

# JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES

### ASSEMBLÉE NATIONALE

COMPTE RENDU INTEGRAL DES SEANCES

Abonnements à l'Édition des DEBATS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE : FRANCE ET OUTRE-MER : 22 F ; ETRANGER : 40 F  
(Compte chèque postal : 9063-13, Paris.)

PRIÈRE DE JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE  
aux renouvellements et réclamations

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION  
26, RUE DESAIX, PARIS 15<sup>e</sup>

POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE  
AJOUTER 0,20 F

## CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

### 4<sup>e</sup> Législature

#### PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1970-1971

#### COMPTE RENDU INTEGRAL — 27<sup>e</sup> SEANCE

#### 1<sup>re</sup> Séance du Mercredi 28 Octobre 1970.

##### SOMMAIRE

1. — Loi de finances pour 1971 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4811).

Affaires sociales: santé publique et sécurité sociale.

MM. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la santé publique; Peyret, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé publique; Icart, rapporteur spécial de la commission des finances, pour la sécurité sociale; Bonhomme, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, pour la sécurité sociale.

M. Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.  
Mlle F. Mesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.

Renvoi de la suite de la discussion.

2. — Ordre du jour (p. 4828).

**PRESIDENCE DE M. ROLAND BOSCARY-MONSSERVIN,**  
vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

\* (1 f.)

— 1 —

#### LOI DE FINANCES POUR 1971 (DEUXIEME PARTIE)

Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1971 (n° 1376, 1395).

##### AFFAIRES SOCIALES

Santé publique et sécurité sociale.

M. le président. Nous abordons l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

La parole est à M. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la santé publique.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames, messieurs, pour la présentation du budget du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, d'une part, et pour celui du ministère du travail, de l'emploi et de la population, d'autre part, il n'a été établi qu'un seul fascicule intitulé « affaires sociales ».

120

J'ai la charge de rapporter, au nom de la commission des finances, les crédits relatifs à la santé publique et aux services communs aux deux ministères.

Ces crédits sont en augmentation de 17 p. 100 d'une année sur l'autre; ce qui est demandé pour les services de la santé correspond à 3,4 p. 100 du budget général.

Un effort particulier a été fait dans le domaine des dépenses ordinaires: moyens des services au titre III et interventions publiques au titre IV.

Les mesures nouvelles du titre III concernent, pour une grande part, les organismes nationaux de recherche et d'enseignement; celles du titre IV permettent principalement de financer la participation de l'Etat aux dépenses exposées par les établissements hospitaliers pour la formation des personnels concourant aux actions sanitaires.

C'est ainsi qu'une demande formulée depuis de nombreuses années va être satisfaite, tout au moins partiellement, dans l'immédiat.

Un crédit de 114 millions de francs, inscrit à un chapitre nouveau, 43-92, est destiné à alléger les prix de journée des établissements hospitaliers par la prise en charge de dépenses de formation et d'enseignement des étudiants en médecine et autre personnel.

Un crédit de 15 millions de francs doit financer la prise en charge partielle des frais de scolarité des infirmières et des assistantes sociales et l'ajustement des crédits de subvention aux écoles d'infirmières et d'assistantes sociales.

Une dotation de 21.200.000 francs est destinée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et au service central de protection contre les rayons ionisants.

C'est ainsi que la création de 296 emplois de chercheurs, de techniciens et d'agents administratifs est proposée.

Il faut également noter une aide accrue de l'Etat en faveur de l'Institut Pasteur.

Ces indications caractérisent les orientations décidées par le ministre; elles sont très importantes.

En 1971, l'ensemble des services de l'administration centrale sera regroupé dans les locaux anciens et nouveaux de l'îlot Fontenoy; des crédits sont prévus pour l'acquisition de nouveaux matériels.

En revanche, il semble bien que les créations d'emplois soient insuffisantes pour assumer les tâches du service, compte tenu des besoins nés de l'évolution de la population et du développement dans de multiples domaines de la législation sociale; par ailleurs, la gestion du personnel n'apparaît pas assurée dans des conditions normales, et des engagements pris à ce sujet, en 1968, par le ministre des affaires sociales de l'époque, restent encore à exécuter; je m'en explique dans le rapport écrit.

La fusion des services de l'action sanitaire et sociale et des directions régionales de la sécurité sociale n'est point encore réalisée, bien qu'ici même, monsieur le ministre, vous la laissiez entrevoir l'année dernière en réponse à une intervention de M. Royer.

La commission des finances a également constaté que le service central de la pharmacie et des médicaments n'a pas encore été érigé en direction; je souhaite que dans votre réponse vous puissiez faire le point de cette importante question.

Au titre des interventions publiques, votre rapporteur a constaté l'existence de programmes nouveaux de prévention des handicaps à la naissance, qui entraînent l'inscription d'un crédit supplémentaire de plus de 2 millions de francs, destiné à des actions d'une importance capitale concernant la périnatalité; par ailleurs, 5.650.000 francs seront consacrés à des actions de recyclage des personnels, à l'intensification de la surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement, à la réanimation néo-natale.

En ce qui concerne l'aide sociale, l'action en faveur des handicapés — par suite du relèvement de l'allocation aux infirmes, aveugles, grands infirmes, de l'intensification de l'aide de l'Etat en faveur de l'enfance et de l'adolescence inadaptées, de l'action d'adaptation pour la formation des éducateurs spécialisés — entraîne une dépense supplémentaire de 22.500.000 francs tandis que les mesures prises en faveur des personnes âgées nécessitent un crédit nouveau de 11.500.000 francs.

Dans le rapport écrit, j'ai traité des problèmes de l'enfance inadaptée et des handicapés; je ne puis à mon regret y insister davantage à cette tribune, en raison du temps très limité dont je dispose.

Quant aux personnes âgées, le montant annuel de l'avantage de base est actuellement de 1.750 francs; il atteindra, le 1<sup>er</sup> octobre 1971, 1.850 francs. L'allocation supplémentaire du fonds

national de solidarité s'élève actuellement à 1.250 francs; elle atteindra 1.500 francs le 1<sup>er</sup> janvier 1971 et 1.550 francs le 1<sup>er</sup> octobre 1971.

Le total de l'allocation de base et de l'allocation supplémentaire donne le montant annuel du minimum des prestations vieillesse. Il était de 2.600 francs le 1<sup>er</sup> janvier 1969 et de 2.900 francs le 1<sup>er</sup> janvier 1970. Il est de 3.000 francs depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1970. Il sera de 3.250 francs le 1<sup>er</sup> janvier 1971 et de 3.400 francs le 1<sup>er</sup> octobre 1971.

Quand au plafond de ressources à ne pas dépasser pour pouvoir prétendre à ce minimum, il était de 4.100 francs pour une personne seule et de 6.150 francs pour un ménage, au 1<sup>er</sup> janvier 1969. Il est actuellement de 4.400 francs pour une personne seule, et de 6.600 francs pour un ménage. Il atteindra, le 1<sup>er</sup> janvier 1971, 4.750 francs pour une personne, et 7.125 francs pour un ménage.

En outre, l'allocation loyer sera réformée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1971 par la suppression du plafond d'exclusion et le relèvement du plafond de calcul de l'allocation; à cet effet, un crédit de 6 millions de francs est inscrit dans le budget de 1971.

J'ajoute que l'allocation mensuelle dite « argent de poche » attribuée à certains bénéficiaires de l'aide sociale pris en charge au titre de l'hébergement, sera doublée: 50 francs au lieu de 25 francs, d'où un crédit supplémentaire de 5.500.000 francs.

Avant d'en terminer avec les dépenses ordinaires, je voudrais indiquer que le problème de la répartition des dépenses d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales n'est toujours pas réglé. La commission instituée par la loi du 2 février 1968 en vue de l'examiner, et actuellement présidée par notre collègue M. Pianta, n'a pas encore pu déposer son rapport.

Il en résulte la prolongation des injustices actuelles qui ont une incidence intolérable sur les budgets de certains départements et de leurs communes.

Je voudrais maintenant évoquer les dépenses d'équipement, c'est-à-dire celles inscrites au titre V: investissements exécutés par l'Etat, et au titre VI: subventions d'investissement accordées par l'Etat.

Les crédits de paiement tenant compte des programmes lancés les années précédentes — comme les autorisations de programme pour les opérations futures — n'augmenteront que de 9,5 p. 100, ce qui est notoirement insuffisant.

Si des efforts seront accomplis en faveur des hôpitaux qui ne sont pas des C.H.U., des handicapés par l'aménagement de centres d'aide par le travail, des crèches qui offriront 15.000 places supplémentaires, fort peu de crédits seront consacrés aux hospices et maisons de retraite publiques.

La commission des finances s'est émue de cette situation.

En effet, le V<sup>e</sup> Plan, en matière d'équipement sanitaire et social, ne sera exécuté que dans une proportion de 60 à 70 p. 100 suivant les secteurs: 68,5 p. 100 en moyenne; or, en 1971, première année du VI<sup>e</sup> Plan, les crédits prévus ne permettront pas de combler, même partiellement, le retard.

Par ailleurs, votre rapporteur, en examinant les autorisations de programme inscrites aux chapitres 66-10, 66-12 et 66-20, a constaté qu'en ce qui concerne notamment les constructions d'hôpitaux, d'établissements pour malades mentaux, pour enfants inadaptés, pour infirmes adultes — centre d'aide par le travail — les écoles de formation de travailleurs sociaux et d'éducateurs spécialisés, les crédits concernaient presque exclusivement les constructions industrialisées, alors que les constructions traditionnelles ne seront pratiquement pas dotées.

Nous comprenons parfaitement, monsieur le ministre, les mobiles de votre option: vous voulez aller vite en raison de l'urgence, mais je pense que la voie choisie ne permettra pas d'atteindre le but visé.

En effet, il existe dans les directions départementales de l'action sanitaire et sociale, à votre direction de l'équipement, au Vésinet, de nombreux projets tout prêts, qui ont reçu l'accord technique, et les préfets n'attendent qu'une délégation de crédits pour signer les arrêtés de subvention et permettre aux collectivités maîtres d'ouvrage de donner l'ordre de service aux entrepreneurs.

Avec ce budget, le démarrage de ces opérations est remis sine die, alors que tout restera à étudier localement en matière de constructions industrialisées, d'où retard inévitable allant à l'encontre de vos bonnes intentions.

Je vous demande de réfléchir et d'infléchir votre position en laissant ainsi aux dites collectivités le choix qu'elles jugeront préférable quant à la nature de la construction.

J'ajoute un autre argument. Si dans nos villes de province d'importance moyenne toutes les constructions publiques sont industrialisées, il n'y aura plus besoin ni d'architectes, ni

d'entrepreneurs, ni d'ouvriers du bâtiment ; quelques monteurs suffiront, et ces cités se videront de leur substance : prenez-y garde.

Tel est ce budget.

Il comporte des lacunes, des ombres, mais aussi des éléments favorables que j'ai signalés. En outre, pour le juger, il convient de tenir compte des contraintes financières générales et des urgences dans les autres secteurs économiques et sociaux.

C'est pourquoi la commission des finances vous propose l'adoption sans modifications des crédits de la santé publique. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.*)

**M. le président.** La parole est à M. Peyret, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé publique.

**M. Claude Peyret, rapporteur pour avis.** Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, dans le projet de budget de la santé publique pour 1971, première année du VI<sup>e</sup> Plan, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a cherché le reflet des grandes tendances de la politique sanitaire de notre pays jusqu'en 1975.

Or, si nous y avons observé des efforts incontestables dans certains domaines — concernant notamment la recherche, les handicapés, la formation des personnels sanitaires et sociaux — nous ne pouvons que déplorer l'aggravation des besoins dans les secteurs notoirement déficitaires de l'hébergement des personnes âgées, ou de la santé scolaire.

Le budget de fonctionnement de la recherche médicale est, cette année, en assez forte progression, ce qui permettra la création de 300 emplois à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Notre satisfaction, face à cette mesure importante, est tempérée par la diminution des crédits d'équipement que nous déplorons particulièrement après les retards dus aux blocages de crédits en 1969.

L'Institut Pasteur bénéficie cette année d'un accroissement de la subvention de l'Etat qui devrait faciliter sa gestion financière en 1971 et lui permettre — nous l'espérons du moins — de poursuivre et développer ses activités d'enseignement et de recherche.

A cet égard, monsieur le ministre, je souhaite que vous précisiez sur quelle base le Gouvernement entend désormais participer aux activités essentielles de l'Institut pour éviter le retour des difficultés dramatiques des années 1968 et 1969.

Un réel effort est également prévu en faveur des handicapés, pour la prévention des handicaps à la naissance, la formation des éducateurs spécialisés, l'aide aux établissements recevant des enfants handicapés et les constructions destinées aux instituts médico-éducatifs, aux arrières profonds et aux infirmes adultes.

Le Gouvernement a également fait part de sa décision de consacrer une somme de trois cent millions de francs à l'aide aux familles ayant à leur charge un enfant gravement handicapé. Il s'agirait d'une allocation nouvelle destinée à compenser les charges particulières d'entretien, d'éducation et de placement supportées par ces familles. Peut-être, monsieur le ministre, pourriez-vous nous donner des précisions sur les modalités d'octroi de cette allocation ?

Deux autres problèmes, essentiels pour l'avenir des handicapés, n'ont en revanche reçu aucune solution : d'abord l'assurance volontaire, à laquelle les handicapés peuvent s'affilier, lorsqu'ils ne bénéficient plus de la sécurité sociale en qualité d'ayants droit de leurs parents, ne prévoit la prise en charge des frais d'hébergement dans les établissements de soins que dans la limite d'une durée de trois ans.

La suppression de cette limite de trois ans, dans un avenir immédiat, est absolument indispensable. En effet, trois ans se seront bientôt écoulés depuis l'entrée en vigueur de cette disposition en 1968, et de nombreux parents d'arrières mentaux vont se voir contraints de payer eux-mêmes les frais ou de retirer leur enfant de l'établissement où il se trouve. Un tel état de choses ne peut se prolonger.

La prise en charge des frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail n'a pas non plus trouvé de solution satisfaisante. Nous avons longuement évoqué ce problème l'an dernier. Nous ne pouvons, cette année, que réaffirmer l'urgence d'une telle mesure. S'il est normal que les parents assument les frais d'hébergement de leur enfant, quand ils le peuvent, il est inadmissible de les contraindre, soit à financer le déficit de ces établissements, qui ont pour objet d'assurer le droit au travail de tous les individus, soit à en retirer leur enfant au risque de voir celui-ci perdre en quelques mois d'inactivité l'acquis de plusieurs années de réadaptation.

Troisième élément positif de ce budget : la formation du personnel paramédical et social. Le développement des constructions d'écoles pour les infirmières et les assistantes sociales s'est accompagné d'un accroissement important de l'aide de l'Etat à ces établissements, aide qui aura été multipliée par trois entre 1966 et 1971.

Notre commission a trop souvent réclamé la gratuité des études préparant aux professions paramédicales ou sociales pour ne pas saluer l'innovation que constitue la prise en charge — même partielle — par l'Etat des frais de scolarité des infirmières et des assistantes sociales.

Il nous faut signaler une autre mesure nouvelle qui consacre 114 millions de francs à la prise en charge de dépenses de formation et d'enseignement engagées par des établissements hospitaliers publics ou privés pour former des personnels sanitaires. Nous souhaiterions, monsieur le ministre, avoir la confirmation que seuls en bénéficieront les établissements qui assurent le service public hospitalier au sens défini dans le projet de loi portant réforme hospitalière.

Malgré d'inévitables lacunes, les trois domaines, de la recherche médicale, des handicapés et de la formation du personnel, que je viens d'évoquer, sont l'objet d'une action positive dans le projet de budget pour 1971. Il s'agit en réalité de la poursuite d'actions entreprises au cours du V<sup>e</sup> Plan et qui, sur le plan des investissements, ont des pourcentages d'exécution parmi les plus satisfaisants : 78,4 p. 100 pour le personnel sanitaire et 64,15 p. 100 pour l'enfance inadaptée.

A l'inverse, les secteurs les moins favorisés de ce budget correspondent à des domaines où le bilan sera le plus mauvais et le taux d'exécution le plus faible : personnes âgées, 54,34 p. 100 ; maladies mentales, 47,47 p. 100 ; protection maternelle et infantile, 45 p. 100 ; enfin, la santé scolaire.

Notre commission s'est vivement émue de la régression des crédits d'équipement destinés aux personnes âgées. Que représentent les 1.000 lits dont le budget permettra la construction, au regard des 84.000 lits que la commission de la santé du commissariat général du Plan a estimé nécessaires d'ici à 1980 ?

S'il faut accroître chaque année le nombre de lits et de places réalisés, il faut également parvenir à une meilleure adaptation des ressources offertes aux besoins.

Les problèmes que pose l'activité des services de santé scolaire sont bien connus. Les responsables locaux et les élus de nombreuses régions se plaignent chaque année de l'insuffisance de la surveillance sanitaire des enfants d'âge scolaire.

Le personnel médical et paramédical est insuffisamment nombreux du fait de la faiblesse des rémunérations servies aux titulaires, aux contractuels et même aux vacataires.

Enfin, examinant rapidement la situation sanitaire de la France, notre commission s'est inquiétée de la croissance ou de la recrudescence de certains fléaux sociaux. Je me contenterai ici de les citer pour demander au responsable de la santé publique de prendre les mesures rigoureuses qui s'imposent.

En 1968, les accidents de la route ont tué 14.000 personnes et fait 300.000 blessés, contre 8.300 tués et 185.000 blessés huit ans auparavant.

Nous détenons en outre de tristes records en matière d'alcoolisme : 46 décès pour 100.000 habitants par cirrhose du foie, et éthyisme dans une proportion très importante de décès dus à des causes différentes.

