela n'a pas d'importance au vu des propos qu'il a tenus tout à l'heure à cette tribune! Par rapport à son intervention, j'aimerais rapidement répondre à un certain nombre de points. Et lorsqu'il dit qu'on ne s'est pas trop soucieux des personnes défavorisées ou des bas revenus, j'aimerais lui rappeler à cette tribune qu'il a peut-être oublié que, s'agissant de la réduction des primes d'assurance-maladie, l'ensemble de la manne financière mise à disposition par la Confédération et qui implique une participation cantonale et communale est entièrement utilisée et transmise aux personnes dans la difficulté. Ceci est un signe positif.

Deuxièmement, s'agissant des incidences sur les primes d'assurance-maladie, comme dans le rapport qui a été déposé en octobre 2001, le Gouvernement n'a pas voulu se lancer dans cette évaluation parce qu'il est extrêmement difficile, voire impossible, de dire quelles sont les répercussions directes sur les primes d'assurance-maladie des projets qui ont été déposés, tant celui d'octobre 2001 que celui dont nous débattons aujourd'hui. C'est extrêmement difficile pour une raison évidente: nous travaillons sur ce que nous maîtrisons, c'est-à-dire que nous intervenons avec notre pouvoir décisionnel sur le plan hospitalier mais, dans d'autres secteurs d'activité, nous n'avons pas ou très peu de marge de manœuvre, notamment s'agissant de la médecine privée, de la pharmacie et des établissements médico-sociaux. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas voulu entrer dans ce débat parce que je ne voulais pas donner de chiffres faux ou formuler des déclarations qui n'auraient pas tenu la route. Et je puis vous assurer à cette tribune que personne ne peut, dans tous les cantons où l'on a débattu du plan hospitalier, véritablement déterminer les incidences des décisions prises s'agissant du plan hospitalier.

Je suis donc satisfait de la solution trouvée mais j'aimerais aussi, au préalable, insister sur le fait que la solution retenue ne fige par les choses vis-à-vis du Jura méridional. Satisfait de la solution trouvée dans la mesure où elle est attendue non seulement de la population jurassienne mais de l'ensemble des collaborateurs du monde hospitalier, même si les avis pouvaient diverger. En effet, le personnel de nos établissements est dans l'attente d'une décision qui puisse lui permettre de conserver ou de trouver des références porteuses d'avenir. Aussi, le Gouvernement compte sur tous les acteurs de la santé pour qu'ils s'engagent, dans un climat serein, à mettre en œuvre les mesures proposées.

Le Gouvernement a tiré l'enseignement des prises de position et des discussions qui ont eu cours ces derniers mois et qui ne donnaient, encore une fois, aucune chance au plan hospitalier du 23 octobre 2001. Encore une fois, il considère que le statu quo n'est pas acceptable et que la solution qui s'est dégagée permet au Gouvernement de prendre des mesures rapidement.

De plus, elle permet d'envisager la poursuite de la réflexion interjurassienne. Le Gouvernement accueille favorablement la résolution 57 de l'Assemblée interjurassienne en matière de planification hospitalière. D'un premier contact que j'ai eu avec le conseiller d'Etat Samuel Bendt, je retiens que ce dernier m'a fait part de son entrée en matière favorable sur cette résolution. J'aimerais aussi rappeler à cette tribune que, s'agissant de la collaboration entre le Jura et le Jura-Sud, elle est en route. Tout d'abord, nous avons un médecin commun en matière de dépendances et, prochainement, nous allons procéder à l'ouverture de deux institutions d'importance, une pharmacie centrale pour les hôpitaux et les institutions de soins sur le site de Moutier (avec la création de quelques postes) et enfin, et c'est une véritable nécessité, la réalisation d'une structure d'accueil pour adolescents souffrant de troubles psychiatriques, à Moutier également avec, à la clé, la création de plus de vingt postes de travail.

En dépit des amendements apportés à la version initiale du projet de plan hospitalier, le Gouvernement réaffirme ses objectifs en matière hospitalière, à savoir offrir dans les hôpitaux jurassiens des prestations sûres et de qualité, à un coût supportable. Permettez-moi de vous rappeler que la compétence du Parlement en matière de planification hospitalière le lie aussi sur le plan de l'allocation des ressources financières à l'Hôpital du Jura afin que ce dernier puisse accomplir les missions que le Parlement lui confie et non pas, Monsieur le député Corbat, exercer une pression sur le personnel. A cela, s'ajoute, s'agissant des 20 millions que vous avez cités à cette tribune, qu'effectivement le CGH a une dette mais ce qui m'importe surtout, c'est le déficit des coûts de fonctionnement, qui avoisinaient 4 millions de francs pour l'exercice 2001. Le Gouvernement restera donc très attentif à l'évolution de la situation et veillera à la mise en place et au suivi des mesures prises.

Les partisans du plan initial ne trouveront peut-être pas leur compte dans le projet qui vous est présenté. J'espère qu'ils se consoleront du constat que le statu quo est abandonné pour une solution dynamique. Dès lors, le Gouvernement invite le Parlement à accepter les modifications apportées au projet du 23 octobre 2001, donnant ainsi les moyens nécessaires à l'exploitation de l'Hôpital du Jura et aux investissements qui lui seront utiles pour accomplir ses missions.

Avant de conclure, je tiens à remercier mes collaboratrices et mes collaborateurs pour la qualité de leur travail et toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration des différents dossiers. J'adresse un merci particulier aux membres de la commission parlementaire de la santé ainsi qu'à son président Jérôme Ouevray, qui ont fourni un travail très important et qui ont su durant quelques semaines, faire preuve de patience. Merci également à notre secrétaire Nicole Roth pour son travail inlassable. Je remercie bien sûr

l'ensemble des intervenants qui se sont exprimés à cette tribune.

J'aimerais encore répondre aux quelques questions soulevées par Monsieur le député Vifian.

Tout d'abord s'agissant de la situation telle qu'elle se présente entre le combat mené entre assureurs (c'est-à-dire Santé Suisse), CGH et Gouvernement jurassien, la procédure est en cours; le dossier est présentement déposé et discuté auprès de M. Prix; je vais d'ailleurs, pas plus tard que demain, discuter avec ce dernier pour lui apporter des compléments d'informations sur ce dossier.

S'agissant de la situation financière du CGH, il est vrai que sa situation est difficile et en particulier durant cet exercice 2002, tenant compte justement du recours qui a été déposé par SantéSuisse. Dans ce sens, l'Etat, par l'intermédiaire du ministre des Finances, a procédé à des avances financières afin justement de tenir au mieux compte de la situation du CGH.

Pour ce qui est de la facturation, je puis vous préciser qu'elle a été mise sur pied ou remise en route à partir du mois de mai dernier sur le principe du «tiers-payant», c'est-à-dire que nous et le CGH sommes arrivés à un arrangement avec les assureurs, qui vont donc procéder au remboursement des factures; cela a déjà commencé. Mais ce que j'aimerais aussi rappeler à cette tribune – et nous nous sommes battus pour que ceci ne soit pas appliqué mais malheureusement la loi donne raison aux assureurs car lorsqu'il n'y pas d'accord, c'est le «tiers-garant» qui s'applique. Et le «tiers-garant», c'est une grande problématique dans le sens suivant: le CGH aurait dû transmettre ses factures à l'ensemble des patients et des patientes. Rendez-vous compte des difficultés tout d'abord administratives au niveau du CGH et des difficultés pour tout un chacun qui recevrait une facture de plusieurs milliers de francs à la maison et qui devrait procéder éventuellement à une avance et ensuite transmettre sa facture à l'assureur, qui le rembourserait ensuite. Un élément pratique que nous n'avons pas voulu suivre. S'agissant de la question des médecins qui n'auraient pas été payés durant plusieurs mois, je n'ai aucune information et je me permettrai de vous renseigner. Je retiens aussi vos propos, Monsieur Vifian, vous avez raison et je partage cette appréciation: cela devient de plus en plus difficile, de plus en plus pénible de discuter et de négocier avec les assureurs.

Avant de conclure, une petite remarque à l'attention de Monsieur le député Meury qui, comme à l'accoutumée, fait preuve d'un grand courage et qui s'exprime de manière très claire, notamment par les propos qu'il a tenus à cette tribune mais, quelque part, je dirais fuyons et votons à bulletin secret! Heureusement, ce sera vous, Mesdames et Messieurs les Députés, qui trancherez.

Le président: Nous arrivons au terme de la discussion de l'entrée en matière. Le vote secret et le vote par appel nominal sont demandés. C'est donc l'article 63, alinéa 4, qui s'applique: «Lorsque le vote par appel nominal et le scrutin secret sont demandés pour un même objet, le Parlement choisit le mode de vote au scrutin secret.» On va donc distribuer les bulletins et vous allez voter, en répondant «secret» ou «nominal» pour choisir le mode de vote de l'entrée en matière.

