

## CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

4<sup>e</sup> Législature

## PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1971-1972

COMPTE RENDU INTEGRAL — 41<sup>e</sup> SEANCE2<sup>e</sup> Séance du Jeudi 4 Novembre 1971.

## SOMMAIRE

## 1. — Loi de finances pour 1972 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5291).

## Santé publique et travail :

## I. — Section commune.

## II. — Santé publique et sécurité sociale et article 57.

MM. Michel Durafour, Roger, Hubert Marlin, Benoist, Péronnet, Rickert, Delhalle, Saint-Paul, Pierre Cornel, Grussenmeyer, Morelton, Herman, Mainguy, Mme Thome-Patenôtre, M. Marcus, Mme Trolsier, MM. Chazelle, Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale ; Jacques Barrot, Menu, Zimmermann, Beraud, Pasqua, Richoux, Thillard, de Bénouville.

Renvoi de la suite de la discussion.

## 2. — Ordre du jour (p. 5316).

PRESIDENCE DE M. FRANÇOIS LE DOUAREC,  
vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

## LOI DE FINANCES POUR 1972 (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 1972 (n° 1993, 2010).

## SANTÉ PUBLIQUE ET TRAVAIL

## I. — Section commune.

II. — Santé publique et sécurité sociale.  
(Suite.)

M. le président. Nous continuons l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et de la section commune (santé publique et travail).

Dans la suite de la discussion, la parole est à M. Michel Durafour.

M. Michel Durafour. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le budget de la santé publique et de la sécurité sociale est nécessairement un budget exemplaire. Il reflète la politique du Gouvernement dans la mesure où, plus qu'un autre, il implique des choix.

La masse des recettes étant supposée constante et une fois connue la limite de la pression fiscale, quel pourcentage du budget général la santé publique représente-t-elle ?

Ces choix, le Gouvernement les a faits. Sont-ils, selon certains d'entre nous, pleinement satisfaisants ? Tel est l'objet de ce propos.

Globalement, les crédits de la santé publique augmenteront en 1972, mais dans une proportion moindre que l'année dernière. Monsieur le ministre, vous nous avez donné ce matin des indications qui expliquent en partie cet état de choses. Les crédits n'en demeurent pas moins insuffisants et nombreuses sont les demandes insatisfaites.

Pourquoi et comment remédier à cette situation ? Sans doute — et le phénomène est général — les dépenses de santé ont-elles considérablement augmenté au cours de ces dernières années. En 1930, et je me réfère à une conférence donnée récemment par le professeur Lépine, un lit d'hôpital pour enfant à Zurich revenait à sept francs suisses. En 1960, dans ce pays à la monnaie relativement stable, il en coûtait 74. Donc, en trente ans, ce prix a été plus que décuplé.

Mais prenons un exemple plus voisin de nous, celui du prix de journée en service de chirurgie dans un hôpital parisien. Il est passé de 36,90 francs en 1955 à 219,15 francs en 1970, soit environ sept fois plus. Une opération à cœur ouvert exige dix-huit personnes en salle d'opération, seize donneurs de sang, la réanimation et l'hospitalisation.

Je pourrais parler aussi d'une greffe du cœur célèbre dont on dit qu'elle a coûté dix millions de francs. Il est bien évident que même si elle avait réussi, on en serait à se demander comment on pourrait généraliser ce genre d'intervention.

Ces exemples illustrent les difficultés auxquelles on se heurte pour résoudre des problèmes pourtant essentiels.

S'agissant des équipements, on a parlé de « la grande misère des hôpitaux de France ». Cette généralisation me paraît abusive. Il est toutefois certain qu'un trop grand nombre d'hôpitaux ne disposent pas encore d'un équipement de qualité et que de nouveaux établissements doivent être ouverts.

A cet égard, monsieur le ministre — et j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire — le VI<sup>e</sup> Plan est beaucoup trop timide. En particulier, la construction d'hôpitaux échelonnée sur plusieurs plans ne correspond ni aux besoins immédiats des usagers ni aux réalités économiques. Cette méthode n'est pas fonctionnelle ; de plus, elle est fort coûteuse ; enfin, elle rend le travail difficile dans un établissement situé sur un chantier permanent.