Les effets pathologiques de ce fléau, ainsi que son coût social et économique, généralement estimé à sept milliards de francs, justifient le développement des mesures de cure et, surtout, de post-cure, mais aussi un dépistage systématique et précoce de l'alcoolisme à l'occasion des examens périodiques de santé auxquels sont soumis les travailleurs.

En dernier ressort, la déclaration obligatoire ne s'imposerait-elle pas pour l'alcoolisme comme pour d'autres fléaux sociaux, compte tenu des conséquences désastreuses qu'il a sur le reste de la société ?

Depuis plusieurs mois, les personnalités du monde médical dénoncent, dans de nombreux pays — en particulier, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en France — une nette recrudescence des maladies vénériennes dont on pouvait espérer, sinon qu'elles aient disparu, du moins qu'elles étaient circonscrites et en régression. La recrudescence de ces maladies nous apparaît tout à fait inquiétante.

Si l'infrastructure sanitaire est suffisante, il convient d'agir sur d'autres plans, en particulier par l'information et l'éducation sanitaire des adultes et, surtout, des adolescents. En outre, la prostitution reste un facteur important du développement de

ces maladies. Il faut donc agir dans ce domaine également. La santé publique ne doit-elle pas avoir priorité sur les tabous derrière lesquels s'abrite la société au nom d'une certaine morale ?

En guise de conclusion, je formulerai quatre observations qui ont recueilli l'accord unanime de notre commission.

Déplorant la faiblesse des crédits d'équipement destinés aux personnes âgées, la commission estime qu'un effort considérable doit être entrepris, d'une part, pour permettre au plus grand nombre possible de vieillards qui le désirent, de rester dans leur logement grâce à une aide matérielle substantielle et, d'autre part, pour offrir aux autres des places dans les foyers, les maisons de retraite ou les hospices. Une meilleure coordination des problèmes du troisième âge est à cet égard souhaitable.

La prise en charge par l'Etat du coût de fonctionnement des centres d'aide par le travail — les C. A. T. — déjà réclamée avec force lors de l'examen du budget pour 1970, est demandée à nouveau avec insistance par notre commission.

De même, il lui apparaît urgent de trouver une solution durable au problème de la couverture sociale des handicapés adultes, l'assurance volontaire ne permettant la prise en charge des frais d'hébergement que pour une période de trois ans.

Enfin, tout en reconnaissant l'intérêt d'un développement des constructions industrialisées dans le domaine sanitaire et social, notre commission, comme l'a indiqué le rapporteur de la commission des finances tout à l'heure, s'est élevée avec vigueur contre une réorientation brutale de la politique des constructions, qui aboutirait à retarder considérablement, sinon à ajourner, la réalisation de projets déjà très avancés.

Telles sont les principales conclusions de cet avis budgétaire de la commission, qui ne vise, en réalité, qu'une partie de notre politique de la santé publique. Tout le secteur de l'hospitalisation publique et privée a été volontairement écarté, puisqu'il fait l'objet du projet de loi portant réforme hospitalière, qui doit être prochainement soumis à notre Assemblée.

Souhaitant que ses observations soient prises en considération, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a émis un avis favorable à l'adoption des crédits du budget de la santé publique pour 1971. (*Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.*)

**M. le président.** La parole est à M. Icart, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la sécurité sociale.

**M. Fernand Icart, rapporteur spécial.** Monsieur le président, mesdames, messieurs, l'année dernière, premier rapporteur de la commission des finances, je vous avais fait part de l'incertitude dans laquelle je m'étais trouvé pour fixer les limites de ce budget qui, d'ailleurs, n'en est pas un mais en comprend plusieurs.

Aujourd'hui, je reviens devant vous avec le sentiment que les critères retenus alors étaient les bons. Mais d'autres incertitudes sont apparues depuis, qui rendent la tâche fort délicate.

Examinons, si vous le voulez bien, les dépenses de sécurité sociale, telles qu'elles apparaissent dans le budget social de la nation.

Elles se sont élevées à environ 100 milliards de francs en 1968, 114 milliards en 1969 et elles auront atteint probablement 126 milliards en 1970. En 1971, elles approcheront vraisemblablement la somme de 150 milliards de francs, selon nos estimations qui sont très approximatives. De telles évaluations sont, en effet, difficiles à établir à partir de documents très divers, dont la plupart sont des fascicules budgétaires.

Qu'il s'agisse de 140 ou de 150 milliards, le chiffre n'est pas si éloigné des 172 milliards du budget de la nation auquel nous consacrons près d'un mois de débat avec quarante-cinq rapporteurs pour la seule commission des finances. En revanche, ces 140 ou 150 milliards vont être expédiés en une journée de discussion et après qu'aura été entendu un seul rapporteur de la commission des finances, lequel se sent un peu écrasé par l'importance de ces énormes masses budgétaires.

La progression de ces dépenses a été de plus de 14 p. 100 en 1969 par rapport à 1968 et de près de 11 p. 100 en 1970 par rapport à 1969. Elle approchera 19 p. 100 en 1971 par rapport à 1970, si nos estimations se trouvent vérifiées.

Il peut venir à l'esprit de comparer cette croissance à celle de la production intérieure brute, laquelle, avec 15,6 p. 100 en 1969 et 11,9 p. 100 en 1970, aura été légèrement supérieure. Mais la situation risque de s'inverser en 1971. On peut alors s'interroger sur les conséquences d'un tel déséquilibre dont on connaît les effets pernicieux lorsqu'il s'agit du budget de la nation.

On doit, en tout cas, se référer aux constatations faites et aux objectifs définis par notre ministre de l'économie et des finances. Il constate que la charge sociale et fiscale, qu'elle soit nationale ou locale, a atteint des limites qui ne sauraient être dépassées sans mettre en péril notre économie. Cette charge globale a représenté en effet, en 1969, 38,6 p. 100 de la production intérieure brute, contre 35,4 p. 100 en 1959.

Or, cette progression des prélèvements est exclusivement liée au poids des cotisations sociales, puisque la pression fiscale par rapport à la production intérieure brute est restée constante.

Il convient, en outre, de souligner que les prestations sociales représentaient, en 1969, 19,5 p. 100 du revenu des ménages, contre 15,1 p. 100 en 1959.

Il y a donc là une tendance très nette au regard de laquelle il convient d'être vigilant et sans faiblesse, quand on connaît la part de la maladie dans ces dépenses et les abus auxquels elle donne lieu.

A ce point de mon exposé, je formulerai deux remarques qui sont, en réalité, des explications que je me dois de donner à mes collègues qui pourraient s'étonner de la nature et de la forme incertaine de mes préoccupations.

Tout d'abord, ils constateront que je ne parais pas me préoccuper de l'équilibre général de la sécurité sociale.

En fait — je l'ai déjà souligné l'année dernière à cette même tribune — l'important dans cette affaire, n'est pas l'équilibre des différents régimes plus ou moins réalisés par des transferts de caisse à caisse, à partir du budget ou, encore, grâce à la croissance des salaires, de ceux qui sont situés au-dessous du plafond, en particulier.

Pour moi, ce qui doit être observé avec la plus grande attention, c'est le poids que tout cela représente pour l'économie de la nation.

Mes collègues s'étonneront ensuite de l'incertitude quant aux chiffres, qui semble planer dans une démonstration faite par un rapporteur de la commission des finances.

Cette incertitude n'est pas mon fait, ni même celui de M. le ministre, je m'empresse de le dire.

En voici un exemple qui vous permettra de comprendre la situation. L'année dernière, pour la caisse nationale d'assurance maladie, nous avons disposé, en matière de dépenses et de recettes, de deux prévisions pour 1970, l'une pessimiste avec un déficit estimé à 1.500 millions de francs, et l'autre plus optimiste avec un déficit de 900 millions. Au mois de juin dernier, les comptes du budget social nous ont fourni une troisième évaluation, avec un déficit de 600 millions seulement.

Eh bien ! toutes vérifications faites, on estime actuellement que celui-ci n'atteindra que 400 millions. Mais, pour autant, les dépenses auront excédé de 1.400 millions les prévisions pessimistes, soit de 3,8 p. 100, tandis que les recettes excédaient les mêmes prévisions de 2.500 millions, soit de 7,3 p. 100.

De tels constats semblent remettre en cause les prévisions du VI<sup>e</sup> Plan qui laissent entrevoir un déséquilibre global de 12 milliards en 1975.

Ces deux remarques m'amènent à formuler une première série de conclusions.

Toutes ces évaluations sont sans grande signification si elles ne sont pas assorties d'un rapport économique et financier et si elles ne résultent pas d'une comptabilité analytique, moderne et rapide, que permet l'usage des ordinateurs.

Par ailleurs, la commission des finances estime que les dépenses et les recettes de sécurité sociale doivent faire l'objet, soit d'une prévision officielle, annexée à la loi de finances, soit d'un budget annexe des prestations sociales sur lequel le Parlement serait appelé à se prononcer. Et puisque, en l'occurrence, les prévisions sont entachées d'incertitude, celles-ci pourraient fort bien, en cours d'exercice, faire l'objet d'une révision.

Un tel débat mettrait en lumière l'effort de l'Etat en faveur de certains régimes — qui donnent au Gouvernement tant de tracas — certaines lacunes pour d'autres et les inégalités les plus criantes.

Peut-être, progressivement, empêcherions-nous ainsi que la complexité du problème ne continue indéfiniment de masquer la vérité et les choix qui en découlent.

Ces masses énormes masquent en effet et des lacunes et de inégalités de moins en moins acceptables dès lors que nous nous engageons dans la voie d'une nouvelle société.

Ces lacunes, c'est l'infiniment petit face à l'infiniment grand de la dépense globale.

C'est d'abord la condition des personnes âgées qui relèvent du régime des vieux travailleurs salariés et du Fonds national de solidarité dont l'addition des allocations, qui constitue le

minimum garanti, atteindra au 1<sup>er</sup> octobre prochain 3.400 francs. C'est là un effort appréciable et coûteux mais qui ne représentera jamais que 222 francs par mois, auxquels peut s'ajouter, il est vrai, l'allocation-loyer dont on vient heureusement d'assouplir les conditions d'attribution, comme l'a rappelé tout à l'heure notre collègue M. Bisson.

A ce propos, permettez-moi une simple remarque, monsieur le ministre : cette augmentation de 400 francs seulement n'est-elle pas en retrait par rapport aux objectifs que vous vous étiez fixés et qui prévoyaient d'atteindre au moins 5.300 francs en 1975 ?

Puis-je à nouveau vous conjurer de soulager et d'encourager les enfants fidèles à une éthique traditionnelle du respect de leurs parents, qui les gardent auprès d'eux, leur évitant ainsi les affres de l'hospice ou de la maison de retraite. Il suffit pour cela de prendre ces personnes âgées en compte pour l'attribution de l'allocation-logement.

C'est ensuite le problème des veuves qui n'ont droit à aucune pension de réversion si elles n'ont, elles-mêmes, atteint l'âge de la retraite. Il faut admettre que nous sommes les seuls en Europe à connaître une telle disposition.

C'est aussi le problème des orphelins auquel vous envisagez d'apporter un commencement de solution. Bien qu'il soit fort modeste, ce commencement ne coûtera pas moins de 300 millions de francs.

Il est inutile que je reprenne toutes les considérations et toutes les critiques qui touchent au mécanisme de l'attribution de la pension des retraités du régime général et à ses insuffisances.

Néanmoins, pour situer dans les esprits l'écart qui peut séparer ce qui est souhaitable de ce qui est possible, voici, à titre d'exemple, deux précisions qui devraient être connues de tous.

Un rapide calcul nous apprend que, pour porter de 40 à 50 p. 100 du salaire plafonné le montant de la pension de retraite, il faudrait porter à près de 14 p. 100 le montant global de la cotisation, alors qu'elle n'est actuellement que de 8,75 p. 100.

De même, pour satisfaire la revendication si souvent formulée de l'abaissement de l'âge de la retraite de soixante-cinq ans à soixante ans, il faudrait doubler cette cotisation.

On imagine à peine quelle serait la charge globale que pourrait représenter la satisfaction de toutes les revendications accumulées.

Cependant, force nous est de constater que la part de l'effort de solidarité de la France, parmi les nations européennes, est sans conteste la plus faible au regard de la vieillesse.

Il y a des lacunes mais aussi des inégalités, les unes étant la conséquence des autres.

Ces inégalités revêtent les formes les plus variées, les plus accentuées, en fonction de l'éparpillement des régimes qui traduisent si bien le particularisme des Français.

Les régimes généraux ne couvrent, en France, que 51 p. 100 des dépenses de sécurité sociale, contre 71 ou 78 p. 100 chez nos partenaires du Marché commun.

Mais n'y a-t-il pas déjà, dans le régime général, une inégalité dans la répartition des charges entre assurés ?

A cet égard, je livre à votre méditation deux tableaux qui, dans mon rapport écrit, font apparaître, d'une part, le poids des cotisations d'assurance maladie sur les différentes tranches de salaires, où l'on voit que, pour un gain mensuel de 700 francs, ce poids est de 15,75 p. 100, contre 4,91 p. 100 pour un gain mensuel de 10.000 francs ; d'autre part, la dépense annuelle de santé par personne, suivant la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage.

Je ne saurais trop vous conseiller de jeter un coup d'œil à ces tableaux.

Il y a également les différences, souvent peu explicables, qui existent entre les remboursements moyens par assuré, selon les caisses et les départements. Ces différences, qui peuvent aller du simple au double, traduisent manifestement des comportements variables et une rigueur inégale.

Dans le même ordre d'idée, les caisses de vieillesse retiennent aussi des critères, à la fois mouvants et incertains pour apprécier l'inaptitude au travail.

De telle sorte que, à juste titre, vous envisagez, monsieur le ministre, d'élaborer une nouvelle définition de l'inaptitude au travail, plutôt que de vous engager dans la voie d'un abaissement général de l'âge de la retraite. C'est infiniment plus sage et plus juste.

A ces inégalités, il faut ajouter celles qui concernent les régimes entre eux.

Régime général, régimes spéciaux, régimes autonomes : tous ces régimes recouvrent des obligations et des avantages très différents les uns des autres.

A cet égard, dans mon rapport écrit, deux tableaux font apparaître, l'un, la répartition en pourcentage des avantages vieillesse servis au 1<sup>er</sup> juillet 1969 par les principaux régimes ; l'autre, le taux de la retraite par rapport à la cotisation.

Au plus bas de l'échelle, il faut le reconnaître, il y a les commerçants et les artisans, qui ne perçoivent qu'une fois et demi le montant de leur cotisation, tandis que, au plus haut de l'échelle, les exploitants agricoles reçoivent en moyenne plus de treize fois le montant de leur cotisation.

Il y a aussi le problème des régimes de l'Algérie, dont certains ont été maintenus dans une situation inférieure, leur intégration totale à un régime métropolitain ayant été refusée par certains organismes.

Il y a le système du salaire unique, dont l'application systématique fait un avantage dérisoire pour les plus démunis. Nous savons que vous envisagez d'apporter des améliorations à ce système.

J'abrège cette énumération, car nous n'en finirions plus.

Tout cela fait apparaître que, à partir d'une idée générale — celle qui transformait l'assurance sociale en sécurité sociale, nous engageant vers un système de solidarité et, par voie de conséquence, de redistribution — nous semblons assister, en raison de notre tendance au particularisme, à une sorte de glissement en retour vers un système d'assurance.

Est-ce vraiment ce que nous voulons ?

Et, dans le cas contraire, trouverons-nous les voies de la solidarité par une fiscalisation accrue, qui est un moyen invisible, ou par celle d'un déplatement, qui peut paraître politiquement soit difficile, soit impossible ?

Par ailleurs, pouvons-nous accepter plus longtemps que, dans l'enveloppe globale des charges, telles qu'elles ont été définies par M. le ministre de l'économie et des finances, les dépenses de maladie continuent de s'accroître, au détriment du développement nécessaire de la protection de la vieillesse ?

Tels seraient, à mon avis, monsieur le ministre, les objets d'un débat qui concernerait un budget annexe des prestations sociales. Ce débat nous paraît souhaitable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe des républicains indépendants et de l'union des démocrates pour la République.*)

**M. le président.** La parole est à M. Bonhomme, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la sécurité sociale.

**M. Jean Bonhomme, rapporteur pour avis.** Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, trois constatations dominent les problèmes de la sécurité sociale.

C'est, en premier lieu, l'importance du volume global du budget social et la rapidité de son accroissement, dont le taux est plus élevé que celui, d'une part, des charges du budget de l'Etat, et, d'autre part, de la production intérieure brute. C'est dire que nos transferts sociaux devancent nos capacités économiques.

C'est, en deuxième lieu, l'incertitude des prévisions et la difficulté de maîtriser les dépenses, dans un domaine où de multiples facteurs les accélèrent.

Et c'est, en troisième lieu, la complexité des structures et des différents systèmes de protection sociale, puisqu'on a pu dénombrer une quinzaine de régimes d'assurance maladie, plus de vingt régimes spéciaux de vieillesse et une dizaine de régimes de prestations familiales.

Cette multiplicité des régimes a deux conséquences particulièrement importantes.

La première est la fragilité de la plupart des régimes spéciaux, qui contraignent l'Etat à concourir à leur financement pour un montant de 13 milliards de francs en 1970 et pour un montant estimé à 14 milliards et demi de francs pour 1971. Cela explique les différences de situation qui affectent les ressortissants de tel ou tel régime, selon la structure démographique ou les modalités de financement de celui-ci.

La deuxième conséquence est que, si l'Etat contribue de plus en plus à l'équilibre des régimes spéciaux, il laisse, en revanche, indûment à la charge du plus important d'entre eux, le régime général, un certain nombre de dépenses. C'est la vieille querelle des charges indues.

Sans doute le Gouvernement a-t-il prévu des mesures nouvelles pour tenter de remettre à la charge de l'Etat des dépenses qui lui incombent.