(La séance est suspendue durant dix minutes.)

Au vote, au scrutin secret, le vote par appel nominal est choisi par 39 voix contre 15.

Le président: Vous avez donc décidé de voter à l'appel nominal. Notre vice-chancelier va donc faire l'appel. Vous pouvez répondre par «oui», «non» ou «abstention» et les scrutateurs vont dénombrer.

(Le vice-chancelier procède au vote par appel nominal.)

Votent oui à l'entrée en matière: Amgwerd Madeleine (PDC), Baume-Schneider Elisabeth (PS), Boillat François-Xavier (PDC), Cattin Françoise (PCSI), Chételat Jean-Louis (PDC), Collarin Françoise (PDC), Comte Pierre-André (PS), Conti Jean-Michel (PLR), Fridez Pierre-Alain (PS), Froidevaux Charles (PDC), Gigandet Vincent (PDC), Gigon Philippe (PDC), Gnaegi Catherine (PLR), Hêche Jacqueline (PDC), Jobin Michel (PCSI), Juillard Charles (PDC), Juillard Michel (PLR), Kamber Patrice (PS), Koller Roland (UDC), Lièvre Ami (PS), Meyer Gérard (PDC), Monnerat Germaine (PDC), Oeuvray Jérôme (PDC), Paupe Jean (PDC), Petignat Jean-Pierre (PS), Ramseyer Jean-René (PLR), Rossé Dider (PLR), Rota Pierre (PS), Schaffter Laurent (PCSI), Simon Michel (PDC), Theubet Gabriel (PDC), Vifian Serge (PLR), Willemin Bruno (PCSI), Winkler Fritz (PLR), Yersin Ursula (PS) et Zaugg Georges (PLR); Cattin Gabriel (PDC), Crevoisier Hubert (PLR), Fridez Jean-Marc (PDC), Gerber Claude (PLR), Jeanguenat Daniel (PDC), Lachat Nicole (PCSI), Lorenzo-Fleury Maria (PS), Lovis Pierre (PLR), Pierre Gilles (PS), Queloz Yves (PDC), Rérat Liliane (PLR), Riat René (PLR) et Veya Agnès (PS).

Votent non à l'entrée en matière: Corbat Jérôme (CS), Meury Rémy (POP) et Montavon Odile (CS).

S'abstiennent: Girardin Francis (PS), Schlüchter Claude (PS), Theurillat Vincent (PCSI), Vallat Joël (PS) et Jeandupeux Michel (PCSI).

Au vote, par appel nominal, l'entrée en matière est acceptée par 49 voix contre 3 (5 abstentions).

Tous les points du plan hospitalier sont adoptés.

Les deux articles de l'arrêté, ainsi que le titre et le préambule, sont adoptés sans discussion.

Au vote, l'arrêté est adopté par 44 députés.

18. Modification de la loi sur les hôpitaux (première lecture)

M. Jérôme Oeuvray (PDC), président de la commission de la santé: Je crois que le débat d'entrée en matière était extrêmement fourni. J'avais prévu tout un texte sur ce plan et je me permettrai de revenir dans le cadre de la discussion de détail sur les deux points qui peuvent être ouverts.

Sur le solde, je crois qu'il s'agit simplement de mentionner un point: la loi sur les hôpitaux n'apporte pas de modifications sur un point que je tiens à mentionner. Il s'agit des compétences dévolues, soit au conseil d'administration, soit au Gouvernement, soit au Parlement, pour la localisation des unités, des services ou des départements. Sur ce point-là aussi, nous tenons à être très clairs et très précis: il n'y a pas de transfert de compétences, à quelque niveau que ce soit. Ce qui est à ce jour de la responsabilité des uns ou des autres le restera dans la loi modifiée. L'article 8 de la loi sur les hôpitaux s'applique toujours en ce qui concerne la planification hospitalière.

Ce que le Parlement a fait, ce que vous venez de faire aujourd'hui – et je vous en remercie – lui seul pourra le changer, l'améliorer ou le défaire. Par exemple, le regroupement possible des centres de traitement et de réadaptation nécessitera une nouvelle décision parlementaire. Le seul point de transfert de compétences et de détail se trouve à l'article 24, alinéa 3. Il s'agit actuellement d'une compétence unique du conseil d'administration qui sera maintenant soumis à accord du Gouvernement.

Nous tenons à mentionner encore deux petits points.

La commission de la santé est aussi bien consciente que l'Hôpital du Jura nouvelle mouture doit encore plus évoluer; elle le souhaite d'ailleurs. A ce sujet, elle appuie très largement l'ouverture d'une discussion sur la répartition des rôles entre l'établissement autonome (le nouvel Hôpital du Jura donc) et les pouvoirs publics, notamment quant à l'évolution des compétences de son conseil d'administration. Cette discussion-là, nous devons encore l'avoir.

La commission de la santé – par rapport aux interventions aussi tant de Jérôme Corbat que de Serge Vifian tout à fait légitimes – s'est dotée des moyens permettant d'analyser au mieux le fait que les comptes et les bilans du CGH ne soient pas intégrés dans la comptabilité de l'Etat en donnant, il y a quelques semaines, un mandat d'audit en quatre points précis au Contrôle des finances. Les résultats sont attendus avant la fin de l'année; ce mandat porte en plus sur les relations entre le CGH et les médecins ayant une pratique privée dans l'un des sites, sur la gestion de la dette ainsi que sur la comptabilité analytique.

Je profite de ma présence à la tribune pour vous signaler que le groupe démocrate-chrétien acceptera lui aussi l'entrée en matière de la loi et soutiendra très largement les propositions de la majorité de la commission et du Gouvernement.

L'entrée en matière n'est pas combattue.

Article 22, alinéa 4

M. Jérôme Oeuvray (PDC), rapporteur de la majorité de la commission. Tout d'abord, je tiens à rappeler que nous aurons l'occasion de nous exprimer sur ce sujet encore une fois lors de la deuxième lecture. Affûtons donc nos armes ou nos arguments! En effet, cette localisation a fait l'objet d'un transfert entre le plan hospitalier et la loi. Les deux raisons en sont les suivantes:

- Premièrement, nous ne désirions pas avoir une même norme dans deux textes différents, jouissant d'ailleurs d'adoption parlementaire légèrement différente.

- Deuxièmement, comme c'est au Parlement de se prononcer et qu'il n'y a plus que celui-là qui fasse l'objet d'une proposition de majorité et de minorité, nous avons estimé que le temps entre les deux lectures pouvait être propice à des compléments de réflexion. La commission a d'ailleurs déjà prévu et décidé d'inviter les représentants du CGH entre les deux lectures.

La commission de la santé a traité de l'initiative parlementaire no 7 de notre collègue Germain Hennet. Son objectif était des plus précis et mentionnait que le CGH devait être localisé dans un des hôpitaux. Notre Parlement a accepté d'y donner suite à une très large majorité. La commission de la santé l'a, elle aussi, acceptée sans lui apporter de modification ni de contre-projet. Nous pouvons aujourd'hui la concrétiser. La majorité de la commission vous le propose.

Bien entendu, il ne faut plus parler du CGH mais de l'Hôpital du Jura, ni d'hôpitaux mais de sites, ni de localisation mais de siège administratif, en tous cas dans le sens où nous le pensons, c'est-à-dire la présence des bureaux administratifs dans l'un des sites.

Actuellement, le CGH se partage en quatre endroits pour quelque dix-sept collaborateurs. Une partie se trouve à l'hôpital de Porrentruy, une autre dans celui de Delémont, un autre tiers environ à la rue de Chêtré à Delémont et une personne mobile a son bureau à Saignelégier. Pour cette personne, rien ne changera; elle rayonnera toujours à partir des Franches-Montagnes. Pour une partie des autres, un déménagement est de toute façon nécessaire. Les incidences financières de ces déménagements n'ont pas fait l'objet d'une analyse complète. Il a été dit en commission qu'elles étaient de l'ordre de 100'000 francs et comparables que l'on choisisse un site ou l'autre. La première question qui se pose est

donc de savoir si l'on désire ce regroupement, en confirmant ainsi notre soutien à l'initiative parlementaire de Germain Henet. La majorité de la commission et le Gouvernement vous demandent de répondre par l'affirmative.

Si nous répondons par l'affirmative, il s'agira ensuite de choisir le site. Techniquement, trois possibilités s'offrent à nous: Saignelégier, Delémont ou Porrentruy. La commission n'a pas reçu de proposition pour Saignelégier; nous nous trouvons donc en face de Porrentruy et Delémont. Si la majorité de la commission vous propose Porrentruy, c'est en grande partie pour les raisons que j'ai évoquées lors du débat d'entrée en matière du plan hospitalier, soit par souci d'unité de matière.

J'évoquerai maintenant un argument supplémentaire. On ne peut pas dire que le statu quo est la pire des solutions en matière de planification hospitalière jurassienne – ce que nous approuvons – et vouloir le maintenir pour une partie administrative de cette nouvelle structure hospitalière. L'effort demandé à la population d'Ajoie et du Clos-du-Doubs reste considérable, tant en terme d'emplois que d'égalité hospitalière. Je mentionnerai aussi que le montant des compensations prévues pour la perte de 80 à 100 postes devait largement dépasser les 100'000 francs prévus pour le déménagement, et ceci annuellement. Ces compensations-là, elles ne seront plus dépensées, même si la perte est toujours de 40 à 45 postes dans le district de Porrentruy. Si l'on prend la moitié de ce montant, puisque la perte des postes est d'environ la moitié, le déménagement peut être payé en deux ans si ce déplacement est effectué à Porrentruy. Quelles sont les compensations prévues qui pourraient financer le déménagement à Delémont? Bien entendu, rien n'est prévu à ce niveau-là puisque Delémont – et c'est notre volonté aussi – devient l'Hôpital de référence pour les cas lourds. A ce stade, le refus d'une localisation à Porrentruy pourrait apparaître comme une mesure de rétorsion envers les Ajoulots. Je ne crois pas que ce soit le désir du Parlement.

Nous vous suggérons donc d'accepter la position de la majorité de la commission et du Gouvernement. Je vous signale que le groupe démocrate-chrétien en fera de même dans sa grande majorité.

Mme Ursula Yersin (PS), au nom de la minorité de la commission: Je propose la formulation suivante: «Le siège est localisé dans le site de Delémont».

Sous siège, comme Monsieur Oeuvray l'a dit, on entend ici la direction. La localisation à Porrentruy faisait partie des mesures compensatoires du premier plan. Vu les modifications, ces mesures ont perdu leur justification. Le Gouvernement le dit d'ailleurs dans le message complémentaire du 28 mai, en page 11: «Les compensations prévues pour le district de Porrentruy ne sont plus justifiées.» L'hypothèse qu'il y aura plus d'emplois supprimés dans le site de Porrentruy que dans celui de Delémont reste à voir. D'ailleurs, il n'y aura pas de licenciements, le ministre vient de le dire.

La direction vient d'être installée à l'hôpital de Delémont et le service de facturation à Porrentruy. Il y aura de la place à Delémont pour intégrer le reste du service, celui qui se trouve encore à la rue de Chêtré. En outre, Delémont sera l'hôpital de référence; la direction y a sa place. De toute façon, le plan étant considéré comme évolutif, il n'y a pas urgence. Alors, Mesdames et Messieurs, soyons raisonnables, laissons les choses comme elles sont et ne rajoutons pas des frais inutiles pour des déménagements inutiles! La minorité de la commission vous invite à accepter cette proposition.

M. Michel Jeandupeux (PCSI): Jusqu'à ce jour, le Centre de gestion hospitalière des hôpitaux du Jura a fonctionné à satisfaction à partir de bureaux principalement situés à Delémont. Dans le cadre du nouveau plan hospitalier dénommé «Hôpital du Jura», on ne comprend pas très bien la raison

pour laquelle il faudrait déménager tout l'appareil administratif à Porrentruy étant donné la situation proposée aujourd'hui, si ce n'est une petite compensation. Cela occasionnera certainement des frais supplémentaires importants et des déplacements de personnes tout à fait inutiles. Aussi, la majorité du groupe PCSI propose que toute l'administration de l'Hôpital du Jura reste à Delémont.

M. Pierre-Alain Fridez (PS): C'est un problème qui peut apparaître comme secondaire, en fait une question de détail; je ne le pense pas. Certains s'émeuvent du déplacement de quelques fonctionnaires de la direction générale du CGH (je vais l'appeler CGH comme on en a l'habitude même si cela va changer par la suite) de Delémont à Porrentruy. Leurs arguments sont d'ordre économique et je dirais écologique.

D'ordre économique tout d'abord. Pour déménager le CGH, on aura des coûts quelle que soit la solution choisie car, Monsieur Jeandupeux, tout le monde n'est pas actuellement déjà sur le site de l'hôpital de Delémont; une partie des fonctionnaires est actuellement localisée dans des bureaux à la rue de Chêtré. Des aménagements seront donc nécessaires quelle que soit la solution choisie et les coûts, d'après les estimations fournies par le ministre, sont minimes, de l'ordre de 100'000 francs.

Le deuxième élément est d'ordre, on va dire, écologique. La plupart des fonctionnaires concernés habitant Delémont et sa couronne, cela engendrera des déplacements quotidiens, réguliers, à Porrentruy, en voiture sans doute. Si le ministre Kohler avait été là, il nous aurait parlé des avantages de l'abonnement «Vagabond»! Il est vrai que des efforts devront être consentis par les fonctionnaires concernés, j'en suis conscient, mais j'aurais apprécié que les mêmes qui interviennent aujourd'hui se soient souciés, fin 2001, du sort du grand nombre d'employés qui auraient été concernés, à l'époque, par les réformes prévues alors et auraient dû travailler sur l'autre site. Je vais vous en citer: il y aurait eu des physiothérapeutes de l'hôpital de Porrentruy, le personnel de la direction générale du CGH qui là, d'office, se répartit sur Porrentruy, le personnel des soins intensifs du secteur mère-enfant et du bloc opératoire qui aurait dû se déplacer de Porrentruy à Delémont car certains transferts de postes auraient été rendus nécessaires, ensuite les nombreux médecins de Porrentruy, des chirurgiens, des intensivistes, des anesthésistes, qui n'auraient plus eu à l'époque, à ce moment-là, d'activités sur le site de Porrentruy où les soins aigus auraient disparu. Mais le plan d'alors répondant à leurs attentes, les sacrifices imposés à ces nombreux employés paraissent tout à fait naturels.

Revenons sur le fond. Le plan hospitalier 2001 prévoyait 40 à 50 suppressions d'emplois à l'hôpital de Delémont, 80 à 100 sur le site de Porrentruy, soit un différentiel de 40 à 50 postes en défaveur de l'Ajoie. Pour faire avaler la pilule à l'époque à l'Ajoie, le Gouvernement avait prévu des mesures de compensation de deux ordres: tout d'abord l'installation du siège du CGH à Porrentruy et ensuite des compensations financières. Donc, on parlait (page 46 du message du Gouvernement du 23 octobre 2001) de «montants substantiels visant à soutenir la réalisation de projets permettant la création d'emplois en Ajoie». Nouveau message, nouvelle répartition des tâches entre les hôpitaux. Pour certains, aucune compensation n'est plus nécessaire. J'aimerais simplement vous rappeler que les choses ne sont pas aussi simples. Dans le plan que nous venons d'accepter, il y a des concessions importantes faites par l'Ajoie: les soins intensifs vont disparaître, les cas lourds du Canton seront soignés sur le site de Delémont, nous aurons une perte à l'hôpital de Porrentruy de 40 à 45 emplois. L'hôpital de Delémont va être renforcé, il devient l'hôpital de référence. Nous n'aurons plus un différentiel de 40 à 50 emplois en défaveur de l'Ajoie mais toujours un différentiel de 30 à 35 emplois.

La «Coordination Hôpital Porrentruy» a proposé de renoncer aux compensations financières, c'est vrai. Nous avons accepté la suppression d'une des deux compensations. Mais le siège du CGH, du futur Hôpital du Jura, n'a pas été remis en cause par le Gouvernement non plus. C'est un signe fort comme dans le premier plan. Si l'hôpital de Delémont devient l'hôpital principal du Canton, en installant le siège administratif de l'Hôpital du Jura à Porrentruy, on reconnaît un avenir au site de Porrentruy comme hôpital secondaire, comme hôpital de proximité. L'installation du siège du CGH sur le site de Porrentruy représente donc un symbole fort de cette reconnaissance et une légitime compensation pour l'Ajoie. Je vous demande donc de soutenir la position de la majorité.

M. Patrice Kamber (PS): Je n'ai pas préparé de papier mais je constate simplement qu'à ce stade de l'évolution du dossier, il faut observer que, dans la région de Delémont et dans le reste du Canton (mis à part l'Ajoie), il y a eu une sérieuse évolution du dossier hospitalier.

La proposition que fait actuellement ma camarade Ursula Yersin, à mon avis, tient du bon sens. On a demandé aux gens de faire un effort et de faire évoluer ce dossier. Nous avons évité, lors de la dernière décision que nous avons prise il y a dix minutes, de nous déchirer entre Jurassiens. Je suis d'avis personnellement que le fait de transférer la direction de l'Hôpital du Jura à Porrentruy serait, à mon sens, la cerise sur le gâteau. Je vous demande donc de ne pas envenimer la situation, de prendre acte qu'un compromis a été trouvé et je vous demande également d'avoir une vue politique suffisamment détachée et de replacer les choses en l'état et de donner suite à la proposition d'Ursula Yersin et de ne pas suivre la proposition de mon camarade Fridez. Je vous demande donc de laisser la direction de l'hôpital à Delémont.