C'est ainsi que l'Etat reprendra à son compte une partie des allocations supplémentaires versées par le régime général aux bénéficiaires d'avantages vieillesse et invalidité.

C'est ainsi qu'il assumera également certaines dépenses d'enseignement et de formation des personnels hospitaliers en 1971. Mais ces diverses contributions de l'Etat ne compenseront pas une charge nouvelle de 410 millions de francs, que le régime général devra supporter, en faveur du régime maladie de la S. N. C. F.

Je sais, monsieur le ministre, que vous considérez globalement la cotisation sociale et la cotisation fiscale. Il n'en reste pas moins vrai qu'un effort de clarification comptable demeure indispensable et que la querelle des charges indues reste toujours ouverte.

Examinons les principales dépenses relatives aux prestations sociales : vieillesse, prestations familiales — sur lesquelles je passerai assez rapidement — et, surtout, assurance maladie.

Sur l'assurance vieillesse, je n'insisterai pas outre mesure, mon collègue M. Icart ayant brossé un tableau exhaustif des problèmes qu'elle pose et de leurs solutions.

Constatons seulement avec lui que la situation financière du régime général, qui était saine jusqu'à présent, a tendance à se détériorer ; que le nombre des bénéficiaires de retraite s'accroît — de 5 millions en 1958, il passe aujourd'hui à plus de 8 millions — et que la charge des retraités pesant sur les actifs ira croissant d'ici à 1980 et cela à législation constante. Il faut donc convenir que l'abaissement de l'âge de la retraite pour tous serait insupportable pour l'économie.

Il convient, en attendant, de revoir les conditions de liquidation de la pension pour inaptitude au travail, en tenant compte d'éléments non seulement médicaux, mais également professionnels, sociaux et économiques.

D'autres mesures s'imposent, parmi lesquelles le relèvement des avantages minima pour la vieillesse, qui seront portés à 3.400 francs au 1<sup>er</sup> octobre 1971 ; la prise en compte des années de cotisation au-delà de la trentième ; une règle de calcul de la pension sur les dix meilleures années. Enfin, la situation des veuves doit être améliorée.

En résumé, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales estime que l'amélioration du sort des personnes âgées doit être un objectif prioritaire pour le Gouvernement.

Les prestations familiales posent un problème très différent, compte tenu de la masse globale disponible et des besoins prioritaires de la population âgée.

On ne peut envisager une augmentation sensible du volume global des allocations familiales ; il convient seulement d'utiliser mieux celles-ci. Il ne s'agit plus, aujourd'hui, d'opérer une redistribution égalitaire entre les familles qui ont la chance d'avoir des enfants et celles qui n'en ont pas ; une telle répartition, dans une société aussi diversifiée que la nôtre sur le plan des revenus, est, en fait, le contraire de l'égalité. Il s'agit bien plutôt de rechercher les moyens qui permettraient d'aider les familles en fonction de leurs besoins, en donnant plus à celles qui n'ont pas assez et moins à celles qui ont le nécessaire, et parfois le superflu.

Il convient donc — et la commission en est d'accord — de moduler les prestations familiales selon le revenu. Le Gouvernement s'est engagé dans cette voie par la réforme de l'allocation de salaire unique. A un deuxième stade, cette modulation pourrait être réalisée indirectement, mais efficacement, par l'inclusion des prestations familiales dans les bases de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Afin de faciliter une redistribution de ces recettes fiscales, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a bien voulu me suivre dans la proposition de loi que j'ai déposée, tendant à créer une sorte de taxe d'égalisation des charges familiales, qui équivaldrait à la différence existant entre l'impôt direct sur le revenu global, calculé en y incluant les prestations familiales reçues, et l'impôt direct sur les revenus non sociaux, tel qu'il existe actuellement.

Une telle taxe, recouvrée par l'U.R.S.S.A.F., serait répartie entre les caisses nationales.

Ces ressources nouvelles pourraient ainsi permettre de développer les actions spécifiques en faveur des catégories familiales défavorisées, telles que le Gouvernement se propose de les entreprendre : augmentation de l'allocation de maternité, création d'une allocation pour orphelin et handicapés.

Elles permettraient surtout d'intensifier l'action sociale dans tous les domaines dont dépend la vie familiale — crèches, centres sociaux, équipements socio-éducatifs, formation professionnelle — vie familiale qui a vraiment besoin d'une très forte stimulation.

L'assurance maladie est le poste qui présente l'évolution la plus préoccupante, en raison de l'accélération des dépenses.

Disons tout de suite qu'il serait vain d'attendre des solutions radicales d'une vraie réforme ou d'une réforme fondamentale que l'on évoque constamment et qui sous-entend n'importe quoi, souvent même des objectifs contradictoires.

La transformation totale de notre système de protection contre la maladie ne saurait s'opérer sans troubles profonds. Rien ne prouve que cela irait mieux. La prise en charge par l'Etat du soin d'assurer la santé serait illusoire, n'apportant qu'irresponsabilité et anonymat à une profession qui doit conserver son caractère responsable et personnalisé. La lourdeur de l'organisation bureaucratique qu'elle exigerait obérerait plus encore les finances publiques.

Une action s'impose pourtant, puisque la situation financière du régime de l'assurance maladie est de plus en plus précaire. La lutte doit être menée contre tous les abus et sur tous les fronts, principalement là où est concentrée la cause des dépenses : hospitalisation, pharmacie, frais médicaux.

De l'hospitalisation, je ne dirai rien. Nous attendons des résultats positifs, bien que progressifs, du projet de loi de réforme déposé par le Gouvernement. Peut-être pouvons-nous aussi, en cette matière, attendre quelques résultats d'une meilleure éthique médicale, que je me propose d'évoquer rapidement tout à l'heure.

En ce qui concerne la pharmacie, une double action doit être entreprise au niveau de l'industrie pharmaceutique et au niveau des officines.

Une opération d'assainissement énergique doit être menée pour éliminer un très grand nombre de spécialités dont le coût paraît sans rapport avec la valeur thérapeutique. La plus grande rigueur doit être de mise dans l'agrément des spécialités dont les prix, pour des produits de composition identique, varient au gré de la plus grande fantaisie.

Vous avez entre les mains, monsieur le ministre, par l'agrément accordé aux produits, des moyens de rétorsion qui doivent permettre le remboursement des seuls produits qui le méritent sur le plan de la double valeur scientifique et économique.

Au stade des officines, les pharmaciens doivent, en compensation des privilèges qui les protègent efficacement de la concurrence, accepter de verser une remise aux organismes de sécurité sociale, qui sont, de très loin, leurs principaux clients.

L'abaissement uniforme du taux de marge des pharmaciens n'est pas une bonne mesure. On ne doit pas pénaliser la petite pharmacie qui rend un véritable service public, principalement en zone rurale, et à laquelle le bénéfice brut habituel est indispensable pour survivre. En revanche, et cela semble juste à notre commission, il faut instituer un système de remise au-dessus d'un chiffre d'affaires donné, directement proportionnel au chiffre d'affaires.

La limitation des dépenses en matière de frais médicaux et chirurgicaux s'impose aussi.

La surconsommation médicale doit être dénoncée. On ne peut nier les abus d'examen ou d'analyses pratiqués en l'absence de présomptions sérieuses, les excès de prescription, les séries de soins interminables autant qu'inutiles, les abus de gestes thérapeutiques dans le domaine médical aussi bien que chirurgical.

Les causes de ces excès ne résident pas essentiellement dans le mercantilisme, comme l'opinion commune aurait tendance à le croire. Elles tiennent beaucoup plus à une hypertéchnicité médicale, qui pousse à accorder une valeur absolue aux résultats chiffrés, aux dogmes du moment admis aussi vite qu'élaborés, avant même que l'épreuve du temps ait permis d'en reconnaître le bien-fondé. Elles tiennent aussi à un excès de sensationnel, au goût de la dramatisation, développé par un certain journalisme.

Les conséquences de cet état de choses sont redoutables pour la santé des individus, d'abord : les dégâts entraînés par l'abus des médicaments sont lourds, et trop de gens ne vivent que dans la hantise de maladies invoquées à propos de résultats d'examen incertains. D'autres s'abandonnent à des séries de soins qui inhibent leurs facultés de participation active, laquelle est pourtant essentielle à la guérison du malade.

Les conséquences pour l'économie apparaissent non moins nettement : le déficit de cette branche de la sécurité sociale risque de prendre une ampleur telle qu'elle minerait notre économie, affaiblirait ses possibilités d'investissement, compromettrait ses chances de développement et, par la même occasion, les chances du progrès médical et sanitaire.

Un tel progrès, il ne faut pas l'oublier, tient, tout autant qu'au geste médical, à la prévention, à l'hygiène, à la salubrité, au logement, à l'urbanisme, c'est-à-dire à toutes les conditions du confort physique et du confort moral, sans lesquels l'individu ne peut s'épanouir. Or ces conditions sont insuffisamment remplies aujourd'hui.

A quoi sert d'avoir de magnifiques instituts hélio-marins s'ils voisinent avec des bidonvilles ? A quoi sert de greffer des cœurs ou de prolonger artificiellement des cancéreux en phase terminale, si la plus élémentaire prophylaxie n'atteint pas toutes les couches de la population ? Au nom de quoi s'épuiser contre la fatalité de la mort, si on n'accorde pas les moyens de survivre à des êtres qui sont faits pour cela ?

**M. Fernand Icart, rapporteur spécial.** Bravo !

**M. Jean Bonhomme, rapporteur pour avis.** Il faut, enfin, « dédramatiser » la médecine, comprendre qu'elle n'est pas faite exclusivement de proesses, savoir aussi que la santé des hommes ne se satisfait pas du cliquetis des ordinateurs, mais qu'elle rend nécessaire une recherche longue, patiente et appliquée.

Vous tentez, monsieur le ministre, de limiter ces excès, grâce aux travaux de révision de la nomenclature des actes médicaux, grâce aussi à l'établissement de « profils » médicaux. C'est bien.

Il convient aussi de développer une action d'incitation à la limitation des dépenses, auprès du grand public d'abord, auprès des caisses de sécurité sociale ensuite — notre commission m'a demandé d'insister particulièrement sur ce point : de grâce, qu'il ne soit plus fait obligation de dépenser 250 francs ou 500 francs par mois, selon les caisses, pour permettre aux bénéficiaires, si je puis dire, des vingt et une maladies de longue durée de prétendre au remboursement intégral — et, enfin, auprès du corps médical, afin que celui-ci prenne conscience des données économiques de la sécurité sociale, et afin de créer ainsi un véritable civisme médical.

Ce qui importe, enfin, c'est que soit reconnu à sa juste valeur l'acte intellectuel, qu'il soit le fait de spécialistes ou de généralistes, plus que l'acte qui consiste à surveiller la bonne marche d'appareillages mécaniques.

En conclusion, approuvant les propositions de son rapporteur et constatant que les dépenses de sécurité sociale connaissent une importante progression, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales estime que l'on ne peut tolérer le rythme actuel de cette progression sans compromettre notre économie et, singulièrement, ses investissements, eux-mêmes garants du progrès social.

La commission estime nécessaire d'agir dans deux directions :

Premièrement, l'obligation d'une limitation des dépenses doit être assortie d'une redistribution au profit des plus défavorisés, sur le plan de l'assurance vieillesse et des prestations familiales ; sur le plan de l'assurance maladie, cette redistribution doit faire que l'ensemble de la population soit touchée par le bienfait du progrès médical, au lieu de s'aventurer financièrement dans des proesses techniques dont quelques-uns seulement bénéficieraient.

Deuxièmement, l'harmonisation des régimes et des prestations apparaît nécessaire, le fossé séparant les diverses catégories socio-professionnelles devenant de moins en moins tolérable.

La commission estime indispensable le recours de plus en plus large à la solidarité nationale, qui doit se substituer aux solidarités professionnelles devenues insuffisantes. Dans un premier temps, la répartition des charges doit être rationalisée. Dans une étape ultérieure, le recours à la fiscalité devra faciliter l'uniformisation des régimes, afin de permettre d'en arriver à un régime unique de protection sociale, peut-être prématuré aujourd'hui, mais dont l'avènement doit être notre souci constant.

Sous réserve des observations qui précèdent, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a donné un avis favorable à l'adoption des crédits du ministère de la santé publique, pour la sécurité sociale. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

**M. Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.** Monsieur le président, mesdames, messieurs, je voudrais d'abord remercier — et ce n'est pas là une clause de style — les rapporteurs, M. Bisson, M. Peyret, M. Icart, M. Bonhomme qui, au nom des commissions auxquelles ils appartiennent, ont fait des rapports précis, fort bien étudiés et que j'ai écoutés avec le plus vif intérêt.

En présentant l'an passé à l'Assemblée nationale le projet de budget du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, projet qui — compte tenu de la date de mon entrée en fonctions — devait autant sinon plus à mon prédécesseur qu'à moi-même, j'avais esquissé quelques grandes orientations qui devaient, avec votre approbation, guider mon action.

Le projet de budget pour 1971 n'est donc l'occasion, à travers l'analyse des crédits que je vous demanderai de voter, de montrer en quoi les orientations proposées l'an passé se concrè-

tisent dans les mesures nouvelles et comment se précise la définition d'une politique dont le contenu, il y a un an, était encore vague.

L'année dernière, la scission du ministère des affaires sociales en 1969 ne facilitait pas les comparaisons entre les crédits de 1970 et ceux de 1969. Aujourd'hui, par contre, il est possible de marquer nettement l'évolution du budget du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale par rapport à celui de l'an passé.

Vos rapporteurs ont noté — je me borne simplement à le rappeler — que, de 1970 à 1971, l'augmentation des crédits qui vous sont proposés est la suivante :

Pour les services communs santé et travail, en 1970, 82 millions, en 1971, 92 millions, soit 12 p. 100 d'augmentation.

Pour la santé publique et la sécurité sociale : les dépenses ordinaires se sont élevées en 1970 à 5.508 millions, en 1971 elles seront de 6.451 millions, soit 17,1 p. 100 d'augmentation.

Quant aux dépenses en capital les autorisations de programme étaient en 1970 de 568 millions, en 1971 elles passeront à 622 millions, soit 9,5 p. 100 d'augmentation ; les crédits de paiement s'élevaient en 1970 à 677 millions, en 1971 ils seront de 741 millions, soit 9,4 p. 100 d'augmentation.

Le total des crédits de paiement ouverts en 1971 au budget du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale atteint 7.192 millions contre 6.185 en 1970. La progression est donc de 16,2 p. 100. Pour l'ensemble du budget général, je rappelle que la variation est de plus 9,3 p. 100 pour les dépenses ordinaires et pour les dépenses civiles en capital de moins 0,1 p. 100 en autorisation de programme et de plus 4,3 p. 100 en crédits de paiement.

Si, au total, les crédits du ministère de la santé publique ne représentent toujours qu'une faible part du budget général de l'Etat — 4,33 p. 100 — cette part est en augmentation en 1971. Tant pour les dépenses ordinaires de fonctionnement que pour les dépenses en capital, les crédits affectés à la santé progressent plus vite — j'ai souvent eu l'occasion de le rappeler — que l'ensemble des crédits publics.

Avant d'abandonner le domaine des chiffres pour exposer la doctrine qui guidera l'utilisation des crédits qui vous sont demandés, je voudrais indiquer à l'Assemblée les principales mesures nouvelles que comporte le projet de budget 1971 et en mesurer l'importance.

Sur le plan des dépenses de fonctionnement, le projet de budget 1971 comprend 218.670.898 francs de mesures nouvelles dont les plus importantes se répartissent ainsi : formation du personnel médical et paramédical, 129 millions de francs ; programme pour les handicapés, 31.404.000 francs, dont 7.685.036 francs au titre de la politique périnatale de prévention des handicapés à la naissance qui est particulièrement importante et dont vous parlerez après moi Mlle Dienesch ; recherche médicale, 23.300.000 francs ; action sociale en faveur des personnes âgées, 11.460.000 francs ; santé scolaire, 3.018.000 francs ; foyers de jeunes travailleurs, 2 millions de francs ; mesures diverses intéressant le personnel, 747.778 francs.

L'effort fait pour la formation du personnel médical et paramédical et pour le programme en faveur des handicapés est très important. Il constitue sans doute le meilleur côté du projet de budget de la santé publique.

Je suis moins satisfait des mesures concernant le personnel. J'avais indiqué au Parlement l'an dernier que je poursuivais la mise au point d'un programme de renforcement et de réorganisation à la fois de l'administration centrale et des services extérieurs.

Pour l'administration centrale qui — je le souligne — à force d'efforts et d'ingéniosité, parvient à faire face avec des moyens inchangés à des responsabilités et à des missions qui vont se multipliant sans cesse, mais qui, je dois le dire, travaille à la limite de la rupture, je n'ai pu obtenir encore les moyens supplémentaires qui lui sont nécessaires.

J'ai seulement amorcé quelques réorganisations pour déplacer les frontières entre les services et les poser là où la raison le recommande : j'ai regroupé les services ayant à traiter les questions de prestations sociales — famille, vieillesse, assurance-maladie — dans la nouvelle direction de la sécurité sociale, tandis qu'une direction de l'action sociale reçoit compétence pour l'ensemble de l'action sociale, y compris celle qui est menée par les caisses de sécurité sociale.

Cette direction de l'action sociale, avec un visage plus humain, se consacrera aux actions concrètes en faveur des familles, des personnes âgées et des handicapés.

Il reste à regrouper en outre, dans un dessein de rationalité dont la discussion de la loi hospitalière montrera l'évidence, les services qui s'occupent de la construction des établissements — actuellement la direction de l'équipement social au Vésinet —

et ceux qui contrôlent leur gestion administrative et financière — le service des établissements.