M. Michel Juillard (PLR): J'ai l'impression, à entendre Monsieur Kamber et Madame Yersin, que la guerre des clochers qu'on voulait éviter est en train de se mettre en route!

La «Coordination Hôpital», avec une détermination très forte, a fait des propositions qui ont été discutées et acceptées par le Gouvernement. C'est une solution de compromis: l'Ajoie, représentée par cette «Coordination», a accepté de ne plus avoir de compensations financières puisque le siège de l'hôpital cantonal était attribué à Porrentruy. Alors, soyons clair: ou bien l'Ajoie renonce aux compensations financières et reçoit le siège de l'hôpital cantonal ou alors elle revendiquera de nouvelles prestations financières.

Il n'y a pas d'autre solution. On ne peut pas faire fi de quelques milliers de personnes qui revendiquent quelque chose. Dans le but d'atténuer les discussions et de faire passer quand même, comme l'a dit mon collègue Fridez, la pilule aux Ajoulots, il ne faut quand même pas vouloir remettre en question toutes les discussions antérieures. Finalement, je ne sais pas ce qu'il y a derrière la proposition de vouloir garder le siège à Delémont. En fait, le lieu ne change rien puisque c'est un hôpital cantonal. Mais ne remettez pas en question, s'il vous plaît, toutes les transactions et toutes les discussions qui ont eu lieu précédemment. Je vous propose donc d'accepter la proposition telle qu'elle a été formulée et le consensus obtenu entre le Gouvernement et la «Coordination Hôpital de Porrentruy».

Mme Elisabeth Baume-Schneider (PS): C'est vrai que c'est un petit peu désolant de s'achopper maintenant sur ce qui peut paraître être un détail. Mais, en même temps, on est dans un autre contexte, on est dans le second plan hospitalier. Les compensations n'ont plus le même lieu d'être. Et puis, je crois qu'on est pour une politique du consensus et du compromis et non pour une politique de la revendication. Alors, quand je vous entends dire «si vous n'êtes pas tout à fait d'accord, l'Ajoie revendiquera à nouveau», je ne sais pas

qui l'ouvre cette «guerre des tranchées». Je crois qu'il n'y a pas lieu d'avoir une telle guerre et il faut que les contribuables, et aussi les Jurassiennes et les Jurassiens, aient droit à un service sanitaire de qualité.

Et puis maintenant il y a un signe qui est donné de dire qu'on peut laisser cela à Delémont mais je veux dire qu'il faut arrêter de nous dire qu'on est dans une politique de confrontation et de revendications. C'est un peu comme si on nous donnait la leçon et dire, maintenant, qu'il faut être – je ne sais comment dire, cela m'énerve, je dois le dire – modeste et profil bas jusqu'au bout.

On adhère au second plan. Je pense qu'il y a de quoi y adhérer mais on ne doit pas partir dans l'idée que, quoi qu'on dise, on est contre l'Ajoie ou contre le plan tel qu'il est proposé et tel qu'il a été accepté jusqu'à présent.

Mme Ursula Yersin (PS): A mon avis, il ne s'agit pas du tout ici d'une guerre des clochers mais il s'agit simplement d'être raisonnable. Comme je vous l'ai dit, le siège de la direction vient d'être installé à Delémont. Vous savez ce que cela coûte d'installer un bureau de direction dans un endroit; ce sont des milliers de francs pour des câbles, des appareils, des ordinateurs, etc. Cela n'a pas de sens, vraiment pas, de déplacer ce bureau, qui vient d'être installé, à un autre endroit.

Dans le même temps, on a également installé la facturation à Porrentruy. Je n'ai pas fait la demande de récupérer la facturation à Delémont. J'ai simplement demandé qu'on laisse le siège administratif, qu'on laisse la direction là où on vient de l'installer. Il s'agit simplement de bon sens et de compter les sous et puis ces sous qu'on compte, ce sont les sous de tous les Jurassiens, ce sont nos impôts. Soyez raisonnables, s'il vous plaît, et adhérez à la proposition de la minorité. Merci.

M. Jérôme Oeuvray (PDC), président de la commission: Au nom de la majorité de la commission, deux points. J'entends «transférer à Porrentruy», «laisser à Delémont», «garder à Delémont». Que cela vienne de personnes qui proviennent de l'Ajoie ou de Delémont ou des Franches-Montagnes, c'est tout simplement faux.

Actuellement, il faut bien savoir que le CGH, ce sont dix-sept collaborateurs. Actuellement, ces collaborateurs sont dans quatre endroits différents et la première question est de savoir si on veut répondre à la question du regroupement sur un site de ces seize personnes – puisque l'un de ces collaborateurs est mobile et est à Saignelégier – ou non.

Alors, si vous êtes d'accord et favorables à un regroupement parce que vous estimez que c'est effectivement la réponse que nous avons donnée très largement à l'initiative parlementaire Hennet et respectivement les meilleures économies à moyen terme puisque ces locaux-là, nous les avons et nous ne les louons pas, vous pouvez accepter la proposition de la majorité de la commission. Je crois qu'Ursula Yersin a été extrêmement claire quand elle a parlé de la facturation qui vient effectivement d'être installée à Porrentruy.

Donc, si vous voulez effectivement un regroupement, sur le principe, c'est la proposition de la majorité de la commission qui vous le permet. Je crois que la personne qui a défendu la proposition de la minorité a été très claire: elle ne désire pas de regroupement.

M. Claude Hêche, ministre de la Santé: Je crois qu'effectivement les éléments les plus importants ont été discutés et débattus tout à l'heure. Je pense que ce qui importe maintenant, c'est que vous fassiez un choix entre deux propositions: Porrentruy et Delémont.

Je veux simplement rappeler que, dans le cadre des différentes discussions et en restant sur le principe qui était iden-

tique pour le plan initial d'octobre 2001, le Gouvernement avait considéré, au vu de la différence de suppressions de postes entre l'Ajoie (district de Porrentruy) et le district de Delémont, que deux compensations devaient intervenir. Une est tombée, comme on l'a indiqué tout à l'heure, et la deuxième est maintenue.

C'est dans cet esprit que le Gouvernement vous invite à soutenir la proposition de la majorité et je dois vous dire, sans trop m'engager (le président l'a indiqué tout à l'heure), que la discussion prochaine avec le CGH, avant la deuxième lecture, pourrait clarifier la situation, voire peut-être apporter une réponse à satisfaction peut-être générale.

Au vote, la proposition du Gouvernement et de la majorité de la commission est acceptée par 29 voix contre 19.

Article 23, alinéa 1, lettre d

M. Charles Juillard (PDC): J'aimerais faire une proposition qu'a un tout petit peu ébauchée le président de la commission tout à l'heure, proposition à étudier en vue de la deuxième lecture.

Il s'agit donc de la lettre d) de l'actuel article 23 qui dit: «Le président est choisi parmi les spécialistes en gestion.» Donc, c'est le conseil d'administration de cet hôpital. A notre sens, la compensation de ce conseil d'administration, nous en avons une autre vision et nous souhaiterions qu'il soit présidé par le ministre de la Santé. Etant donné l'importance de cet établissement autonome, tant sur le plan financier que politique, nous demandons que cette proposition soit étudiée en vue de la deuxième lecture parce que cela aurait une signification encore plus importante par rapport aux décisions politiques que nous devons prendre en matière de santé.

Article 24, alinéa 2

M. Jérôme Ouevray (PDC), président de la commission: La proposition de notre collègue Ursula Yersin a retenu toute notre attention. En commission, nous nous sommes exprimés favorablement sur les principes proposés par notre collègue, en tout cas tels qu'elle les a exprimés en commission.

Si nous appuyons le fond, nous divergeons un peu sur la forme. Nous ne sommes en effet pas convaincus par le libellé du texte. Nous n'aimerions pas que cela puisse être interprété comme une libéralisation extrême des conditions de travail. En effet, nous estimons que, pour la majorité des collaborateurs, notamment ceux des services techniques ou d'intendance, le lieu de travail principal, voire unique, doit être dans un seul site et indiqué comme tel. Nous désirons la transversalité – et vous la désirez aussi, vous venez de la défendre – la mobilité; nous ne voulons pas qu'elles puissent être utilisées hors respect des conditions-cadre de travail. Nous sommes d'ailleurs convaincus que cela va dans le même sens que notre collègue Ursula Yersin. C'est pourquoi nous proposons d'analyser une nouvelle formulation entre les deux lectures et de ne pas trancher aujourd'hui.

Le président: Merci Monsieur le Député. Pour la minorité de la commission? Personne ne s'exprime pour la minorité? Ah, la proposition de la minorité est retirée pour la deuxième lecture. Excusez-moi.

Les autres articles, ainsi que le titre et le préambule, sont adoptés sans discussion.

Au vote, en première lecture, la modification de la loi est adoptée par 42 voix contre 1.

13. Abrogation du décret concernant l'organisation des autorités judiciaires dans les districts de Delémont et Porrentruy (deuxième lecture)

Le Parlement de la République et Canton du Jura,

arrête:

Article unique

Le décret du 6 décembre 1978 concernant l'organisation des autorités judiciaires dans les districts de Delémont et Porrentruy est abrogé avec effet au 1^{er} janvier 2001.

Le président: Vincent Theurillat Le vice-chancelier d'Etat: Jean-Claude Montavon

L'entrée en matière n'est pas combattue.

L'article unique, ainsi que le titre et le préambule, sont adoptés sans discussion.

Au vote, en deuxième lecture, l'abrogation du décret est adoptée par la majorité du Parlement.

14. Arrêté approuvant les comptes de la République et Canton du Jura pour l'exercice 2001

Le Parlement de la République et Canton du Jura,

vu l'article 84, lettre f, de la Constitution cantonale (RSJU 101),

vu l'article 63, lettre d, de la loi du 18 octobre 2000 sur les finances cantonales (RSJU 611),

arrête:

Article premier

Les comptes de la République et Canton du Jura pour l'exercice 2001 sont approuvés.

Article 2

Le présent arrêté entre en vigueur immédiatement.

Le président: Vincent Theurillat Le vice-chancelier d'Etat: Jean-Claude Montavon

M. Jean-René Ramseyer (PLR), président de la commission de gestion et des finances: Il est vrai qu'en comparant le résultats 1999 et 2000 ou le budget correspondant, les comptes 2001 ne sont pas satisfaisants. C'est le moins que l'on puisse dire puisque le déficit de l'an 2001 s'élève à 14,244 millions alors qu'en 1999 il bouclait avec un excédent de recettes de 822'000 francs et de 4 millions en 2000.

La détérioration du financement de 6,2 mios par rapport au budget s'explique en grande partie par la diminution imprévisible des parts aux recettes fédérales et des recettes fiscales cantonales inférieures aux prévisions budgétaires. En effet, en plus des 7,7 mios perdus sur l'impôt anticipé, notre Canton a encore vu sa part à l'impôt fédéral direct réduite de 2,55 mios. En ajoutant des rentrées fiscales des personnes physiques inférieures de 4,9 mios, cela dû essentiellement à un tassement de la conjoncture et aux premiers effets de la révision de la loi d'impôt, il était indéniable que le résultat 2001 ne pouvait qu'être, malheureusement, bien plus mauvais que les prévisions budgétaires estimées à 2,682 mios.

Les investissements nets s'élèvent à 33,4 mios alors que le budget était de 39,3 mios. Cette sous-utilisation budgétaire est due principalement à une avance moins rapide des tra-

vaux dans les bâtiments ainsi qu'à des retards dans l'avancement des chantiers de l'A16.

L'insuffisance de financement atteint quant à elle 16 mios de francs, soit plus de 6 mios que prévu, ce qui engendre en finalité un degré d'autofinancement de 52,2%, bien loin de 75,2% estimés dans le budget.

Si les charges de fonctionnement respectent parfaitement le budget – merci en passant aux services concernés – elles augmentent toutefois de 15 mios par rapport à 2000 pour atteindre 604,073 mios de francs en 2001. Ces augmentations sont dues essentiellement aux frais du CGH et aux charges du personnel. Je tiens particulièrement à souligner que le total du personnel administratif a encore augmenté de 16 postes pour s'établir à 795,5 unités à fin 2001 alors que l'effectif du personnel enseignant est de 884 pour l'année scolaire 2001-2002, soit 14 personnes de plus que l'année antérieure. Ne croyez-vous pas, Mesdames et Messieurs qu'il serait temps de mettre un frein à ce phénomène!

Les revenus, quant à eux, s'élèvent à 589,8 mios, soit 3 mios de moins par rapport aux comptes 2000. Cette situation est alarmante car c'est la première fois de son existence que le canton du Jura accuse une baisse dans ce domaine.

La dette nette, qui était restée stable depuis près de trois ans, a augmenté en 2001. Elle se situe aujourd'hui à 350,6 mios de francs, ce qui représente 5'096 francs par habitant. Cela est trop, beaucoup trop, d'autant plus que les charges d'intérêts qui en découlent absorbent plus de 10% des recettes fiscales. A titre de comparaison, la moyenne des cantons suisses est de 8,2%. Nous sommes mal lotis, Mesdames et Messieurs, d'autant plus que le risque lié à la variation des taux d'intérêts pour le renouvellement d'emprunts futurs demeure important. Il mérite une attention très particulière et une gestion pointue que ne manquera pas d'observer, j'en suis sûr, la Trésorerie générale.

Il s'agit là, brièvement résumé, de l'essentiel des observations à tirer de ce mauvais résultat 2001.

Comme à l'accoutumée, la CGF a examiné en détail l'ensemble des comptes présentés et ceci avec la collaboration de chaque responsable de département et de leurs collaborateurs. Nous avons posé toutes les questions utiles à cet examen et obtenu des réponses claires et précises.

Conformément à l'article 74 de la nouvelle loi sur les finances cantonales, le Contrôle des finances a procédé pour la première fois à la vérification annuelle du compte d'Etat. Cette nouvelle procédure a nécessité la mise en place de dispositions particulières au sein des unités administratives afin de permettre les contrôles utiles, sans entraver le processus général de bouclage des comptes.

La CGF a consacré une séance entière à l'examen du volumineux rapport d'audit concernant le bilan au 31.12.2001 du compte d'Etat. Rassurez-vous, chers collègues, comme le titrait fort justement un article journalistique «on n'a pas trouvé de cadavre dans les placards.» Il est à relever qu'il a été procédé à un audit aussi complet que possible de l'ensemble des éléments du bilan, de même qu'à l'examen de 72 rubriques comptables choisies, en raison de leur spécificité.

En examinant page par page ce volumineux document, parfaitement présenté par le CFI, vos commissaires ont pris note des différentes recommandations concernant la régularisation d'écritures comptables et autres propositions. Il a été notamment constaté qu'il était urgent de procéder et de tenir à jour les inventaires des immeubles, terrains, cours d'eau et routes au Service des constructions et domaines. Aux accréditifs du patrimoine financier, la clarification de cours pour chômeurs à l'Ecole professionnelle commerciale, à Porrentruy, doit être exigée par le service dans les délais les plus courts. La gestion des subventions des collectivités publiques relance l'idée de créer un compte-courant entre l'Etat et les communes. L'attente de la décision du Tribunal fédéral au sujet de la procédure judiciaire engagée à l'encontre des

droits de patentes provoquera des difficultés d'encaissement qu'il y aura lieu de gérer. Enfin, la CGF s'est surtout étonnée du non-respect, au Service de l'enseignement, de la procédure d'engagement de la dépense pour des ordinateurs portables; elle exige que des mesures soient prises pour régulariser rapidement ce dossier et éviter d'autres situations similaires à l'avenir. Le Gouvernement a fixé un délai jusqu'à fin août 2002 aux diverses unités pour donner suite aux recommandations de l'audit. Ainsi, une nouvelle situation sera faite cet automne. La CGF ne manquera pas de contrôler les résultats de ces démarches.

Grâce à cet exercice d'assainissement, qui sera désormais répété chaque année, le canton du Jura disposera avec son bilan d'un véritable instrument de gestion qui respectera les futures normes comptables internationales IAS, normes qui, selon le chef du Contrôle des finances, ne tarderont pas à être imposées sur le plan européen et helvétique.

Sur ces considérations, la CGF vous recommande, à l'unanimité, d'approuver l'entrée en matière et l'arrêté concernant les comptes pour l'année 2001. En son nom, je tiens à exprimer sa gratitude aux membres du Gouvernement, aux chefs de service et plus spécialement à Monsieur le ministre Gérald Schaller et aux collaborateurs de la Trésorerie générale, sans oublier l'ensemble du personnel du Contrôle des finances, pour le travail effectué et pour s'être mis à disposition pour traiter ces dossiers.

M. Fritz Winkler (PLR): En tant que rapporteur du groupe libéral-radical, je serai assez bref dans ma présentation des comptes 2001, ceci pour éviter des redites par rapport au président de la CGF, M. Jean-René Ramseyer, qui est aussi membre de notre groupe.

Les députés libéraux-radicaux ont analysé en détail les comptes et posé beaucoup de questions. Les réponses données par leurs commissaires les ont satisfaits. Cependant, notre groupe ne peut pas être satisfait des comptes 2001 puisqu'au budget il était prévu un déficit de l'ordre de 2'682'000 francs alors que les comptes nous font la mauvaise surprise de dépasser ce chiffre de plus de 11'556'000 francs, soit un déficit total de 14'244'000 francs. Il y a plusieurs raisons à cela mais Monsieur Ramseyer les a déjà évoquées à cette tribune, je n'y reviendrai pas.