Dans mon esprit, cette réorganisation exige un accroissement des moyens administratifs, notamment en personnel, accroissement que la rigueur du budget qui vous est présenté n'a pas permis de réaliser cette année. En tout cas, études et discussions se poursuivent, car je considère que, tant que le renforcement n'aura pas été réalisé, même en tenant compte de l'important effort de décentralisation que j'ai engagé, il n'y aura pas eu de vraie réforme du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

J'ai à répondre à M. Bisson au sujet de la direction de la pharmacie et des médicaments, que justifieraient à la fois la qualité de l'actuel chef de service et les vastes problèmes qui se posent dans ce secteur. Mais j'aurai l'occasion d'en reparler.

Au niveau des services extérieurs, j'ai fait également élaborer un programme prévoyant la fusion des directions régionales de la sécurité sociale et des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, fusion qui doit être la conséquence logique du regroupement intervenu sur le plan gouvernemental entre santé publique et sécurité sociale et qui doit permettre un contrôle plus rigoureux et une meilleure maîtrise de la progression des dépenses de soins et des dépenses d'aide sociale.

Parallèlement, ce programme prévoit l'étatisation du personnel des directions départementales de l'action sanitaire et sociale, afin de donner à l'administration centrale plus de moyens pour l'exécution de sa politique et surtout afin d'assurer une meilleure organisation des carrières permettant de retenir les meilleurs agents ; un renforcement d'effectifs rendu nécessaire par la décentralisation qui va être opérée dans des domaines financièrement très importants — approbation des projets d'équipement, tutelle des hôpitaux et approbation des prix de journée.

L'ensemble de ces actions cohérentes pourrait être réalisée par étapes. J'envisage d'en étaler sur cinq ans l'application. Je mettrai tout en œuvre pour obtenir que la première tranche soit prévue au budget de l'an prochain.

Le budget d'équipement pour 1971 s'élève à 622.400.000 francs en autorisations de programme au lieu de 568.100.000 francs l'an passé.

Ce budget marque une augmentation sensible sur l'an passé puisque je rappelle qu'elle dépasse 9 p. 100. Mais le niveau des besoins, les contraintes héritées du passé et les orientations nouvelles que je veux donner pour l'avenir font que, malgré cette progression, le budget d'équipement sanitaire et social reste insuffisant par rapport aux besoins exprimés.

Le poids des contraintes m'a obligé à affecter ce budget à plusieurs dépenses inéluctables : les réévaluations d'opérations achevées, 82 millions ; équipements mobiliers d'opérations achevées, 82 millions ; acquisitions foncières, 16 millions ; achèvement d'opérations de construction engagées par tranches, 98 millions ; poursuite d'actions diverses liées à l'organisation des services, services d'urgence de réanimation et d'adaptation à la réforme des études médicales, services d'urgence et de réanimation, services de dialyse rénale, politique de la périnatalité, 25 millions de francs.

Ces contraintes absorbent 303 millions de crédits avant que l'on puisse envisager la mise en réalisation des dossiers de construction actuellement approuvés.

Les orientations nouvelles sur lesquelles je reviendrai plus loin absorberont encore en 1971 214 millions d'autorisations de programme : construction industrialisée d'unités de soins normalisées — 2.000 lits de médecine et de convalescents, 2.000 lits de psychiatrie et 1.000 lits pour personnes âgées — pour 100 millions ; poursuite du programme d'équipement pour l'accueil des handicapés pour 114 millions.

Dans ces conditions, il reste en 1971 moins de 100 millions pour réaliser les équipements sanitaires et sociaux par les techniques traditionnelles.

Je ne veux pas dissimuler à l'Assemblée nationale — et je répons par là-même au rapporteur — mes préoccupations en ce domaine. La direction de l'équipement social a dans ses cartons une masse de projets supérieure à ceux qu'elle peut espérer réaliser dans les années à venir. J'aurai pu, compte tenu de cette circonstance, retarder les orientations nouvelles vers l'industrialisation en matière d'unités de soins et d'équipements pour handicapés.

J'ai bien conscience de mécontenter ainsi les représentants de certaines collectivités locales à qui des assurances ont pu être données dans le passé pour leurs projets. Je rechercherai si d'autres moyens financiers peuvent être dégagés pour les réaliser. Mais il eût été contraire à l'intérêt national de ne pas s'engager dans la voie que j'ai choisie.

Malgré son caractère prioritaire, que votre commission des finances a pu constater en comparant les divers budgets d'équipement qui vous sont proposés, le budget de la santé publique ne permettait pas pour 1971 de préparer l'avenir et de rattraper le retard. C'est l'avenir que je vous proposerai de préparer en recherchant le moyen de construire plus en dépensant moins.

La progression des crédits ne suffit pas à satisfaire le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, mais elle lui a permis de poursuivre les efforts annoncés l'an dernier. Devant vous, j'avais placé mon action sous le signe de la rationalisation, de l'industrialisation et de la responsabilité. Je n'ai rien à changer à ces principes qui me paraissent toujours valables. Il m'est aujourd'hui possible d'indiquer à l'Assemblée nationale, à l'occasion de la présentation de ce budget, comment se traduira dans les crédits de 1971, donc au niveau de l'action administrative, les orientations énoncées l'an passé.

C'est pourquoi je traiterai successivement de la politique de sécurité sociale et de la politique de la santé, en laissant naturellement le soin à Mlle Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation, de développer plus particulièrement les questions qui relèvent de sa compétence.

Voyons d'abord la politique de la sécurité sociale.

J'ai suffisamment eu l'occasion de traiter devant l'Assemblée nationale ou devant ses commissions des mesures intervenues dernièrement en matière de sécurité sociale pour ne pas avoir à y revenir en détail.

Mais, compte tenu des effets indirects que ces mesures ont, soit sur le budget du ministère de la santé publique, soit sur celui des charges communes, je dois les rappeler ici brièvement.

Il s'agit évidemment des mesures concernant les familles et les personnes âgées, mais plus encore de celles qui s'appliquent pour l'assurance maladie et qui, de ce fait, affectent au moins autant la politique de la santé que l'équilibre financier de la sécurité sociale.

L'abaissement du taux de la natalité, constaté depuis quelques années malgré l'accroissement sensible des allocations servies aux familles, ne pouvait qu'inciter le Gouvernement à une réflexion d'ensemble sur les prestations familiales.

Il apparaît aujourd'hui que les facteurs psychologiques qui agissent sur la natalité sont trop complexes pour qu'on puisse affirmer ou nier brutalement l'efficacité des prestations familiales en ce domaine. Il est vain, dès lors, de vouloir distinguer des mesures qui encourageraient la natalité et des mesures sociales qui ne viseraient qu'à aider les familles.

Une politique familiale réaliste ne peut choisir entre ces deux objectifs qui paraissent bien étroitement liés. Elle poursuit nécessairement l'un à travers l'autre. Ceux qui veulent critiquer la voie choisie en accusant le Gouvernement d'incohérence se fondent sur des raisonnements théoriques, hâtifs et contestables.

En 1971, la politique familiale du Gouvernement se marquera donc par des mesures d'inspiration différente, mais qui concrétisent un nouvel effort en faveur des familles.

La réduction d'un point du taux des cotisations — transféré à l'assurance maladie pour 0,75 p. 100 et à l'assurance vieillesse pour 0,25 p. 100 — revêt peu d'importance dès lors qu'il apparaît — et j'insiste sur ce chiffre dont on ne tient pas assez compte — que les prestations servies aux familles progresseront de 11,9 p. 100 en 1971, c'est-à-dire à un rythme largement supérieur à celui de toute hausse des prix raisonnablement prévisible.

Cette augmentation des prestations résulte de plusieurs décisions, dont certaines sont intervenues avec effet au 1<sup>er</sup> août dernier, comme il est de tradition, et dont d'autres devraient entrer en application au début de 1971.

Les mesures intervenues au 1<sup>er</sup> août 1970 sont, je le rappelle, le relèvement de 4,5 p. 100 du salaire de base servant au calcul des allocations familiales, et l'augmentation, dans un souci nataliste, de 35 à 37 p. 100 du salaire de base pour le taux des allocations servies pour les troisième et quatrième enfants.

Ces mesures renforcent, bien entendu, celles qui étaient intervenues dans le même esprit en 1969.

Quelles sont les mesures attendues pour 1971 ?

Fortement majoration de l'allocation de maternité, qui, au 1<sup>er</sup> janvier 1971, passera de 755 à 1.025 francs, soit 35 p. 100 d'augmentation ;

Réforme de l'allocation de salaire unique, afin d'en renforcer l'efficacité au profit des familles aux revenus les plus bas, ayant des enfants de moins de deux ans. Ce sujet est actuellement en cours d'étude et fera, bien entendu, l'objet d'un projet de loi sur lequel je vais demander incessamment l'avis du conseil d'administration de la caisse nationale d'allocations familiales ;

Création d'une allocation d'orphelin au profit de 307.000 enfants ayant perdu un parent ou leurs deux parents. Il est prévu que cette mesure coûtera 300 millions en 1971. Elle sera décidée par une loi qui sera soumise au Parlement à cette session et, je l'espère, adoptée ;

Création d'une allocation pour les familles ayant un enfant gravement handicapé. Cette mesure, qui devrait également coûter 300 millions aux caisses d'allocations familiales, sera décidée par une loi qui sera également soumise prochainement au Parlement ;

Enfin, renforcement de l'action sociale et programme exceptionnel de construction de crèches, si importants dans l'éducation de nos enfants et pour faciliter le travail de la femme ; 187 millions viendront ainsi s'ajouter à l'action spécifique de l'Etat inscrite au budget du ministère de la santé publique, chapitres 66-12, article 5, et 47-14, article 1<sup>er</sup>.

Au total, les mesures retenues par le Gouvernement le 22 juillet 1970 pour les années 1970 et 1971 devraient entraîner une charge supplémentaire de 1.337 millions pour les caisses d'allocations familiales, charge que celles-ci pourront supporter malgré la réduction du taux des cotisations. Les recettes devraient en effet passer de 23,6 à 24,3 milliards, tandis que les dépenses s'élèveraient de 22,2 à 24,3 milliards. Pour la première fois, la totalité des recettes serait ainsi restituée aux familles, alors qu'en 1969 et dans les prévisions de 1970 un excédent de recettes de plus d'un milliard apparaît dans le compte des prestations familiales. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.*)

En ce qui concerne la politique de la vieillesse, qui a fait l'objet des préoccupations de vos rapporteurs, et dont je présume qu'il sera beaucoup parlé au cours de ce débat, M. le Premier ministre a défini lui-même, à cette tribune, la place que devait avoir l'action en faveur des personnes âgées dans sa « France pour tous les Français ». Je ne saurais, mieux qu'il ne l'a fait, distinguer les deux lignes que cette action recouvre.

En premier lieu, le relèvement du niveau des ressources.

Poursuivant l'effort important déjà entrepris les années précédentes, le Gouvernement a décidé deux choses :

D'abord l'augmentation de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, qui passera de 1.250 francs au 1<sup>er</sup> janvier 1970 à 1.500 francs au 1<sup>er</sup> janvier 1971 et à 1.550 francs au 1<sup>er</sup> octobre 1971. (*Applaudissements sur les mêmes bancs.*)

Ensuite l'augmentation de l'allocation de base, qui est passée de 1.650 francs au 1<sup>er</sup> janvier 1970 à 1.750 francs au 1<sup>er</sup> octobre dernier et qui passera à 1.850 francs au 1<sup>er</sup> octobre 1971.

Au total, entre le 1<sup>er</sup> octobre 1970 et le 1<sup>er</sup> octobre 1971, l'allocation minimale servie aux personnes âgées et aux infirmes ayant des ressources inférieures à 4.750 francs pour une personne seule et à 7.125 francs pour un ménage passera de 2.900 à 3.400 francs, soit une majoration de 17 p. 100 en une seule année.

Les 10 francs par jour, qui demeurent un objectif prioritaire et qui sont tant souhaités, seront acquis dès le 1<sup>er</sup> janvier 1972. C'est là un engagement que prend le Gouvernement.

La deuxième ligne d'action concerne les éléments d'une politique d'ensemble.

Des actions nouvelles seront engagées en 1971, dont Mlle Diensch parlera plus en détail et que je me permets de rappeler.

D'abord, la réforme de l'inaptitude pour permettre à certaines catégories de travailleurs défavorisés de prendre une retraite anticipée. Le projet de loi est sur le point d'être arrêté par le Gouvernement ;

L'amélioration des modalités de calcul des retraites, dont a parlé M. le Premier ministre, pour relever le niveau des pensions et faciliter l'activité professionnelle au cours du troisième âge ;

Les réalisations spécifiques dans le domaine de l'habitat, pour maintenir les personnes âgées à une place digne dans la cité ;

L'amélioration du sort des veuves pour le bénéfice du droit à pension de réversion par un relèvement important du plafond de ressources et par un assouplissement des conditions de date et de durée du mariage, mesure qui va faire aussi l'objet d'un projet de loi déposé devant votre Assemblée.

Malheureusement, les conditions démographiques rendent difficile le progrès sur ce plan, et pourquoi ne le dit-on pas ? Malgré le transfert de 0,25 point de cotisation à l'assurance vieillesse, qui permettra une augmentation sensible des recettes, lesquelles passeront de 14,9 milliards en 1970 à 16,8 en 1971, la poussée plus forte des dépenses — de 14,7 à 17,1 milliards — fera apparaître un déficit de 260 millions dans la gestion de ce risque.

J'en viens à la politique de l'assurance maladie.

Le souci du meilleur rendement du système de santé, qui doit animer l'action du ministre responsable à la fois de la santé publique et de la sécurité sociale, a conduit le Gouvernement à se pencher en priorité sur le problème de l'assurance maladie.

Compte tenu de la progression rapide des dépenses de soins, qui s'observe en France comme partout dans le monde, il est apparu que seule une action énergique de freinage sur les dépenses pouvait sauvegarder à terme l'équilibre du système dès lors que la collectivité nationale ne semble pas disposée à laisser opérer sur le revenu une ponction supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui.

Pour maintenir le caractère libéral de l'exercice de la médecine dans notre pays — et je redis ici encore publiquement mon attachement à ce principe, malgré quelques bruits ou quelques congrès qui semblent me prêter des pensées contraires — et le concilier avec l'idée de la solidarité collective dont on vient de célébrer le vingt-cinquième anniversaire de l'application en matière de couverture des dépenses de soins, on pouvait songer, pour régler cette affaire, à trois solutions : la majoration des cotisations ou de l'apport du budget de l'Etat ; la diminution des prestations ; des actions spécifiques de freinage des dépenses.

La majoration des cotisations est apparue, comme je l'ai dit, insupportable pour l'opinion publique. L'augmentation des concours de l'Etat était impossible, compte tenu de l'effort de rigueur financière dans lequel le Gouvernement s'est résolument engagé depuis deux ans. La diminution des prestations aurait été considérée comme une régression incompatible avec la construction de la nouvelle société plus efficace et plus juste dont M. le Premier ministre rappelait, il y a treize jours, ici même, qu'elle restait l'objectif ambitieux proposé par le Gouvernement au pays.

Dans le domaine de la sécurité sociale, comme dans les autres, écartant le verbalisme, le Gouvernement a décidé des actions précises et qui doivent être efficaces : la réforme hospitalière ; la réduction du coût des produits pharmaceutiques ; la révision de la cotisation des actes de laboratoires ; le freinage de la consommation médicale.

Je ne m'étendrai pas sur la réforme hospitalière, puisque prochainement j'aurai l'honneur de vous en présenter le projet et de vous exposer les différentes mesures qui, dans le domaine de la construction, de la gestion et de la tarification, devraient freiner la progression des dépenses, fort importante dans ce secteur.

Pour les dépenses pharmaceutiques j'ai engagé une action dans deux domaines.

Au niveau des industries, j'ai décidé que les prix de vente des produits seraient non plus fixés définitivement, mais revus périodiquement pour tenir compte de la consommation et des conditions de fabrication lorsque des modifications interviennent qui abaissent les prix de revient. D'ores et déjà, de nombreux produits parmi les plus vendus — hydergine, spécialités à base de tétracycline, spécialités à base de corticoïdes — ont subi des diminutions de prix importantes ou font actuellement l'objet de négociations avec les fabricants en ce sens.

Les prix ne seront plus fixés désormais que pour deux ans, afin d'empêcher la consolidation de rentes au profit des fabricants et pour suivre l'évolution réelle des coûts de fabrication.

Deux mille produits qui encombrant actuellement les listes des médicaments remboursables par la sécurité sociale, alors que l'évolution de la thérapeutique les a condamnés, seront radiés.

Bien entendu, toutes ces mesures seront prises avec le souci de ne pas entraver le développement de la recherche véritable, qui demeure essentielle.

Le projet de budget comprend, par ailleurs, au titre des mesures nouvelles, un crédit de 500.000 francs et la création de douze emplois d'agent contractuel, afin d'organiser une cellule d'économistes pour assister la commission qui propose la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

Il eût été fâcheux que, dans un domaine aussi important pour l'évolution des dépenses de soins, l'aspect économique du coût des fabrications et des thérapeutiques ne soit pas pris en compte et que seules des considérations techniques ou médicales président au choix et à la tarification des produits inscrits sur la liste.

Au niveau des officines, le Gouvernement a été contraint, après la dénonciation par la caisse nationale d'assurance maladie de la convention qui la liait depuis 1968 à la fédération des syndicats pharmaceutiques, de prendre une mesure autoritaire.

Pour maintenir les dépenses pharmaceutiques au niveau qu'elles avaient atteint par l'effet de la ristourne de 2,50 p. 100 versée auparavant par les officines à la sécurité sociale et disparue en même temps que la convention, un arrêté a réduit de 2,28 p. 100 le taux de marque des pharmaciens.