Chers collègues, j'ai pris quelques minutes pour étudier la statistique financière des comptes 2001. Il est intéressant de s'attarder sur la page 24 dudit document, en particulier sur l'évolution de la dette brute. Celle-ci était en 1995 de 389'600'000 francs; en 2001, elle se monte à 502'600'000 francs, ce qui équivaut à une augmentation de 113 millions, autrement dit de 29%. Autre chiffre important, la dette brute par habitant; en 1995, elle était de 5'648 francs et l'année passée elle se montait à 7'306 francs, soit une augmentation de 1'658 francs.

Au vu de ces résultats, le groupe PLR a quelques soucis quant à l'avenir financier de notre République. Si la dette continue à augmenter de façon aussi marquante que ces dernières années, nous serons peu fiers de transmettre aux futures générations un Etat si endetté.

Autre point de mécontentement, la statistique de la page 10, qui indique qu'il y a 63,6 postes de travail supplémentaires par rapport à 1995. Ces dernières remarques m'amènent à la conclusion que malgré toutes les recommandations de notre groupe au Parlement, et bien qu'une réforme soit en cours, le Gouvernement ne semble apparemment pas maîtriser l'inflation du nombre de fonctionnaires!

Le mercredi 19 juin 2002, le Parlement a accepté en première lecture la loi «Jura Pays ouvert», qui prévoit une baisse linéaire des impôts. Cette réduction doit rendre notre région plus attractive ainsi qu'encourager la création de PME, sources d'emplois. Mais comment l'Etat va-t-il financer son activité, de plus en plus onéreuse au vu des chiffres, avec

des rentrées moins importantes? La question mérite réflexion; la réponse diverge selon les partis politiques; pour les radicaux, il faut mettre un frein à l'endettement.

Finalement, malgré ces réserves, le groupe PLR votera l'entrée en matière et approuvera les comptes en votation finale.

Mme Elisabeth Baume-Schneider (PS): 2,1 millions de déficit, ce qui représente 0,35% des recettes! C'est un bon résultat. Voilà en fait ce qu'aurait dû être le résultat du compte de fonctionnement 2001, un bon résultat en soi et conforme aux prévisions. Seulement voilà, les très mauvaises surprises concernant les parts aux recettes fédérales multiplient par sept le déficit et le font grimper à 2,4% des recettes.

Aux yeux du groupe socialiste, il est difficile d'admettre sans autre que les prévisions fédérales soient si peu fiables et surtout qu'elles aient une telle influence sur les comptes d'un canton. Cette situation est digne d'enseignement et la question peut décevantement se poser: les comptes de la République et Canton du Jura ne sont-ils pas en fait qu'un sous-compte de la comptabilité fédérale? La question étant posée, on peut se demander comment réagir. En fait, des comptes 2001, le groupe socialiste n'évoquera que cet aspect, le reste ayant déjà été présenté par le président de la CGF, notre collègue Jean-René Ramseyer, et le sera encore par Monsieur le ministre Schaller.

La relation Confédération-cantons est en effet particulièrement d'actualité puisque, premièrement, les comptes jurassiens 2001 le montrent, nous dépendons trop fortement de ce qui se passe au niveau fédéral sans avoir de véritable marge de manœuvre.

Deuxièmement, la nouvelle péréquation Confédération-cantons arrive au Parlement fédéral. Et, là, le groupe socialiste pense que l'on doit tirer des conséquences de ce qui arrive. Nous avons beaucoup de craintes que la nouvelle péréquation qu'on nous prépare soit un projet qui, loin d'améliorer la situation, continue de contribuer à creuser l'écart entre les cantons. Notre souci est renforcé, malheureusement, par le document que nous venons de recevoir ces jours de la part de la Confédération (brochure blanche) et on peut par exemple citer une partie du titre de ce document en question: «Pour un Etat plus efficace à moindres coûts». La priorité est donc bel et bien fixée: elle signifie économies! Or, nous pouvons nous souvenir que l'essentiel de cette réforme de la péréquation, c'était d'améliorer son effet sur les inégalités entre cantons puisqu'on a clairement démontré que l'ancien système péréquatif, loin de réduire le fossé, l'a creusé encore. Alors, il y a un message à faire passer: il s'agit d'être ferme sur cette nouvelle péréquation et de revendiquer offensivement et fermement. Nous devons nous battre pour que cette nouvelle péréquation soit un plus réel et conséquent, pour le canton du Jura entre autres.

En fait, ne croyez pas que nous nous écartons du sujet qui nous occupe, à savoir les comptes 2001. Nous pensons qu'il est important de réfléchir sans tarder à cette problématique et, en tant que Jurassiens, de nous positionner ouvertement et clairement. Si un budget est un acte politique fort, les comptes, par contre, sont une photographie qui doit servir à prendre de nouvelles mesures, à réagir. Ici, on voit que la part fédérale est par trop variable, capricieuse, à un point tel qu'elle met en péril, par ses variations trop fortes, les finances de certains cantons.

En début de législature, Monsieur le ministre Roth avait suggéré cette image qu'il était temps, pour le Jura, de sortir la tête du guidon. Et bien, franchement, nous avons le sentiment qu'à chaque fois qu'on souhaite le faire, le système de la péréquation fait en sorte que l'on doive s'y remettre et pédaler encore plus fort, et toujours en queue de peloton!

Je souhaite que le Gouvernement tire les conséquences des comptes 2001 pour revendiquer haut et fort une meilleu-

re péréquation qui nous serve et qu'il s'allie à d'autres cantons pour faire pression au niveau fédéral. Il est par exemple étonnant que la Confédération n'ait pas prévu d'instrument de lissage qui permette, lorsque les mauvaises surprises se présentent, de réduire par exemple par paliers des recettes en recul.

Nous allons bien sûr accepter l'entrée en matière de même que l'arrêté.

M. François-Xavier Boillat (PDC): Les comptes 2001 de l'Etat jurassien ont été analysés par le groupe PDC qui acceptera l'entrée en matière ainsi que l'arrêté y relatif. Certes, ce n'est pas l'euphorie qui a dominé nos débats, un excédent de charges de 14,3 millions de francs demeurant un résultat insatisfaisant. Toutefois, nous voyons dans ces chiffres rouges au moins deux points de satisfaction. Le premier, relatif à la maîtrise des charges de fonctionnement, ces dernières étant d'environ 700'000 francs inférieurs au budget 2001. L'autre point positif réside dans le fait que, sur les 4,71 millions de crédits supplémentaires, 3,65 millions concernent l'avancement plus rapide que prévu des travaux sur la H18. Sans cette importante dépense, les crédits supplémentaires 2001 se monteraient à moins de 1,1 millions de francs.

Le déséquilibre des comptes est essentiellement dû à la part jurassienne à l'impôt anticipé et à l'impôt fédéral direct qui péjorent le résultat d'environ 10 millions de francs. Ces mauvaises surprises confirment que le résultat des comptes est malheureusement trop régulièrement dépendant des recettes fédérales. Bien que tenant compte, lors de l'élaboration du budget, des informations émanant des services de la Berne fédérale, les versements n'ont souvent rien à voir avec les prévisions budgétaires. J'en veux pour preuve les deux derniers exercices comptables qui, au niveau de la part jurassienne d'impôt anticipé, se présentent la manière suivante:

- en 2000, 12,1 millions au budget pour 20,1 millions aux comptes, soit une différence de 8 millions;
- en 2001, 10,5 millions au budget pour 2,8 millions aux comptes, soit une différence de 7,7 millions de francs.

Ces deux résultats, diamétralement opposés, démontrent à l'envi que l'équilibre des comptes cantonaux tient parfois davantage de la roulette russe que des précisions budgétaires! Aussi, y aurait-il peut-être lieu de ne pas budgétiser les montants indiqués par l'administration fédérale afin de lisser quelque peu les écarts par trop importants entre les budgets et les comptes.

Au niveau des mauvais résultats, les plus inquiétant demeure sans aucun doute la diminution des recettes fiscales des personnes physiques qui se montent à 120 millions de francs, en diminution de 3,5 millions par rapport aux comptes 2000. Cette diminution est inquiétante à plus d'un titre, ce d'autant plus que le budget 2002 prévoit des rentrées fiscales pour 127,2 millions de francs et que la situation économique ne laisse guère augurer de résultats mirobolants.

Je ne vais pas m'attarder davantage sur les comptes mais m'efforcera de me concentrer sur l'aspect plus politique de la situation.

S'agissant de l'effectif du personnel, une attention toute particulière doit être portée car, même avec toute la bonne volonté du monde, je n'arrive pas à constater un tassement de l'effectif, celui-ci suivant une courbe résolument tournée vers le haut. Certes, le Gouvernement ne doit pas y voir une accusation en bonne et due forme, le Parlement étant de toute évidence enclin à demander, par le biais de motions en particulier, des tâches supplémentaires à l'Etat, entraînant, à terme, des augmentations de personnel. La stabilité de l'effectif du personnel devient impérative, l'augmentation durant les sept dernières années se chiffrant à plus de 60 unités ou 8,5% pour une diminution de la population de 200 âmes.

Bien que nous soyons appelés à nous prononcer sur l'approbation des comptes 2001, le groupe PDC reste plus que jamais soucieux de l'équilibre des comptes de notre toujours jeune République et mettra tout en œuvre, dans l'étude des futurs budgets, plan d'investissement ou interventions parlementaires pour:

- réaliser les objectifs du «Jura Pays ouvert» en se donnant les moyens de notre politique et de nos décisions; à ce sujet, nous autres députés devons être conséquents avec nous-même et ne pas vouloir se battre sur trop de fronts à la fois;

- tendre, à court terme, à l'équilibre des finances cantonales laissant notamment de côté certains autres projets par trop ambitieux et irréalisables pour un canton tel que le nôtre.

Je m'en voudrais de terminer mon intervention sans faire allusion au rapport d'audit du Contrôle des finances relatif au bilan de la République et Canton du Jura au 31 décembre 2001. Cet imposant rapport ayant nécessité près de 200 jour de travail peut d'ores et déjà être considéré comme un élément indispensable à la bonne marche de l'Etat. Je salue au passage la qualité des explications fournies par M. Martin Gigon et me réjouis des conclusions de cet audit. Je me plais également à relever le souci permanent du ministre Gérald Schaller qui, une fois de plus, aura su prendre des décisions, certes pas toujours populaires, mais en permanence orientées vers un équilibre des finances cantonales. Epaulé dans ses démarches par M. Daniel Ruegg, chef de la Trésorerie générale, au demeurant toujours aussi pointu dans ses analyses, notre grand argentier et ministre Schaller est à féliciter pour sa rigueur et ses connaissances. Ces deux atouts majeurs ne feront certes pas du Jura un eldorado helvétique mais devraient, à terme, permettre à notre petit Canton de faire meilleure figure dans les comparaisons financières intercantionales.

C'est dans cet esprit que nous vous proposons d'accepter les comptes 2001 que nous aurions voulu, et je ne vous étonnerai pas, plus noirs que rouges!

M. Gérald Schaller, ministre des Finances: Lors de la présentation des comptes de l'année 2000, le président de la commission de gestion et des finances indiquait qu'il s'agissait d'une bonne, voire même d'une très bonne cuvée. Il soulignait cependant que le bilan restait fragile, dépendant qu'il était de positions très volatiles et sur lesquelles l'Etat ne dispose que d'une petite marge de manœuvre. Je partageais cette analyse en précisant que la santé financière de l'Etat jurassien ne pouvait pas se mesurer à l'aune d'un ou de deux seuls exercices annuels. Cette appréciation se révèle malheureusement des plus pertinentes aujourd'hui.

Après des résultats 1999 et 2000 équilibrés, fruits de la politique volontariste conduite par le Gouvernement, le compte de fonctionnement 2001 présente à nouveau un déficit. Certes, nous l'avions prévu lors de l'élaboration du budget puisque, dans le cadre de celui-ci, nous avons pris en considération un déficit de l'ordre de 2,7 millions de francs. Le résultat est cependant sensiblement plus important que ce que nous avons envisagé puisque nous bouclons avec un excédent de charges de 14,3 millions de francs. D'autre part, si on établit une comparaison avec les autres cantons, force est de constater que notre situation n'est pas du tout enviable: il y a en effet seulement huit cantons qui ont bouclé leurs comptes 2001 avec un excédent de charges et il n'y en a que quatre qui ont affiché des résultats moins bons que leurs prévisions budgétaires.

Quelles explications donner face à ces piteux résultats dont on ne peut pas, c'est vrai Monsieur Winkler, du tout être satisfait? Vous ne trouverez pas l'explication en examinant l'évolution de nos charges; celles-ci (cela a déjà été indiqué) n'ont pas dépassé nos prévisions; elles sont même tout à fait conformes au budget. Si on élimine les écritures neutres du

point de vue du résultat, on constate même une sous-utilisation budgétaire de 4,5 millions de francs, ce qui atteste que le dispositif mis en place pour engager et maîtriser les dépenses fonctionne à satisfaction. Bien sûr, si on examine les diverses rubriques de charges, on constate des variations parfois dans un sens, parfois dans l'autre. Dans le sens positif, je relèverai notamment que nous avons pleinement profité de taux d'intérêts favorables, ce qui a permis d'alléger, de manière significative, les charges que nous devons assumer au titre du service de la dette. Dans le sens négatif, je ne mentionnerai, bien que cela ait déjà été fait, que la sous-estimation des besoins en personnel, sous-estimés dans le secteur particulier de l'archéologie, ce qui a généré des dépenses brutes plus élevées que prévu. Mais en net, comme ces charges pour le personnel de l'archéologie sont supportées pour la plus grande part par la Confédération, cela n'a pas eu d'incidences significatives. Dans les charges de personnel, il faut aussi signaler l'augmentation des effectifs des enseignants, ce qui a provoqué un dépassement d'un peu plus de 1%.

Dès lors que l'explication des mauvais résultats ne se trouve pas au niveau des charges, il faut regarder du côté des recettes où nous avons effectivement enregistré un bien mauvaise surprise. Abstraction faite des écritures neutres, les revenus ont été inférieurs de 16,4 millions (ou 3,2%) à ceux que l'on attendait et cela, comme déjà indiqué, est principalement dû à la diminution très importante de nos parts aux recettes fédérales (part à l'impôt anticipé, part à l'IFD).

Mme Baume-Schneider s'est posé la question de la fiabilité des prévisions budgétaires en cette matière. Je partage ses interrogations mais je rappelle que nous ne disposons d'aucune possibilité d'apprécier mieux que la Confédération elle-même les montants de recettes à prévoir pour le budget. S'agissant en particulier de l'impôt anticipé, nous ne disposons d'aucun paramètre qui nous permettrait de corriger les prévisions qui nous sont communiquées par l'Administration fédérale des finances et, lors de l'élaboration du budget, nous n'avons pas d'autres possibilités que de faire figurer les montants qui nous sont indiqués. Et c'est vrai que ces montants varient sensiblement; je vous rappelle qu'en 2001 nous n'avons encaissé que 2,7 millions au titre de notre part à l'impôt anticipé alors qu'en 2000, ce sont plus de 20 millions de francs qui nous avaient été versés par la Confédération.

Cette problématique de la baisse de nos parts aux recettes fédérales met aussi en évidence notre dépendance face à la Confédération; je crois qu'il serait faux de vouloir la nier. Si l'on fait abstraction des subventions redistribuées en provenance de la Confédération, si l'on fait abstraction des parts communales au financement de certaines charges, on constate que la part des recettes fédérales à l'ensemble des recettes propres au Canton représentent un tiers de nos recettes. Cela ne signifie pas pour autant que le compte de l'Etat ne constitue plus désormais qu'un sous-compte de celui de la Confédération; le Jura, comme les autres cantons, reste un canton souverain, il fait usage de cette souveraineté dans sa politique budgétaire et nous entendons bien évidemment pouvoir encore en faire usage à l'avenir.

A l'évolution défavorable des recettes en provenance de la Confédération, il faut également ajouter l'évolution de nos propres recettes fiscales cantonales, qui ont été en dessous de nos espérances. Ce phénomène est bien sûr lié au ralentissement de la conjoncture, qui a été constaté l'année dernière, mais aussi pour une part aux effets de la révision de notre loi d'impôt entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001.

C'est la première fois depuis l'entrée en souveraineté que les revenus réels ont baissé par rapport à l'année précédente. Ce phénomène doit sérieusement nous interpeller, même si on peut l'expliquer par les éléments que je viens de mentionner: très forte volatilité de l'impôt anticipé, ralentissement

de la conjoncture et allègements fiscaux entrés en vigueur au 1er janvier 2001.

Je passe maintenant aux investissements, où il faut aussi souligner une sous-utilisation budgétaire par rapport à ce que nous avons prévu, sous-utilisation due essentiellement à une avance moins rapide des travaux dans la construction et la transformation de bâtiments ainsi qu'à des retards dans les travaux de l'A16, qui ont été partiellement compensés par un rythme plus soutenu de l'aménagement de la H18. Cette sous-utilisation du budget d'investissement a bien sûr une incidence sur notre insuffisance de financement, qui a pu être limitée à 16 millions de francs. Elle n'a cependant pas empêché que notre degré d'autofinancement ne chute en dessous de l'objectif de 60% que nous nous sommes fixé dans la nouvelle loi de finances.