Dans mon esprit, cette mesure n'a qu'une portée conservatoire en attendant qu'aboutissent de nouvelles négociations entre pharmaciens et sécurité sociale. Malgré ce qui a pu être avancé par des esprits mal informés, je n'ai cessé de laisser ouvertes les voies de la négociation.

Pour bien marquer mon souci de procéder par concertation, j'ai constitué, sous la présidence de M. Renaudin, président de section honoraire au Conseil d'Etat, une commission chargée de faire une étude générale de tous les problèmes de la pharmacie d'officine. J'en attends beaucoup, comme j'attends beaucoup des groupes de travail que j'ai constitués avec les représentants de l'industrie pharmaceutique, pour un règlement durable des rapports entre l'Etat, la sécurité sociale, l'industrie et les officines.

Dans le domaine des dépenses de laboratoires également, mon souci a été d'assurer au malade et à la sécurité sociale le bénéfice des gains de productivité réalisés, notamment par l'automatisation des analyses, et de freiner la multiplication des actes lorsque celle-ci n'est guidée que par le souci de rentabiliser davantage les équipements.

Les mesures prises ont été les suivantes :

Revalorisation de 0,85 à 0,95 franc de la lettre élé B pour tenir compte de la hausse des prix ;

Réduction de la cotation des actes les plus courants qui sont aujourd'hui le plus souvent automatisés ; cet aménagement de la nomenclature se traduira par une baisse des prix de l'ordre de 25 p. 100 pour les analyses les plus courantes qui ne sont plus faites manuellement ;

Plafonnement à cinq du nombre des actes remboursables pour les analyses effectuées en série.

Toutes ces mesures ont été élaborées en liaison avec la profession. Il en va de même d'un très important projet de loi qui, dans l'intérêt des laboratoires eux-mêmes, mettra fin aux implantations anarchiques en instituant des normes techniques, et assurera la compétence de leurs dirigeants en exigeant d'eux la possession de certains titres.

En ce qui concerne les dépenses médicales, jusqu'à présent la politique du Gouvernement vis-à-vis des médecins s'est limitée à l'institution du système du conventionnement, c'est-à-dire à la fixation des tarifs.

Considérant que l'évolution des dépenses médicales dépend de nombreux facteurs qui s'ajoutent au tarif des actes, le Gouvernement recherche, en liaison avec les syndicats médicaux, une extension de la politique contractuelle. Une nouvelle convention, à l'échelon national cette fois et non plus départemental, devrait être signée avant la fin de l'année. Elle devrait comprendre, outre les fixations tarifaires habituelles, des mesures nouvelles concernant :

L'orientation et l'installation des médecins, en vue de favoriser les généralistes, les spécialités insuffisamment pourvues, les zones rurales et les agglomérations qui se forment autour des grandes villes ;

L'établissement de « profils », traités sur ordinateurs et devant permettre aux praticiens de mieux connaître le coût de leurs prescriptions ;

La participation des médecins à la gestion des hôpitaux et des organismes de sécurité sociale ;

L'institution d'un régime spécial de retraite et d'assurance maladie s'ajoutant au statut fiscal particulier.

C'est en tenant compte des besoins sanitaires de la population et de l'évolution des techniques que l'on pourra le mieux maîtriser l'augmentation des dépenses.

L'ensemble de ces actions, mesdames, messieurs, ne portera effet qu'à terme. Je ne l'ai jamais caché. La plupart d'entre elles ont été conçues dans l'optique d'une application tout au long du VI<sup>e</sup> Plan.

Pour l'année 1971, l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie — 35 milliards de francs au lieu de 31,3 milliards de francs en 1970 — devrait être couverte par l'augmentation de 0,75 point de la cotisation patronale décidée durant l'été : 35 milliards de francs au lieu de 30,8 milliards de francs en 1970. Un très léger déficit de 72 millions de francs pourrait cependant subsister, mais, bien entendu, très inférieur à celui des 475 millions qui était prévu pour 1970, même après corrections successives, comme à celui de 233 millions qui a été constaté en 1969.

Au total, pour l'ensemble du régime général, tous risques pris en compte, un léger déficit est prévisible pour 1971, de l'ordre de 450 millions de francs.

Ce déficit est faible en valeur relative : moins de 0,5 p. 100 des recettes. Il est imputable surtout à l'assurance vieillesse pour les raisons que j'ai indiquées et au fait que toutes les cotisations d'allocations familiales seront utilisées en dépenses pour les familles. Il rend nécessaire, compte tenu de la masse relative

des dépenses en cause qui pour 40 p. 100 est représentée par l'assurance maladie, une politique de santé imaginative et énergique.

Quelle est donc cette politique de santé ?

J'avais insisté devant vous, l'an dernier, sur la nécessité de définir clairement les missions auxquelles doivent concourir les structures administratives, les équipements et les hommes.

Tout d'abord il faut poursuivre les actions amorcées en 1970. Mieux intégrer la recherche médicale dans la politique de santé, mieux adapter les équipements aux missions à remplir, mieux préparer les hommes aux actions à accomplir : tels étaient les objectifs que je m'étais assignés. Ces objectifs, qui n'étaient que sur le papier, s'inscrivent aujourd'hui dans les faits.

En premier lieu, la recherche médicale.

En 1970, elle avait déjà été traitée mieux que l'ensemble de la recherche. Cette priorité est maintenue en 1971 et confirme bien que certaine campagne menée naguère avec des moyens inhabituels pour trouver dans le public des ressources supplémentaires ne traduisait pas une volonté de l'Etat de se décharger de ses propres responsabilités.

Bien au contraire, le projet de budget pour 1971 marque un renforcement de l'action de l'Etat en faveur de la recherche médicale. Voici quelques données budgétaires :

En ce qui concerne l'équipement, trente millions de francs en autorisations de programme en 1970 ; vingt-six millions de francs pour 1971.

En ce qui concerne le fonctionnement, les crédits prévus pour 1971 sont en augmentation de 26,4 p. 100 pour l'I. N. S. E. R. M., l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, de 20 p. 100 pour l'Institut du radium, de 17,9 p. 100 pour l'Institut Pasteur de Paris.

Le total des mesures nouvelles pour les dépenses de fonctionnement, prélevées sur l'enveloppe-recherche, se montent pour 1971 à 23,9 millions de francs contre seulement 6,5 millions en 1970.

La part de la recherche médicale dans l'enveloppe-recherche totale progresse nettement puisqu'elle passe de 1969 à 1971 de 7,86 p. 100 à 8,45 p. 100 pour le total des crédits de fonctionnement et de 8,34 p. 100 à 15,3 p. 100 pour les seules mesures nouvelles.

Trois cents emplois nouveaux sont prévus au budget de 1971, dont 75 chercheurs, 169 techniciens, 52 administratifs pour l'I. N. S. E. R. M. et 4 techniciens pour le service central de protection contre les radiations ionisantes.

En 1969, l'I. N. S. E. R. M. n'avait obtenu que 7 p. 100 des emplois créés pour la recherche totale. Ce chiffre était de 21 p. 100 en 1970. Il a atteint 24 p. 100 en 1971.

Je considère donc le budget 1971 comme satisfaisant pour la recherche médicale. La légère réduction observée pour les crédits d'équipement répond à un souci exprimé par les responsables de la recherche eux-mêmes. Dans le passé, trop souvent avaient été mises en service des installations qui ne disposaient pas du personnel nécessaire pour être utilisées à plein. Cette correction, prolongeant celle qui avait été amorcée l'an passé, va dans le sens d'un bon usage des crédits de recherche. Elle doit permettre d'associer plus étroitement encore l'I. N. S. E. R. M. à la définition de la politique de la santé.

Alors que cet organisme, dont la valeur et les mérites sont connus au-delà même de nos fonctions, avait dans le passé été parfois un peu laissé à lui-même, je lui ai demandé de participer activement à la formulation et à l'exécution des actions de santé, notamment dans deux directions prioritaires : la lutte contre les pollutions et la politique de la périnatalité. Il est en effet de l'intérêt à la fois de l'Etat et des chercheurs que l'outil que représente l'I. N. S. E. R. M. soit utilisé au plein de ses possibilités et que ses travaux débouchent directement sur l'action dans le public.

Deuxième objectif : l'adaptation des équipements. La politique de santé se définit essentiellement au niveau des équipements. J'ai parlé tout à l'heure de l'évolution de crédits. Il me reste à évoquer la philosophie de leur utilisation.

Ici encore, je dois rappeler les indications que j'énonçais l'an dernier à cette tribune : les équipements doivent être adaptés aux besoins futurs dans leur nature, dans leur implantation et dans leur technique de réalisation.

La nécessité de l'adaptation à la nature des besoins m'a conduit à mettre l'accent sur les établissements dits « de suite », c'est-à-dire ceux qui sont destinés à assurer l'hébergement et la surveillance de malades n'exigeant pas ou plus de soins actifs. Pour éviter que ne soient encombrés par eux les services d'actifs où les prix de journée sont particulièrement élevés, des unités, axées sur l'hébergement, doivent être créées, massivement pour faciliter le dégagement. En 1971, un crédit de

100 millions de francs en autorisations de programme est prévu pour la réalisation d'unités normalisées; 5.000 lits au moins devraient être construits, et peut-être plus si l'abaissement des prix unitaires, grâce aux techniques de construction, le permet.

L'adaptation géographique sera réalisée par la « carte sanitaire ». Pièce essentielle de la coordination entre secteur public et secteur privé, comme l'Assemblée le verra lorsque viendra bientôt en discussion le projet de loi hospitalière, la carte sanitaire est actuellement en cours d'élaboration.

Les régions ont achevé la préparation des esquisses qui sont actuellement en cours de discussion avec mes services de l'administration centrale. Ces esquisses doivent ensuite être soumises à la consultation des conseils généraux et des Coder, et si ces assemblées donnent leur avis dans des délais rapides, j'espère être en mesure d'arrêter la carte dans le premier semestre de 1971 pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.

Les travaux sont également lancés pour la psychiatrie, la pneumologie et, dans le domaine social, pour les handicapés et les personnes âgées.

Enfin, l'adaptation quant aux techniques de réalisation a conduit à l'industrialisation afin de réduire les prix de revient et d'abréger les délais de réalisation. La première expérience a été tentée à propos du plan d'urgence de 55 millions de francs mis en œuvre en 1970 pour les handicapés et qui, je le rappelle, constituait un programme complémentaire.

23 instituts médico-éducatifs ont été mis en chantier suivant une technique de construction industrialisée. Il est utile d'évoquer le déroulement de l'opération, qui confirme l'intérêt de cette technique. Le calendrier prévu était le suivant :

- Novembre 1969 : préparation des programmes types ;
- Décembre 1969 : lancement du concours auprès des entreprises ;
- Janvier 1970 : fixation de la liste des implantations ;
- Mai 1970 : résultats du concours et sélection des entreprises ;
- Juillet 1970 : passation des premiers marchés ;
- Août 1970 : ouverture des premiers chantiers dont la durée maximum ne doit pas dépasser dix mois.

L'ouverture des 23 établissements est donc prévue pour la rentrée de 1971, soit vingt mois après la première décision concernant le programme.

Les prix obtenus grâce à la série ont permis d'abaisser de 5 p. 100 environ le coût de la place dans ces établissements et d'en réaliser vingt-trois pour une dépense qui en aurait permis une vingtaine seulement selon les techniques traditionnelles.

De plus, et cela me paraît fondamental, la rapidité des délais d'exécution, inférieurs à un an, permet de ne pas faire jouer les révisions de prix dont on sait qu'elles absorbent, sous forme de « réévaluations », 20 p. 100 du budget de la santé. Au rabais de 5 p. 100, obtenu lors de l'ouverture des plis de soumission, s'ajoutera un gain de l'ordre de 10 à 15 p. 100 résultant de l'absence de réévaluation. C'est donc une bourse de prix totale de 15 à 20 p. 100 que l'industrialisation aura permise.

Les résultats très positifs obtenus sur ces deux plans du prix et des délais m'ont incité à étendre le recours à la technique de l'industrialisation pour d'autres types d'établissements et, en particulier, pour les unités normalisées — 100 millions de subvention — à implanter dans des centres hospitaliers, et pour le programme 1971 destiné aux handicapés, c'est-à-dire dix-huit instituts médico-éducatifs, vingt centres d'aide par le travail, six centres pour arriérés profonds et cinq écoles d'éducateurs spécialisés. Au total, les constructions industrialisées absorberont en 1971 plus de 34 p. 100 des autorisations de programme du budget d'équipement de la santé publique ; c'est dire l'importance du virage pris par la politique des constructions sanitaires.

Bien entendu, cette technique a ses limites, qui sont celles de la série : elle ne peut être étendue que progressivement au fur et à mesure que peuvent être mis au point des plans types et elle reste impossible pour certaines réalisations spécifiques, notamment pour la plupart des extensions d'établissements existants. D'autre part, pour des raisons évidentes, les projets qui sont actuellement au point et en instance d'être programmés au bout de longues phases d'étude et de confection de dossier seront réalisés suivant les procédures et les techniques traditionnelles qui étaient les seules envisagées lors de leur préparation.

Mais chaque fois que le type d'équipement le permettra et que des dépenses d'étude, notamment d'architecte, n'auront pas été engagées par les maîtres d'œuvre, la préférence sera donnée aux techniques de l'industrialisation avec le souci d'utiliser au mieux les crédits disponibles.

Mais, bien entendu, tout cela doit s'accompagner de la formation des hommes.

Mon souci, en effet, reste celui d'assurer à chacun des hommes et chacune des femmes qui assument le service de la santé la formation nécessaire au plein exercice de ses responsabilités.

Le problème essentiel de l'année qui s'est écoulée a été celui de la réforme des études médicales. Malgré quelques difficultés, la voie de la concertation a permis de lui apporter des éléments de solution satisfaisants dont je parlerai tout à l'heure.

Il restait à résoudre les difficultés rencontrées par le personnel de professions paramédicales et sociales. Mlle Dienesch aura l'occasion de montrer quels ont été ses efforts pour améliorer les conditions de scolarité et de formation de tous les agents de ces professions.

Le budget de 1971 amorce une solution à deux problèmes qui préoccupent un grand nombre de membres de cette Assemblée.

Le premier concerne la gratuité des études pour les formations assurées par les écoles dépendant du ministère de la santé publique.

Il est choquant pour l'esprit et inéquitable pour les étudiants que les formations assurées par le ministère de l'éducation nationale — médecins, pharmaciens, orthophonistes, certains laborantins, etc. — soient dispensés sans autres frais que des droits d'inscription, au nom du principe de la gratuité de l'enseignement, tandis que celles assurées par le ministère de la santé — infirmières, assistantes sociales, masseurs, certains laborantins, etc. — soient payantes et comportent des charges annuelles dépassant parfois 2.000 francs par élève.

J'ai obtenu qu'en 1971 un premier pas vers la gratuité des études soit fait pour deux professions dont les effectifs sont notoirement insuffisants par rapport aux besoins de la nation : les infirmières et les assistantes sociales. Un crédit de 15 millions est ouvert à cet effet dans le projet de budget. Il s'agit d'une première tranche qui devra être complétée l'an prochain pour que la gratuité soit totale pour ces deux professions. Dans mon esprit, d'autres catégories devront également en bénéficier ultérieurement dès lors que le niveau et la qualité de la formation seront assurés.

Le deuxième problème concerne la prise en charge par l'Etat des dépenses supportées par la sécurité sociale.

Dès lors que les formations données en tout ou partie à l'intérieur des établissements de soins ne sont pas financièrement supportées par le budget de l'Etat ou ne donnent pas lieu de la part des étudiants à un remboursement égal au coût, elles laissent à la charge de ces établissements une dépense résiduelle incorporée dans le prix de journée et pesant finalement sur la sécurité sociale.

En 1943, le principe de la prise en charge par l'Etat des dépenses de formation avait pourtant été affirmé, puis réaffirmé en 1958. La seule application en avait été depuis 1963 : un remboursement de 10 millions par le budget de l'éducation nationale aux centres hospitaliers universitaires pour les étudiants en médecine.

Sur un plan général, les deux commissions des prestations sociales du V<sup>e</sup>, puis du VI<sup>e</sup> Plan ont souligné le caractère de « charge induc » qu'est pour la sécurité sociale le coût de formation du personnel. Dans la mesure où l'on s'efforce de déterminer le coût réel des dépenses de soins à l'hôpital, ce qui est mon objectif, il faut évidemment en déduire les dépenses de formation puisqu'elles s'appliquent à des personnels qui n'exerceront pas tous à l'hôpital.

J'ai donc demandé à l'inspection générale des affaires sociales d'étudier les dépenses de formation qui pèsent sur les prix de journée des hôpitaux, sur la base des coûts moyens et des effectifs. Il est apparu que les hôpitaux dépensaient des sommes importantes pour les étudiants en médecine et en chirurgie dentaire, et pour les personnels sociaux et paramédicaux, mais qu'il était difficile de mesurer avec précision la charge nette qui en résulte.

En effet, les étudiants en cours de formation rendent gratuitement à l'hôpital des services qui, en leur absence, devraient être payés.

J'ai néanmoins fait inclure dans le projet de loi hospitalière un article prévoyant que « l'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des personnels dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances ».

C'est pourquoi le projet de budget du ministère de la santé comporte en mesure nouvelle — et c'est de loin la plus importante de toutes — un crédit de 114 millions pour cette prise en charge. Celle-ci sera donc assurée par l'Etat à concurrence de 25 millions pour les étudiants en médecine et de 89 millions pour les autres personnels.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'apport que représentera pour les hôpitaux ce concours budgétaire de l'Etat. Outre son aspect financier non négligeable, cette mesure sera en 1971 l'amorce d'une opération « vérité des prix » et d'une véritable gratuité de l'enseignement, gratuité qui vaudrait à la fois pour l'étudiant et pour l'établissement de soins.

La réforme des études médicales, qui était au cœur des discussions lorsque vous débattiez du budget de la santé publique l'an passé, s'est amorcée sur les bases que je vous indiquais alors.

Les quatre groupes de travail dont j'avais annoncé la création — démographie médicale, premier cycle, deuxième et troisième cycle, filières vers les professions paramédicales — ont abouti à des propositions et à des décisions en juillet 1970 pour l'organisation du premier cycle et pour la création du deuxième cycle. Ce dernier comporte, sur trois ans, un enseignement théorique et une formation clinique donnés par une participation à l'activité hospitalière, dans des conditions assez proches de celles qui sont faites aux externes en médecine.

Il reste encore des problèmes à résoudre : organisation du troisième cycle — formation des généralistes et des spécialistes notamment ; organisation de l'internat ; augmentation des possibilités de formation pratique par l'exercice de fonctions hospitalières. Le nombre des étudiants entrant en deuxième année du deuxième cycle — ancienne troisième année de médecine — continue d'augmenter — 10.500 pour l'année 1970-1971 au lieu de 8.121 en 1969-1970 et sans doute 12.500 en 1971-1972. Il existe donc une disproportion entre le nombre des places dans les hôpitaux — 22.375 en 1970-1971 — et le nombre des étudiants appelés à les occuper — plus de 30.000.

Le dernier problème est préoccupant, car il met en question la qualité de la formation des futurs médecins. Mais il est bien évident qu'on ne peut ni construire de nouveaux lits pour les seuls besoins de la formation, ni augmenter le nombre d'étudiants par lit, sauf à porter atteinte à la tranquillité et à la dignité du malade.

Je reparlerai de ce problème lors du débat sur le projet de loi portant réforme hospitalière, débat à l'occasion duquel je proposerai d'autres solutions, tirant les conséquences de la notion du service public hospitalier.

J'en viens maintenant à la définition de nouvelles actions de santé.

La politique du Gouvernement en matière de santé publique a besoin d'être redéfinie périodiquement.

Les moyens fonctionnels de la politique s'adaptent en effet progressivement, en même temps que l'organisation hospitalière, la formation des personnels médicaux et paramédicaux et la réglementation de la couverture des soins. C'est donc la politique hospitalière, la politique de sécurité sociale, la politique de l'enseignement qui révèlent les éléments constitutifs de la politique de santé.

Sur le plan financier, les moyens de la politique de santé se trouvent donc en majeure partie en dehors du budget de l'Etat. Celui-ci ne comprend que les dépenses, obligatoires ou non, que l'Etat rembourse aux collectivités locales au titre des actions de prophylaxie.

L'essentiel des ressources est apporté par la sécurité sociale et par les malades eux-mêmes et transite par les trésoreries des hôpitaux alimentées par les prix de journée.

La détermination de ces moyens a parfois eu tendance à se faire, dès lors, sans plan d'ensemble, ni critère défini et il était important d'amorcer un recours plus large aux techniques que l'on classe sous le nom de rationalisation des choix budgétaires.

Je me suis attaché au cours de l'année écoulée — et cette tâche n'est évidemment pas achevée à ce jour — à redéfinir des objectifs prioritaires en matière de santé publique pour tenir compte à la fois de l'évolution de l'état sanitaire de la population et de la nécessité du meilleur emploi des ressources disponibles.

Trois procédures ont été engagées pour y parvenir et, d'abord, une analyse financière globale du coût de la santé publique. Une commission présidée par M. Blot, inspecteur général des finances, et composée de hauts fonctionnaires de trois ministères — santé, agriculture, économie et finances — et de personnalités indépendantes, a été chargée, par un arrêté du 19 août 1970, d'établir des comptes annuels rétrospectifs pour étudier les circuits de dépenses, les besoins auxquels elles correspondent, les services qu'elles rémunèrent, les catégories sociales auxquelles elles bénéficient, et d'évaluer, d'autre part, l'incidence du système de santé sur l'évolution de l'économie.

Cette commission des comptes de la santé doit permettre une analyse critique du fonctionnement de l'ensemble du système.

Par ailleurs, des études de rationalisation des choix budgétaires sur des missions spécifiques ont été conduites dans plusieurs domaines importants.

La première étude, sur la politique prénatale et périnatale, a abouti à des propositions concrètes et à des actions pour lesquelles le budget de 1971 donne les moyens financiers correspondants.

La seconde, qui vient seulement d'être entreprise, tend à redéfinir les objectifs et les moyens d'une mission qui n'est pas actuellement assurée de manière satisfaisante : il s'agit de la santé scolaire, pour laquelle il faut bien reconnaître que les efforts accomplis ces dernières années par le Gouvernement n'ont pas abouti aux résultats attendus. J'ai l'intime conviction que ce problème, qui ne se pose plus dans les mêmes termes qu'il y a vingt ans compte tenu de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, ne peut trouver de solution que dans un système original, mieux intégré dans l'ensemble des actions de prévention. L'étude de rationalisation des choix budgétaires a précisément pour but de préciser et de mieux adapter besoins et moyens.

Deux autres études de rationalisation sont également en projet et portent sur les problèmes médicaux et sociaux des enfants de zéro à trois ans et sur la rentabilité des mesures de lutte contre la pollution atmosphérique.

Enfin, des groupes d'études ad hoc sur des problèmes particuliers ont été créés. Un très intense travail de réflexion a été entrepris dans mes services avec le concours de personnalités médicales ou non médicales, extérieures à l'administration, pour rajeunir la doctrine dans divers domaines.

Des rapports ont été publiés comme contribution à une politique de santé, et vous les aurez, mesdames, messieurs, à votre disposition. Ils portent sur les secours d'urgence, l'humanisation des hôpitaux, les rhumatismes, la gériatrie, le thermalisme, les troubles vasculaires des membres, les troubles cardiovasculaires, les problèmes dentaires, l'hygiène publique et le suicide.

D'autres groupes commencent leurs réflexions sur l'information médicale du grand public, la recherche pharmaceutique, et même, j'y ai tenu personnellement, le langage médical.

Ainsi sont rassemblés les matériaux qui permettront une formation cohérente d'objectifs et un choix approprié de moyens pour la politique de santé.

Pour la politique prénatale et périnatale, les progrès de la recherche médicale et l'affinement des statistiques ont montré la très grande importance qu'a pour la santé de l'individu la période qui couvre la grossesse de la mère et les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Le taux de la mortalité — 22.000 par an dans les trois derniers mois avant et les huit premiers jours après l'accouchement — le nombre des handicaps qui surviennent lors de la naissance et qui mettent à la charge partielle ou totale de la collectivité 40.000 enfants encore en vie au bout d'un an ont conduit à une étude très importante dont j'ai parlé tout à l'heure et qui a été menée suivant la technique de la rationalisation des choix budgétaires.

La conclusion de cette étude est qu'on ne peut laisser se perpétuer une situation telle que le coût des morts et des malformations imputables à cette période prénatale ou périnatale représente chaque année une perte économique de six milliards de francs, soit environ 1 p. 100 de la production intérieure brute du pays.

Le budget de 1971 comprend donc l'amorce d'une action nouvelle : des programmes de prévention des handicaps à la naissance sont lancés dans cinq directions.

D'abord, il a été décidé d'engager un effort d'information et de recyclage des médecins, sages-femmes et puéricultrices — un crédit de 2.215.000 francs est inscrit — et de procéder à une intensification de la surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement qui fait l'objet d'un crédit de 1 million 500.000 francs. Il faut notamment accroître le nombre des consultations pour les grossesses dont on prévoit qu'elles comportent un risque élevé pour la mère ou pour l'enfant.

Ensuite, des subventions sont prévues pour améliorer les installations des services d'obstétrique dont tous les rapports que j'ai demandés à mes services font ressortir le retard par rapport aux progrès de la technique médicale : 2.750.000 francs pour le matériel et 1.760.000 francs pour les travaux de construction, soit au total 4.510.000 francs. Pour l'amélioration du contrôle des établissements d'accouchement, 100.000 francs de crédits nouveaux doivent donner de nouvelles possibilités d'action aux chargés de mission nationaux en matière d'obstétrique.

Enfin, pour la vaccination contre la rubéole en milieu scolaire, des crédits de 1.120.336 francs sont accordés, en 1971, pour la vaccination d'une première tranche d'écolières de treize ans

et du personnel enseignant ou médical en contact avec les enfants — soit 40.000 personnes. Ces crédits permettront de procéder au séro-diagnostic pour vérifier le degré d'immunité à la vaccination.

Au total, ce programme atteint, pour 1971, 9.445.336 francs en termes budgétaires. Mais, bien entendu, l'action ne se limite pas à cela.

D'une part, les établissements de soins publics et privés sont invités à procéder, sur leurs ressources propres et suivant les procédures habituelles, aux modernisations et transformations d'équipement souhaitables. En priorité, l'effort devra porter sur tout ce qui concerne la réanimation des nouveau-nés. C'est dans les toutes premières minutes de la vie, on le sait, qu'il faut éviter des accidents dont les conséquences peuvent être dramatiques pour toute l'existence.

De même, les centres de protection maternelle et infantile, sur les crédits que les collectivités locales et l'Etat mettent à leur disposition, devront développer leur action de dépistage et de prévention.

D'autre part, cette action devra être poursuivie dans les années à venir avec des moyens d'autant plus importants que les études faites ont montré la très grande rentabilité, pour la nation, des crédits qui seront dépensés dans ce domaine. Le VI<sup>e</sup> Plan fera de la politique prénatale et périnatale un « programme finalisé » à exécuter jusqu'en 1975, c'est-à-dire une action cohérente prévoyant non seulement les dépenses d'équipement, mais aussi la formation et le recrutement du personnel, les dépenses de fonctionnement et les mesures réglementaires pour parvenir à des objectifs très précis.

Il y a aussi les urgences. J'ai évoqué, l'an dernier, l'important problème des secours et des soins d'urgence, notamment de ceux qui se rapportent à ce que l'on appelle aujourd'hui la « traumatologie routière ».

M. le Premier ministre a réuni une « table ronde » de la sécurité routière.

Un groupe de travail m'a remis, il y a quelques mois, ses propres conclusions, dont la presse a d'ailleurs au passage relevé la tonalité pessimiste.

Sans retard, j'ai pris ma première série de mesures pour amorcer une solution d'ensemble : actions de formation de médecins anesthésistes-réanimateurs et de personnel infirmier qualifié pour desserrer un goulet d'étranglement particulièrement étroit : « médicalisation des secours » grâce à des unités mobiles qui assurent la liaison avec les centres hospitaliers ; concours important du ministère d'Etat chargé de la défense nationale sous forme de mise à disposition temporaire d'hélicoptères et de médecins du contingent ; subventions aux hôpitaux pour l'acquisition de matériel lourd ou léger de réanimation, d'ambulances, de moyens radiotéléphoniques et la création d'hélistations — 70 hôpitaux en ont bénéficié depuis 1969 ; organisation de secrétariats médicaux, comme à Toulouse et à Montpellier, toujours en éveil et capables de mettre en œuvre les moyens disponibles de ramassage et de réanimation ; contrôle de la qualité et de la compétence des transports sanitaires qui ont fait l'objet de la loi du 10 juillet 1970.

De 1969 à 1971, les crédits budgétaires affectés aux secours d'urgence auront triplé pour atteindre 5 millions de francs.

Il y a là un secteur d'action nouveau où la coordination est une nécessité, à la fois pour l'équipement et la mise en œuvre. Il est probable que je serai amené à déposer sur le bureau de l'Assemblée nationale un projet de loi pour l'organisation départementale de ces services. Chacun sait avec quel intérêt et quelle impatience l'opinion publique attend que nous agissions.

En ce qui concerne la toxicomanie, à côté du renforcement de la répression à l'égard de trafiquants, j'ai recommandé au Gouvernement la mise en œuvre d'une politique globale tenant compte de tous les aspects, dont certains sont bien peu connus, du problème de la toxicomanie.

Il s'agit de la médicalisation du problème — le drogué est plus un malade qu'il faut soigner qu'un délinquant à poursuivre et à réprimer — d'un programme à long terme de recherche par l'I. N. S. E. R. M. — 180 millions de francs de crédits sur 3 ans — succédant à un colloque tenu à Paris cette année ; de l'information des enseignants et des médecins : une brochure tirée à 125.000 exemplaires a informé les responsables, mais l'information du grand public sur l'usage de la drogue a été limitée par crainte d'effets secondaires d'incitation ; de la création d'un centre de soins lourds à Paris, à l'hôpital Marmottan, et d'une consultation également à Paris, au centre Bullier — d'autres centres lourds sont prévus en province, notamment dans quelques grandes villes ; de la gratuité et de l'anonymat des soins prévus par le projet de loi déjà voté par l'Assemblée nationale pour écarter toute prévention du malade vis-à-vis des services hospitaliers.

Enfin, l'humanisation de nos hôpitaux constitue une préoccupation fondamentale.

La dernière action nouvelle qui sera engagée en 1971 vise l'humanisation des hôpitaux. Sur ce problème auquel l'opinion est à juste titre très sensibilisée, un groupe de travail m'a remis des conclusions et des propositions importantes.

Il ne faut pas se dissimuler qu'il s'agit d'une action de longue haleine, qui ne peut être menée de Paris par un ministre mais qui doit être conduite au niveau de chaque établissement par sa direction.

Des circulaires seront adressées par mes soins dans les semaines qui viennent aux directeurs d'hôpital, présidents de commissions administratives et présidents des commissions médicales consultatives pour leur recommander diverses mesures — brochure d'accueil et questionnaire de sortie, aménagement du hall d'entrée, création de garderie pour les enfants des visiteurs, information des étudiants — et aux services d'inspection et de tutelle pour qu'ils veillent à ce que les dépenses faites en faveur de l'humanisation croissent à un rythme au moins égal à celui du prix de journée, cela afin d'éviter que le souci de freiner la montée des prix de journée ne nuise à la qualité de l'accueil et du séjour.

Sur le plan de l'équipement, un programme de rénovation des hôpitaux anciens sera entrepris pour supprimer progressivement les salles communes. Dans le cadre du VI<sup>e</sup> Plan, je proposerai qu'un « programme finalisé » soit mis au point pour supprimer chaque année 5.000 lits de salle commune.

Mesdames, messieurs, l'humanisation, l'industrialisation, la formation constituent, dans le cadre de nouvelles actions de santé, les orientations que je vous invite à approuver en même temps que les crédits qui doivent permettre de les faire entrer dans les faits.

Pour ma part, j'ai conscience d'avoir, par ces propositions, donné à la santé une place prioritaire qui doit être la sienne dans les objectifs que s'assigne la nation.

Je souhaite par-là avoir montré la voie à ceux qui, au niveau régional ou départemental, auront à lui donner sa place dans l'ensemble des équipements collectifs à réaliser au cours du VI<sup>e</sup> Plan. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

**M. le président.** La parole est à Mme le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.

**Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.** Mesdames, messieurs, dans la ligne d'action que j'avais définie devant vous les années précédentes, le budget que j'ai l'honneur de vous présenter marque la volonté du Gouvernement, d'une part, d'intensifier l'aide et l'effort d'adaptation en faveur de ceux qui sont actuellement rejetés par la société, qu'ils soient défavorisés par le hasard de la naissance ou par les conditions de la vie moderne, d'autre part, d'apporter par des actions nouvelles un commencement de solution à des problèmes fondamentaux qui conditionnent l'efficacité de l'ensemble de notre politique.

Parmi ceux-ci, la prévention et le dépistage précoce et la formation des personnels paramédicaux et sociaux ont été considérés comme prioritaires, conformément au choix du Parlement, lors du vote des options du VI<sup>e</sup> Plan.

Vos rapporteurs ne s'y sont pas trompés, et je les remercie d'avoir relevé, pour s'en féliciter, ces orientations.

La réalité de ce double effort tient en un pourcentage. Si je considère les principaux postes de mon budget : formation des personnels, protection maternelle et infantile, santé scolaire, comme ceux qui concernent l'enfance inadaptée, et d'une façon générale l'action sociale en faveur de l'enfance, je constate que la progression globale est, par rapport à l'an dernier, de 38 p. 100. Un tel coup d'accélérateur méritait d'être mentionné dans une conjoncture de rigueur budgétaire.

La formation des personnels des professions paramédicales et sociales pose des problèmes fondamentaux.

Ainsi que les commissions du Plan l'ont, à maintes reprises, souligné, la mise en œuvre d'une politique sanitaire et sociale cohérente et efficace est conditionnée par la qualité de la formation des travailleurs sociaux et paramédicaux.

C'est pourquoi, dès sa création, mon secrétariat d'Etat s'est penché sur ces problèmes dont certains appelaient à l'époque des solutions urgentes. L'année dernière, je vous ai dressé le bilan des décisions qui avaient été arrêtées et des résultats obtenus.

Cependant, il n'avait pas été jusqu'alors possible de donner satisfaction à une revendication des élèves, formulée depuis de nombreuses années et parfaitement légitime : celle de la prise

en charge par l'Etat des frais de scolarité. Rien ne peut, en effet, justifier la discrimination de fait existant entre les élèves des formations paramédicales et sociales qui acquittent des frais de scolarité d'un montant souvent élevé et les étudiants de l'enseignement supérieur qui ne sont redevables que de droits d'inscription, d'autant que les premiers sont le plus souvent issus de classes sociales, disposant de ressources moins élevées.

Comme vient de le dire M. Boulin, cette année, nous pouvons mettre, au moins partiellement, un terme à cette injustice et effectuer un premier effort financier.

Cette mesure nouvelle permettra de limiter, dès cette année, la participation financière des élèves infirmières et des élèves assistantes sociales au coût de leur formation respectivement à 500 et à 900 francs. Ces dispositions concernent 26.000 élèves infirmières et 4.100 élèves assistantes sociales en cours de scolarité.