Cette insuffisance de financement s'est immédiatement concrétisée par une augmentation de notre endettement, qui était resté stable depuis 1998. Et même si les emprunts qui sont venus à échéance en 2001 ont pu être renouvelés à des conditions plus avantageuses, l'endettement total de l'Etat reste, de mon point de vue (et je suis d'accord avec vous Monsieur Winkler), trop élevé. D'abord parce que les charges d'intérêts qui en découlent sont trop importantes et absorbent 10% de nos recettes fiscales, proportion qui est sensiblement supérieure à la moyenne des cantons suisses. Trop élevé aussi parce qu'il en résulte un risque important en fonction de l'évolution future des taux d'intérêts, qui se situent aujourd'hui, il faut le rappeler, à un niveau historiquement bas qui nous laisse présager, à plus ou moins court terme, une augmentation qui ne manquera pas d'avoir des conséquences significatives sur notre compte de fonctionnement par l'augmentation des charges d'intérêts.

La discussion de ces comptes déficitaires 2001, après deux exercices équilibrés, est l'occasion pour le Gouvernement de réaffirmer avec vigueur l'objectif fondamental que représente à ses yeux le maintien durable de l'équilibre des finances cantonales. Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire à cette tribune, il ne s'agit pas là d'une marotte ou d'une fixation du ministre des Finances mais bien plutôt d'une condition indispensable à la réalisation des grands projets que nous souhaitons pouvoir conduire. Malgré notre dépendance financière et malgré la volatilité des paramètres qui nous sont imposés, malgré la faible marge de manœuvre budgétaire dont nous disposons, nous devons poursuivre dans la voie que nous nous sommes tracée. L'élaboration du budget 2003, l'établissement de la planification financière des investissements 2004-2007 nous en donneront prochainement l'occasion.

Vous aurez certainement constaté que les résultats des années 2000 et 2001 se compensent quasiment (14,3 millions de déficit en 2001, bénéfice de 4 millions en 2000 assorti d'un amortissement extraordinaire d'environ 10 millions). Il serait cependant tout à fait erroné d'en conclure qu'il n'y a pas à s'inquiéter. Il faut au contraire se concentrer avec plus d'attention encore sur l'évolution de chacune des composantes du budget et des comptes. On mesurera alors l'importance primordiale d'une surveillance serrée et d'une planification permanente. Un budget se décide en un jour mais il se construit tous les jours et je crois que le Gouvernement et le Parlement doivent absolument en être conscients. Il ne suffit pas de venir faire de belles déclarations lors de l'adoption du budget ou lors de l'approbation des comptes; il faut, jour après jour, appliquer la même rigueur. Nous devons donc, Gouvernement et Parlement, dans le cadre de nos compétences respectives, vouer une attention soutenue au contexte dans lequel évolue l'Etat jurassien, une attention soutenue également aux défis auxquels nous serons confrontés. Je pense par exemple à l'évolution de la conjoncture et des marchés, au comportement de notre économie régionale et à la capacité d'adaptation dont elle peut faire preu-

ve, aux contraintes fédérales, en particulier à la problématique de la nouvelle péréquation financière fédérale, un dossier qui nous cause beaucoup de soucis après avoir suscité dans le Jura de nombreux espoirs. Les Chambres fédérales sont saisies de ce dossier, un dossier qui ne nous donne pas du tout satisfaction dans l'état qui est le sien aujourd'hui dès lors que les objectifs assignés initialement au nouveau système de péréquation ne nous paraissent pas du tout être atteints au vu du bilan global qui nous a été présenté l'année dernière.

Pour conclure, j'aimerais encore relever que le Contrôle des finances a effectué sa première vérification annuelle des comptes, conformément à la nouvelle loi sur les finances cantonales. Je constate que, sur la base des travaux conséquents qui ont été menés en parfaite collaboration avec la Trésorerie générale, les recommandations du Contrôle des finances ont fait l'objet d'une détermination satisfaisante. Ces recommandations, vous l'aurez constaté, ont été nombreuses; il n'y a là rien d'étonnant dès lors que c'est la première fois qu'un tel exercice était effectué. Mais, surtout, je me félicite que l'audit réalisé par le CFI ait permis de confirmer la parfaite régularité de notre comptabilité et surtout l'absence d'une quelconque incorrection.

Cela me permet, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Députés, de vous recommander d'approuver les comptes 2001 tout en remerciant les membres de la commission de gestion et des finances qui les ont examinés, comme à l'habitude, avec sérieux et compétence. Mes remerciements vont également à mes collègues et à l'ensemble des collaboratrices et des collaborateurs de l'Etat qui n'ont pas ménagé leurs efforts pour maîtriser l'évolution de nos charges.

L'entrée en matière n'est pas combattue.

Rubriques nos 560.366.02 et 310.377.01

M. Rémy Meury (POP), président du groupe CS+POP: Les deux rubriques sont liées et mon intervention concerne évidemment les deux.

A la page 88 il s'agit de l'aide aux chômeurs en fin de droit et à la page 130 il s'agit de la rubrique qui concerne les dépenses à charge du fonds cantonal pour l'emploi. On y voit une diminution assez sensible non seulement par rapport au budget 2001 mais également par rapport aux comptes, c'est-à-dire plus de trois quarts de diminution.

On sait évidemment que le nombre de sans-emploi en fin de droit a diminué et cela a suivi forcément la baisse du chômage des années précédentes. Donc, c'était logique que cela se répercute mais on ne peut pas dire qu'en 2001 ce nombre de sans-emploi ait diminué dans cette proportion de trois quarts à peu près.

Nous savons aussi qu'un certain nombre de sans-emploi qui arrivent en fin de droit acceptent de prendre des petits boulots qui sont très peu protégés socialement et qui sont très mal rémunérés. Mais, là encore, cela n'explique pas la diminution importante de ces deux rubriques.

Alors, on aimerait savoir d'une part si les chômeurs en fin de droit sont incités par les services cantonaux à prendre des emplois précaires et d'autre part connaître les autres causes d'une telle diminution de dépenses.

M. Claude Hêche, ministre des Affaires sociales: J'essaierai de répondre au mieux aux interventions du député Rémy Meury pour la rubrique 560.366.02 placée sous l'égide de mon département mais aussi pour ce qui concerne la deuxième rubrique placée sous l'égide de mon collègue Jean-François Roth.

Dans les indications que j'avais données à la commission de gestion et des finances pour ce qui concerne uniquement

le volet social – soit les mesures mises à disposition des personnes qui répondent aux critères définis – je dois dire alors très clairement à cette tribune qu'il n'y a pas eu de diminution des postes à mettre à disposition. Par contre, la répercussion sur la rubrique 560.366.02 provient du fait que les programmes organisés sous l'égide du Service des arts et métiers et du travail, selon les informations qui m'ont été données, ont été réduits environ de moitié. C'est ce qui explique la différence que vous avez exprimée à cette tribune.

Pour la deuxième question, s'il y a une mesure d'incitation à choisir des petits boulots, je ne puis alors pas y répondre. Il faudra poser la question à mon collègue car je ne peux pas apporter plus de précisions.

Mais, encore une fois, pour être très clair s'agissant des programmes liés au Service de l'action sociale, ils ont été maintenus dans leur entier, y compris le nombre de places.

Tous les articles, ainsi que le titre et le préambule, sont adoptés sans discussion.

Au vote, l'arrêté est adopté par la majorité des députés.

7. Interpellation no 622

Surveillance des apprentissages (3) ou il est urgent de ne plus attendre

Francis Girardin (PS)

8. Motion no 687

Pour la création d'un comité régional franco-jurassien

Charles Juillard (PDC)

12. Motion no 688

Réorganisation des plans d'étude

Charles Juillard (PDC)

15. Motion no 690

Déduction pour frais de garde: égalité de traitement pour toutes les familles!

Philippe Gigon (PDC)

16. Motion no 691

Compétence du Parlement pour fixer les valeurs locatives

Henri Loviat (PCSI)

19. Motion no 689

Garantir l'indépendance des élu(e)s aux législatifs communaux

Charles Juillard (PDC)

20. Interpellation no 625

Centre de réadaptation cardio-vasculaire: convention collective?

Odile Montavon (CS)

21. Interpellation no 626

Mesures en faveur des familles jurassiennes dans le besoin: le Gouvernement ne tient pas ses promesses!

Laurent Schaffter (PCSI)

(Ces points sont reportés à la prochaine séance.)

Le président: Nous arrivons au terme de cette journée. J'aimerais, pour les membres du Bureau, leur dire qu'on se retrouve demain à 16 heures. Pour les autres, je leur souhaite, qu'ils aillent à la montagne, à la mer ou qu'ils restent dans notre beau Jura, de belles vacances. Ils les ont bien méritées!

Mesdames et Messieurs les Députés, Monsieur le Ministre, Mesdames et Messieurs, il est 18 heures, la séance est levée.

(La séance est levée à 18 heures.)