Cette mesure dont se réjouit votre rapporteur, M. Bisson, soulagera financièrement de nombreuses familles et permettra sans doute d'attirer un plus grand nombre de jeunes filles vers ces professions, dans lesquelles les besoins sont — je le souligne — qualitatifs que quantitatifs sont loin d'être satisfaits.

D'ailleurs, pour l'ensemble de ces professions, il nous faut encore rechercher une meilleure adaptation de la formation aux difficultés et à la complexité croissante des fonctions à assumer et partant d'améliorer les méthodes et les instruments pédagogiques. C'est pourquoi, dès cette année, un premier effort financier portera le montant des crédits de subvention destinés aux écoles d'infirmières et d'assistantes sociales à 5.305.000 francs.

Ces crédits seront répartis après une étude minutieuse des dossiers de chaque établissement. Ils seront pour leur plus grande partie affectés à la prise en charge de monitrices, dont de trop nombreuses écoles sont insuffisamment pourvues. Votre rapporteur, M. Bisson, a justement estimé qu'ils permettraient le recrutement de 170 monitrices supplémentaires, ce qui est loin d'être négligeable.

Il reste encore à améliorer les conditions de l'exercice des professions paramédicales et sociales.

A cet effet, j'envisage notamment d'étudier la possibilité de réunir l'an prochain, en un organisme unique dans l'un et l'autre des secteurs paramédicaux et sociaux, les multiples conseils supérieurs et conseils de perfectionnement des professions qui en relèvent actuellement. Il deviendra ainsi plus aisé au sein d'un seul organisme, auquel seront évidemment appendues des sections concernant la formation et l'exercice respectifs de ces professions, de définir les règles qui leur seront communes. Dans la même voie et parallèlement, M. le garde des sceaux, à notre demande, a mis à l'étude un projet de loi définissant les règles déontologiques des professions paramédicales selon des principes analogues à ceux qui ont été adoptés pour l'élaboration du code de déontologie médicale.

D'après ce que M. le garde des sceaux vient de me confirmer, j'espère qu'au cours de l'année nous pourrions déposer ce projet de loi.

Je vous signalais, l'an dernier, que j'estimais nécessaire de rendre plus attrayant l'exercice de ces professions, en créant notamment, dans toute la mesure du possible, dans le secteur public, des débouchés supérieurs dignes de véritables carrières et en procédant à l'harmonisation du déroulement de l'ensemble des professions sociales et paramédicales.

Or, depuis cette époque, M. Autin, inspecteur des finances, qui s'était vu confier par M. le secrétaire d'Etat à la fonction publique une mission qui avait précisément pour objet l'étude de ces professions, a déposé son rapport. A partir des conclusions qu'il a formulées, j'ai commencé d'étudier avec les administrations compétentes, la restructuration éventuelle de ces carrières et pris des décisions concernant les diplômés de spécialisation ou l'école des cadres d'infirmières.

Enfin, dans la même perspective, il ne faut pas négliger de mentionner le projet de loi que le Gouvernement a déposé et qui va vous être soumis au cours de la présente session, dont certaines dispositions instaureront, sous des conditions dont vous aurez à débattre, le « temps partiel » et non le « mi-temps », comme c'était le cas pour la fonction publique. Les intéressés auront ainsi la latitude de demander à travailler pendant une durée soit supérieure, soit inférieure au mi-temps, et pourront ainsi mieux concilier les exigences de leur vie familiale et celles de leur vie professionnelle, comme M. le Premier ministre le souhaitait récemment.

Si nous envisageons maintenant l'ensemble des actions sociales en faveur des familles, je erois que le budget marque encore un progrès sur deux points qui, l'an dernier, n'avaient pu être satisfaits.

L'évolution de la société se caractérise par l'affaiblissement des liens familiaux, l'isolement des jeunes et celui des personnes âgées. Une conception moderne de l'action sociale doit tenir compte de cette évolution. La création de nouvelles structures d'accueil et de rencontre, le développement des services d'aide collective, sont les deux lignes d'action menées dans cette perspective. Les centres sociaux, les foyers de jeunes travailleurs et le développement de la profession de travailleuse familiale ont fait cette année l'objet de mesures nouvelles.

Pour les centres sociaux, le chapitre 46-21 du projet de budget de mon département au titre de l'année 1971 comporte une majoration de 2.000.000 de francs, dont 240.000 francs réservés à une aide financière en faveur desdits centres.

Sur cette somme, 90.000 francs seront attribués à la fédération des centres sociaux pour lui permettre de développer son action, et 150.000 francs aux centres eux-mêmes pour les aider à équilibrer leur fonctionnement.

Quant aux foyers de jeunes travailleurs, la majoration des crédits figurant au chapitre 46-21 du projet de budget de mon département va permettre d'accorder aux jeunes travailleurs les plus défavorisés des bourses de 50 francs par mois dans la limite d'une somme totale de 1.210.000 francs et, d'autre part, le solde de la majoration, soit 550.000 francs, permettra la prise en charge de 50 p. 100 de la rémunération de 50 moniteurs éducateurs au traitement annuel de 20.000 francs.

Il est bien évident que cet effort devra être poursuivi durant les années à venir. Mais ces premières mesures montrent l'intérêt tout particulier que porte le Gouvernement aux jeunes et plus particulièrement aux jeunes travailleurs qui, séparés de leur famille, ont besoin d'une aide matérielle et professionnelle appropriée permettant leur promotion individuelle et leur insertion sociale.

Pour l'aide aux mères de famille, il est évident qu'il faut que nous nous leur permettions, comme vient de le dire M. Boulin, de choisir aussi librement que possible entre le maintien de leur activité professionnelle et la possibilité de se consacrer à leurs enfants, ce qui est souhaitable, au moins durant la première année.

En outre, les intéressées doivent pouvoir être aidées dans leurs tâches, notamment lorsque leur état de santé nécessite quelque repos.

Malgré les nouvelles décisions que vient de prendre le Gouvernement, le nombre de crèches traditionnelles ou du type crèche à domicile est encore insuffisant. Cette situation résulte non pas tellement des difficultés de création de tels établissements, mais — soulignons-le — de la lourdeur des frais de fonctionnement. Je fais actuellement procéder à une révision des normes susceptibles d'alléger le prix de revient.

Pour répondre à ces besoins, un arrêté du 8 septembre 1970, concernant le financement et le programme de l'action sanitaire et sociale des caisses d'allocations familiales, accorde à la caisse nationale d'allocations familiales une dotation supplémentaire correspondant à 0,30 p. 100 des cotisations encaissées.

Une partie de cette dotation sera affectée à tous les services ou réalisations assumant des tâches de gardiennage des enfants, et notamment les crèches suivant des modalités fixées par le conseil d'administration de la caisse nationale d'allocations familiales.

Cela se traduira par l'octroi de prestations de service aux familles, prestations correspondant à 20 p. 100 du coût du service dans la limite de 25 francs par jour pour les crèches traditionnelles, 20 francs par jour pour les crèches à domicile, 1,50 franc de l'heure pour les haltes garderies.

Il en est de même pour les travailleuses sociales qui, je le rappelle, ont pour but de venir en aide aux mères de famille des milieux modestes, ou dont l'état de santé nécessite un repos ou une hospitalisation. Malheureusement, leur nombre est bien insuffisant en raison des difficultés de formation d'exercice de la profession et du financement des services.

Des mesures ont été prises ou sont sur le point d'intervenir.

D'abord, un projet de décret est en cours de signature, et permettra de réduire de 10.000 à 6.000 heures de travail l'engagement que devaient souscrire les élèves boursières et qui les faisait hésiter à embrasser cette profession. Cet engagement devra être honoré dans un délai maximum de cinq ans à dater du début de la préparation du certificat.

Ensuite, s'il n'a pas été possible de majorer les crédits destinés à l'octroi de bourses, en revanche, la caisse nationale d'allocations familiales a décidé, le 14 avril 1970, de prendre en charge les bourses des candidates après épuisement des crédits de mon département, ce dont je la remercie.

Enfin, le statut de la profession qui n'a pu encore être établi verra sans doute le jour cette année. Je précise que les organismes de sécurité sociale ou d'aide sociale ne devront accorder leur aide qu'aux seules associations utilisant des travailleuses familiales titulaires du certificat.

Ce projet reprendra toutes les dispositions concernant la formation de ces travailleuses sociales et les modalités de délivrance du certificat, afin de constituer un véritable statut professionnel.

Le financement des services restait le problème le plus difficile à régler. Pour pallier ces difficultés, les instructions du 20 mai 1969 ont prévu une meilleure participation des services d'aide sociale à l'enfance et des bureaux d'aide sociale pour la rémunération des travailleuses familiales; ces instructions ont donné de bons résultats.

La caisse nationale d'allocations familiales disposera, comme je l'ai indiqué tout à l'heure, d'une dotation supplémentaire qui permettra d'améliorer la rémunération des travailleuses familiales dans la limite de douze francs de l'heure.

Des conventions devront être passées, d'une part, entre la caisse nationale d'allocations familiales et les caisses d'allocations familiales qui voudront développer leurs efforts vis-à-vis des travailleuses familiales, d'autre part, entre ces caisses et les associations de travailleuses familiales exerçant dans leur circonscription.

Enfin, un projet d'arrêté fixe le nouveau programme des caisses d'allocations familiales. Il permettra à ces organismes de maintenir et d'accroître leurs possibilités d'intervention dans le cadre de leur dotation annuelle de leur fonds d'action sanitaire et sociale.

J'ajouterai, en ce qui concerne la politique familiale, que le moment est venu, compte tenu des évolutions économiques et sociologiques constatées depuis 1945, de faire le point et de repenser ce que doit être la ligne de conduite du Gouvernement envers la famille, politique dans laquelle doivent s'insérer les mesures en faveur de la natalité qui n'en sont qu'un aspect.

Nous envisageons une consultation générale des différents groupements familiaux et des associations d'aide à la famille — centres sociaux, associations de travailleuses familiales, groupements s'occupant de la prévention, de la délinquance juvénile ou de l'enfance malheureuse — afin que ces organismes fassent connaître aux pouvoirs publics, dans une concertation très franche, à la lumière de leurs expériences, leurs constatations, leurs besoins et leurs désirs.

En ce qui concerne la famille, je dirai un dernier mot sur l'éducation sanitaire et sociale. Pour répondre aux observations judicieuses du docteur Peyret, j'indique que s'est réuni un groupe de travail sous la présidence de M. André Bertrand, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes, qui a déposé des conclusions. Il est raisonnable d'espérer que des dispositions réglementaires interviendront sur ce point au cours de l'année 1971 et se traduiront par des propositions dans le projet de budget pour 1972.

En ce qui concerne l'action sociale en faveur des personnes âgées, ainsi que l'a déclaré M. le Premier ministre devant l'Assemblée nationale le 15 octobre dernier, il y a lieu d'entreprendre et de poursuivre le développement d'une action sociale en faveur de ces personnes, en vue de vaincre leur isolement et de leur donner une autonomie aussi complète que possible.

Outre l'augmentation des ressources dont M. le ministre vient de vous dire l'importance, l'effort poursuivi par les pouvoirs publics porte en particulier sur une meilleure information des intéressés, des possibilités accrues pour leur maintien à domicile, de meilleures conditions d'hébergement dans les établissements destinés à les recevoir, et une politique dite d'animation.

Pour l'information des personnes âgées, qui est d'ailleurs le premier moyen de leur donner la possibilité de l'autonomie, il faut leur apporter une connaissance précise de leurs droits et surtout la possibilité de s'informer dans des lieux proches de leur domicile.

Pour ce faire, j'avais demandé l'an dernier aux préfets de mettre en place des comités départementaux d'information des personnes âgées.

A l'heure actuelle, soixante-dix comités environ ont été mis en place, dont plus de cinquante font preuve d'activité réelle et d'initiatives intéressantes.

Pour accroître leur efficacité, je viens de préciser leur rôle dans une circulaire du 9 octobre, qui recommande en particulier leur décentralisation sur le plan de l'arrondissement dans la région parisienne et sur le plan cantonal dans l'ensemble de la province, mais qui recommande surtout la participation

active des personnes âgées elles-mêmes, de telle façon que soit évité un paternalisme dont les actions menées en faveur de ces personnes ont quelquefois été empreintes.

Ces organismes ne sont pas des rouages administratifs — j'y insiste. Ils doivent réunir en leur sein tous les groupements, associations et caisses de retraites qui s'occupent des personnes âgées. Pour éviter le double emploi par la coordination, ces comités sont appelés à jouer un rôle de relais dans l'orientation des personnes âgées vers les caisses ou les services.

Leurs statuts juridiques peuvent être très variables. Ils doivent créer en leur sein des commissions chargées d'étudier tous les problèmes qui peuvent se poser sur le plan pratique et surtout de mettre au point des solutions concrètes.

Nul ne conteste qu'il faille autant que possible maintenir les personnes âgées à leur domicile.

Tous les travaux de gérontologie en montrent la nécessité.

Dans ce but, le Gouvernement a décidé d'améliorer la réglementation sur l'allocation de loyer qui, actuellement, ne peut être accordée que si le loyer ne dépasse pas 190 francs par mois et qui est calculée sur cette base.

M. le ministre vous a dit, mesdames, messieurs, qu'un projet de décret, soumis actuellement à la signature du Premier ministre, prévoit que le calcul de cette allocation sera effectué sur la base maximale de 200 francs par mois, l'allocation étant accordée quel que soit le montant du loyer.

Cette mesure, unanimement réclamée, se traduit dans le projet de budget par l'inscription d'une somme de 6.000.000 francs au chapitre 46-21.

Pour l'hébergement des personnes âgées, outre les mesures annoncées par M. le ministre, nous avons pris des décisions concernant les établissements privés n'ayant aucun caractère sanitaire. Certains de leurs dirigeants abusent de cette situation et leurs hôtes sont parfois logés ou nourris dans des conditions scandaleuses.

Pour mettre fin à cette situation, mes services ont préparé un projet de loi qui est actuellement soumis au Conseil d'Etat. Ce projet sera déposé, prochainement je l'espère, sur le bureau des Assemblées après son adoption par le conseil des ministres.

Comme l'a dit M. le ministre, le Gouvernement est fermement résolu à ne pas maintenir les hospices dans leur situation actuelle. Cependant, nous sommes en présence d'une situation de fait et nous ne pouvons que tenter de l'améliorer tout en recherchant un autre mode d'accueil.

C'est ainsi que, par une circulaire du 6 avril 1970, j'ai demandé que des mesures soient prises, mesures simples, mais permettant d'apporter des modes de vie un peu plus humains dans chacun de ces établissements conçus à une époque révolue. Ces instructions ont été confirmées par circulaire du 9 octobre 1970 et j'attends le bilan de ces premières actions.

M. le ministre a souligné — et cette action n'est pas négligeable — qu'un effort important a été consenti pour augmenter le montant de l'argent de poche qui est alloué mensuellement aux personnes qui séjournent dans les hospices ou les maisons de retraite. Cette mesure s'applique également aux handicapés qui sont hébergés dans les mêmes conditions.

Reste enfin le problème des personnes s'occupant des groupes de personnes âgées. On peut parler, à ce propos, d'une sorte d'animation de ces groupes. Bien entendu, cette animation incombera, bientôt je l'espère, aux personnes âgées elles-mêmes. Mais, dans une première étape, il importe de sensibiliser à ce problème tout le personnel qui s'occupe des personnes âgées, non seulement le personnel des établissements hébergeant les intéressés — directeur, aide-soignant, serveuse même — mais également le personnel des foyers-restaurants, des clubs et aussi toutes les personnes qui peuvent apporter une aide volontaire et régulière dans ces différents services.

Dans cette perspective seront organisées, cette année, au stade régional, des sessions de formation dirigées par des formateurs spécialisés. Ces derniers suivront des stages spéciaux qui seront organisés, dès le début de l'année prochaine, à l'école nationale de la santé publique.

L'action en faveur des handicapés a donc marqué cette année des progrès estimables.

Depuis quelques mois, des étapes importantes ont été franchies qui sont l'aboutissement d'une longue période de réflexion et de travail.

Nous avons ouvert des voies nouvelles dans trois directions principales : premièrement, le dépistage, le traitement précoce et la prévention des infirmilités du tout jeune enfant ; deuxièmement, la coordination interministérielle de l'ensemble des actions en faveur des handicapés ; troisièmement, l'aide financière aux familles ayant la charge d'un handicapé enfant ou adulte.

Sur le dépistage et le traitement précoce, je développerai plus longuement notre action à propos de la rénovation de l'action de la protection maternelle et infantile dont M. Boulin, de son côté, vient de souligner l'importance au point de vue de la prévention médicale.

Dans l'ordre des urgences, la mise en place d'un dispositif de coordination interministérielle était un objectif prioritaire afin d'éviter la dispersion des efforts, le gaspillage des ressources et la concurrence entre les établissements, les bureaux et les services, tout en respectant la diversité des tâches et des attributions.

Mais, en ce qui concerne les handicapés, le Gouvernement doit disposer d'un organisme susceptible de définir de manière permanente une politique d'ensemble, et c'est à cette préoccupation fondamentale que répondent les dispositions d'un décret du 9 septembre 1970 qui prévoit trois organes de coordination :

Un comité interministériel qui réunit, sous la présidence du Premier ministre, tous les membres du Gouvernement ayant compétence à un titre ou à un autre pour s'occuper des handicapés ;

Une commission permanente, chargée de préparer les décisions du comité et d'en suivre l'exécution, qui sera composée de fonctionnaires, mais c'est le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale qui en assurera la présidence ; ainsi se trouve consacrée la responsabilité plus particulière du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et de son secrétaire d'Etat ;

Un secrétaire général nommé par décret — sa nomination vient d'être publiée au *Journal officiel* — qui doit jouer l'indispensable rôle de liaison entre les ministres et les services pour assurer la bonne marche des deux autres organismes. Il est placé auprès du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

Telle est la pierre d'angle du dispositif de coordination interministérielle. Elle ne constitue pas à elle seule l'édifice tout entier et beaucoup reste à faire pour parvenir à une harmonisation des efforts et pour obtenir le rendement le meilleur des initiatives multiples qui se manifestent dans ce domaine, pour éviter essentiellement que les handicapés et leurs familles n'aient souvent cette pénible impression tantôt que personne ne s'occupe de leur cas, tantôt, au contraire, que trop de personnes s'en occupent entre lesquelles ils se trouvent ballottés.

Nous avons certainement beaucoup à faire pour parvenir à ce résultat qui constituera une indispensable humanisation des rapports entre les handicapés et les administrations. Les organes de coordination interministérielle qui viennent d'être mis sur pied vont nous permettre d'entreprendre cette tâche dans une complète unité de vue de tous les membres du Gouvernement.

L'aide financière aux familles est restée le problème douloureux de ces dernières années.

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et moi-même avons exploré les différents moyens par lesquels la société peut manifester sa solidarité à l'égard des handicapés.

Il nous est apparu que le problème le plus dramatique était celui du surcroît de charge imposé aux familles par la présence dans leur sein d'un enfant gravement handicapé, charge encore aggravée lorsque cet enfant handicapé devient adulte, c'est-à-dire, lorsqu'il atteint cette limite cruciale de vingt ans au-delà de laquelle il cesse d'ouvrir droit aux prestations familiales et n'est plus considéré comme ayant-droit de ses parents en matière d'assurance maladie.

Nous avons jugé que ce problème appelait logiquement une solution dans le cadre de la compensation des charges familiales et donc un recours aux prestations familiales. Une partie des allocations nouvelles que nous proposons de créer continueront d'être versées ou pourront être attribuées après vingt ans.

De quelles allocations s'agira-t-il ? Vos rapporteurs ont demandé quelques éclaircissements sur ce point.

Il s'agira, d'une part, d'une allocation familiale complémentaire destinée à aider forfaitairement du fait de la présence au foyer d'un enfant infirme. Cette allocation pourra être maintenue ou accordée aux handicapés âgés de plus de vingt ans.

D'autre part, une seconde allocation sera, pour les handicapés adultes, le pendant de l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes. Elle sera accordée à ceux qui ne peuvent momentanément ou durablement être reclassés dans les conditions normales de l'emploi ni même dans un milieu de travail protégé et qui sont placés dans des établissements où ils peuvent encore accomplir des progrès. Ces établissements, analogues par exemple aux centres d'aide par le travail, seront dénommés établissements d'adaptation parce que l'objectif à atteindre reste toujours d'adapter le handicapé à des conditions normales de vie et de travail. C'est pourquoi aussi je propose

d'appeler cette prestation familiale nouvelle : « allocation d'adaptation », pour la distinguer de l'allocation familiale complémentaire.

Un crédit global de 300 millions est d'ores et déjà réservé au financement de ces deux allocations.

De toute manière, puisqu'il s'agit de créer quelque chose de nouveau dans le domaine des prestations familiales, le Parlement va être saisi d'un projet de loi. Je demanderai à votre assemblée de faire diligence pour que l'examen de ce projet puisse intervenir au cours de cette session malgré la surcharge qu'imposent les délibérations budgétaires. L'Assemblée comprendra qu'il serait navrant que nous soyons obligés de différer de quelques mois encore l'adoption d'une mesure de justice sociale aussi nécessaire.

Outre ces actions nouvelles, des augmentations notables de crédits vont permettre de développer des actions déjà entreprises en faveur des handicapés.

Pour les handicapés isolés ou trop âgés pour pouvoir encore être aidés par le truchement de leur famille, les deux majorations des avantages minimaux de vieillesse, prévues au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> octobre 1971 leur étant également applicables, au 1<sup>er</sup> octobre 1971 le minimum des ressources sera de 3.400 francs par an, ainsi que l'a rappelé M. Boulin.

En ce qui concerne l'équipement, M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale vous a exposé les grandes lignes de la politique que nous entendons suivre et ses propos concernaient particulièrement le secteur de l'enfance inadaptée et des handicapés adultes.

Je n'y reviens pas sinon pour souligner que les orientations définitives de la politique d'équipement ne pourront être précisées qu'au terme des travaux préparatoires du VI<sup>e</sup> Plan et notamment, pour les handicapés, après la mise au point de ce que nous appelons la carte de l'inadaptation qui sera dans ce secteur, l'équivalent de la carte hospitalière.

Quant à la formation des personnels et à l'aide financière aux organismes et services, comme pour l'équipement, l'urgence des besoins nous a conduits à des mesures de portée immédiate, et je crois que nous pouvons tout de même nous en montrer satisfaits.

La mise en chantier de quatre nouvelles écoles d'éducateurs en 1970, de cinq en 1971 atteste la volonté du Gouvernement d'intensifier l'action médico-éducative menée par des praticiens et des éducateurs qualifiés.

En ce qui concerne ces derniers, les bases juridiques de leur formation sont désormais bien précisées, grâce à la publication au cours de l'année écoulée de deux textes importants : le décret du 14 mars 1970 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur-éducateur ; l'arrêté du 15 avril 1970 fixant les nouvelles modalités d'organisation de l'examen pour l'obtention du diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé créé en 1967.

Il fallait penser aussi au nombre très élevé — 5.000 à 6.000 environ — d'éducateurs de valeur déjà en fonctions depuis plusieurs années mais qui, par la force des choses, n'ont pas reçu la formation de base théorique et pratique que nous estimons aujourd'hui nécessaire.

C'est pourquoi, en collaboration avec les différentes organisations syndicales d'employeurs et d'éducateurs, nous avons entrepris, dans le cadre de la formation professionnelle et de la promotion sociale, une action de formation en cours d'emploi dont la durée probable, compte tenu du nombre des candidats et de la nécessité de les maintenir en fonctions, sera d'au moins cinq ans.

J'ai signé, le 15 septembre dernier, une convention avec le centre technique national pour l'enfance inadaptée qui est chargé d'organiser et de contrôler cette formation en cours d'emploi. Le financement en sera assuré conjointement par le fonds de la formation professionnelle et de la promotion sociale qui couvrira 60 p. 100 des dépenses, par la caisse nationale d'allocations familiales et par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale : cinq millions de francs sont prévus à cette fin dans le budget de 1971.

En plus de ces cinq millions de francs, un crédit de près de 7.800.000 francs permettra, d'une part, de renforcer le potentiel des écoles d'éducateurs existantes, des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées qui apportent aux établissements une aide technique appréciable, et, d'autre part, de soutenir financièrement l'activité des associations qui jouent dans ce domaine un rôle précieux.

Enfin, en ce qui concerne les instituts nationaux de jeunes sourds et de jeunes aveugles, M. Bisson, dans son rapport, a très justement souligné qu'une majoration de crédits de 1.144.000 francs permettra d'accroître en quantité et en qualité

leurs moyens de fonctionnement, notamment par la création de postes nouveaux.

Je ferai simplement allusion, pour terminer, à l'augmentation non négligeable des crédits affectés au développement des mesures de rééducation et de reclassement professionnels. Ces crédits, en effet, sont gérés, en accord avec nous, par M. le ministre du travail, de l'emploi et de la population qui vous indiquera leur affectation exacte, lors de l'examen de son budget.

Au total, les deux ministères pourront disposer en 1971, pour des actions spécifiques en faveur des handicapés. Les crédits supplémentaires de fonctionnement se montent à 42.350.000 francs. En 1970, les mesures nouvelles s'élevaient à 21.780.000 francs pour les mêmes chapitres et articles. D'une année sur l'autre, il y a donc doublement de l'effort financier supplémentaire.

M. le ministre de la santé publique et de la population a indiqué les difficultés que nous avons rencontrées dans le secteur de la santé scolaire. Il est certain, en effet, que nous souffrons d'une insuffisance d'effectifs que nous n'avons pu pallier efficacement. C'est pourquoi, comme M. Boulin, j'augure bien de cette étude sur la rationalisation des choix budgétaires qui permettra, en outre, de préciser les objectifs essentiels. Peut-être des tâches trop nombreuses ont-elles été fixées au personnel qui assure ces services ? En tout cas, les conclusions de ces études pourront être déposées au cours de l'année.

Il est cependant un problème qui relève partiellement du secteur de la santé scolaire, et auquel j'attache une attention particulière : celui des conditions d'alimentation des enfants dans les cantines scolaires.

Une enquête entreprise par Mme Massé, directeur d'enseignement au centre international de l'enfance, a mis en évidence l'insuffisance des repas qui y sont servis, en apport calorique, en protéines animales, ainsi que la rareté ou l'absence de produits laitiers.

**M. Pierre Godefroy.** Très bien !

**Mme le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.** On ne le répète pas assez, en effet, et je vous remercie de votre approbation, monsieur le député.

La conjoncture agricole nous le permettant, nous avons obtenu, pour combler cette carence, que les cantines et restaurants d'enfants qui en feraient la demande puissent se faire livrer par le F. O. R. M. A. des produits laitiers en bénéficiant d'une remise à un taux moyen de 50 p. 100. Cette mesure n'a pas été suffisamment connue. Ainsi, à la suite d'une émission de télévision qui traitait ce problème, nous avons été stupéfaits du nombre de ceux qui auraient souhaité bénéficier d'une telle mesure. Je suis heureuse, aujourd'hui, qu'elle puisse s'étendre à toutes les cantines scolaires.

Ni M. le ministre de l'éducation nationale, ni moi-même, n'oublions que le rôle des cantines scolaires n'est pas seulement de nutrition mais aussi d'éducation. Aussi, un projet de loi relatif à la création et au fonctionnement des restaurants d'enfants dans les établissements pourra leur donner leur véritable dimension.

**M. Charles Benoist.** Il faut accorder des subventions aux communes !

**Mme le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.** Je souligne, pour terminer, le rôle de la médecine préventive dont je m'occupe dans l'organisation nouvelle de la protection maternelle et infantile.

Je passerai brièvement sur ce problème puisque nombre de ses aspects ont déjà été évoqués et je m'en réjouis. L'an dernier, je vous avais fait part des orientations nouvelles que j'entendais donner à la politique de protection maternelle et infantile assez mal connue ou assez mal utilisée par les familles. Compte tenu des progrès scientifiques réalisés pour assurer dans les meilleures conditions de dépistage, le traitement précoce des infirmités du tout jeune enfant et la prévention, il était nécessaire de mettre en œuvre la politique dont nous avons alors tracé les grandes lignes, qui a été depuis confirmée et précisée par différentes études et recherches entreprises au cours de la présente année.

En effet, les rapports établis au cours de la préparation du VI<sup>e</sup> Plan, les conclusions du colloque organisé à ma demande par M. le professeur Thieffry dans le cadre de l'I. N. S. E. R. M. et les conclusions de la première étude de rationalisation des choix budgétaires effectuée par le ministère de la santé publique, ont mis en évidence le caractère prioritaire des options proposées l'année dernière.

De son côté, le bilan des réalisations de l'année 1970 se révèle positif, puisque les objectifs préalables à ces choix, définis il y a un an, ont été atteints. C'est ainsi notamment

qu'en votant au cours de la session de printemps un texte de loi tendant à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens préventifs, vous avez aménagé les moyens légaux et administratifs permettant d'assurer la qualité et la spécificité des examens de prévention et de dépistage.

Il va maintenant devenir possible de faire bénéficier les enfants ainsi dépistés de soins préventifs ou des moyens de traitement et de réadaptation qu'ils trouveront dans les « centres d'action médico-sociale précoce » dont un décret, actuellement en cours de signature, définit les conditions de création et de fonctionnement.

Ces examens, au nombre de deux, s'ajouteront à celui qui, obligatoirement, sera effectué sur le lieu même de l'accouchement dans les jours qui suivront immédiatement la naissance.

Ces lieux d'accouchement vont faire l'objet, très prochainement, d'une réglementation relative à leurs conditions d'installation et de fonctionnement. Le projet de décret soumis à l'avis du Conseil d'Etat vise les établissements privés, mais il est bien entendu que ses dispositions seront étendues aux établissements publics. Elles feront l'objet d'un texte particulier pris en application du décret du 18 décembre 1958, relatif aux hôpitaux et hospices.

L'élaboration du nouveau carnet de santé est terminée et son expérimentation est déjà en cours dans le département d'Ille-et-Vilaine.

Toutes les actions qui vous sont aujourd'hui proposées, et dont certaines ont déjà été entreprises, figurent dans les conclusions de l'étude R. C. B. dont le coût du programme a été évalué, pour une période de quinze ans, à 900 millions de francs, alors que l'avantage économique qui correspondrait à la réalisation de l'objectif visé serait de 7 milliards de francs.

Au titre de ces actions, dont M. Boulin vous a donné la liste et dont M. le docteur Peyret a minutieusement fait l'inventaire dans son rapport, une première tranche de crédits a été inscrite dans le projet de loi de finances. Je remercie M. le docteur Peyret et je me permets de redire quelques mots à propos de certaines de ces actions.

Les premières mesures concernent l'information et la formation des personnels. Il s'agit là de ces « programmes-support » que constituent l'information et la formation des obstétriciens et des personnels médical et paramédical.

A ce titre, trois types d'actions sont prévus. D'abord, des émissions médicales télévisées concernant la périnatalité, incluses dans les séries d'émissions médicales de recyclage actuellement diffusées.

Parallèlement, je propose d'organiser un recyclage des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices et des anesthésistes pour les former aux nouvelles techniques de réanimation du nouveau-né et diminuer ainsi le nombre d'accidents à la naissance, imputables, le plus souvent, à une connaissance insuffisante de certaines pratiques obstétricales ou de réanimation qui, cependant, de l'avis de tous, sont simples et faciles à mettre en œuvre. Ces stages seront organisés sur le plan régional, l'Etat prenant à sa charge les frais de déplacement et le coût du petit matériel nécessaire aux démonstrations.

En outre, afin de compléter et de renforcer ces deux actions de formation, une brochure technique traitant de la périnatalité et élaborée sous la responsabilité de l'I. N. S. E. R. M., sera envoyée aux 60.000 médecins et aux 8.500 sages-femmes de France.

Parmi les actions intéressantes directement la mise en œuvre de cette politique nouvelle, ont été retenues, en priorité, la vaccination contre la rubéole, dont M. Boulin a déjà parlé, l'intensification de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et la prévention des handicaps à la naissance.

L'intensification de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement entraînera une augmentation du nombre des consultations prénatales. Sur les 850.000 grossesses annuelles, on estime que 50.000 présentent des risques. Le coût de ces examens pris en charge par la protection maternelle et infantile nécessitera l'inscription d'un crédit supplémentaire de 1.500.000 francs au chapitre 47-12 pour couvrir la participation de l'Etat à ces dépenses nouvelles, laquelle est de 83 p. 100.

En ce qui concerne la prévention des handicaps à la naissance, les mesures de détection impliqueront l'aménagement de centres de grossesse et d'accouchement à risques dont trois seront mis en place au titre de l'exercice 1971.

Deux mesures complémentaires mais indispensables ont été également retenues : l'obligation d'équiper en petits matériels de réanimation toutes les salles de travail, l'aménagement d'unités de réanimation néonatale destinées à accueillir les nouveaux-

nés nécessitant des soins intensifs et la constitution d'équipes rompues aux techniques de transport rapide.

Ainsi qu'on vous l'a dit, le montant total des crédits pour l'ensemble de ces cinq dernières actions s'élève à 2.750.000 francs.

Un contrôle de la mise en application des dispositions nouvelles qui concernent le fonctionnement des services publics et privés d'accouchement et le perfectionnement des personnels médicaux et paramédicaux est indispensable. Il sera mis en place dès 1971. Sur le plan départemental et régional, il sera assuré par les médecins inspecteurs régionaux et les conseillers régionaux d'obstétrique. Sur le plan national, il sera confié à trois conseillers nationaux choisis parmi des hospitalo-universitaires.

Enfin, ont été prévus les moyens financiers d'effectuer, par l'informatique, l'exploitation des fiches médicales individuelles, qui, conformément à la nouvelle réglementation, devront être établies pour toute accouchée et pour tout nouveau-né, ainsi que des données qui auront été recueillies dans les services de la protection maternelle et infantile.

Ainsi, mesdames, messieurs, les mesures financières envisagées pour 1971 permettront de mener scientifiquement une réelle politique de prévention des risques pré et périnataux. Par le perfectionnement des personnels, par l'amélioration et la haute technicité des services, par la connaissance des besoins déterminés grâce aux moyens les plus modernes de l'informatique, nous pouvons espérer des succès qui se traduiront par des gains inappréciables de vies humaines et par une jeunesse que nous aurons préservée des handicaps les plus graves. *(Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)*

**M. le président.** La suite de la discussion budgétaire est renvoyée à la prochaine séance.

— 2 —

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1971 (n° 1376) (rapport n° 1395 de M. Philippe Rivain, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan).

Affaires sociales (suite).

Santé publique.

(Annexe n° 6. — M. Robert Bisson, rapporteur spécial ; avis n° 1396, tome V, de M. Peyret au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

Sécurité sociale.

(Annexe n° 7. — M. Icart, rapporteur spécial ; avis n° 1396, tome VI, de M. Bonhomme, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Fixation de l'ordre du jour ;

Suite de l'ordre du jour de la première séance.

La séance est levée.

*(La séance est levée à douze heures trente-cinq.)*

*Le Directeur du service du compte rendu sténographique de l'Assemblée nationale,*

VINCENT DELBECCHI.

*(Le compte rendu intégral des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> séances de ce jour sera distribué ultérieurement.)*