Le retard étant constaté — il ne vous est d'ailleurs pas imputable — voici ma première proposition : ne serait-il pas raisonnable de prévoir le lancement d'un emprunt, qui certainement rencontrerait le meilleur accueil dans le public, afin de combler les lacunes existantes et de doter immédiatement le pays de l'équipement hospitalier dont il a un urgent besoin ?

En ce qui concerne les médecins et le personnel médical en général, la situation est tout aussi difficile.

Le nombre des médecins par rapport à celui des malades diminue d'année en année. En 1938, la fréquentation médicale par semaine était de sept consultations pour cent assurés ; trente ans plus tard, elle est environ de 125.

Je précise qu'avec 11 médecins pour 10.000 habitants, la France occupe un rang honorable derrière les Etats-Unis qui en

comptent 12,9. Mais, dans le même temps, la France ne dispose que de 140 lits d'hôpital contre 90 aux Etats-Unis, de 20 infirmières ou infirmiers contre 42, de 4 pharmaciens contre 6.

Comme vous, monsieur le ministre, je me méfie des statistiques. Mais si elles ne sont pas les tables de la loi, elles indiquent cependant une tendance à laquelle il est sans doute utile de se référer, ne serait-ce que pour la combattre.

Une loi récente a admis la nécessité de limiter le nombre des étudiants en médecine afin d'assurer leur formation qualitative. J'ai voté ce texte car il constitue un moyen d'action.

Mais il y en a d'autres. On pourrait, par exemple : augmenter le nombre des enseignants en créant des postes hospitalo-universitaires, ce qui aurait l'avantage de doter les établissements hospitaliers d'un personnel de qualité ; construire de nouveaux établissements susceptibles de signer des conventions hospitalo-universitaires ; aider les hôpitaux à faire face à la lourde tâche qui leur incombe du fait de leur participation à l'enseignement de la médecine ; donner à la recherche médicale sa véritable dimension.

Le crédit affecté à l'institut national de la santé et de la recherche médicale est en augmentation par rapport à celui de l'année dernière. Il s'élève à 134 millions de francs en 1971. Même si cette somme n'est pas négligeable, que représente-t-elle compte tenu du coût très élevé du matériel nécessaire à la recherche ? Que représente-t-elle également compte tenu de la nécessité de disposer d'un personnel nombreux et qualifié ?

Mon propos, monsieur le ministre, ne signifie pas que je ne souhaite pas voir les centres hospitaliers prendre leurs responsabilités. Au contraire ! Ne serait-ce qu'au niveau de la décentralisation, cela m'apparaît comme une nécessité.

Les centres hospitaliers doivent affirmer une vocation, faire un effort au niveau de l'accueil, aménager de nouvelles structures.

Mais cela exige que l'Etat mette à leur disposition une part plus importante du revenu national. Or, à cet égard, on peut dire, sans vouloir citer de chiffres, que leur situation n'est pas particulièrement favorable.

Cela exige aussi la mise en place d'une formation permanente du personnel médical.

C'est surtout l'équipement qui me paraît appeler des mesures importantes si l'on veut remonter le courant.

Je voudrais également parler des handicapés. C'est une question délicate et je crains qu'elle n'ait été jusqu'ici mal posée. Certains considèrent les interventions dans ce domaine comme un témoignage nécessaire de solidarité nationale. C'est un aspect du problème. Je le reconnais volontiers, mais il me semble qu'en réinsérant dans la vie active des hommes et des femmes en difficultés, on libérerait à terme la société d'une charge et on concourrait au développement économique de la nation.

Il ne s'agit pas seulement de crédits d'aide, mais bien plutôt de crédits de concours au développement de tout le pays. Je tenais à le souligner afin de définir le caractère exact des crédits sollicités pour cette action.

Je regrette que les fonds nécessaires à la construction d'établissements, s'ils sont en augmentation pour les enfants, soient en diminution pour les adultes.

Or la situation des adultes est peut-être plus douloureuse que celle des enfants. En effet, les premiers doivent faire face, seuls, aux difficultés de l'existence, alors que les seconds ont encore leurs parents à leurs côtés.

On compte actuellement un enfant plus ou moins gravement handicapé sur quatre. La connaissance de cette proportion a été rendue possible grâce à l'effort d'information des associations spécialisées qui ont su convaincre les parents d'admettre et d'avouer le handicap de leurs enfants, mais aussi en raison même du caractère de notre société moderne, très contraignante au niveau de certaines réalités.

En cet instant de mon exposé, j'ouvrirai une parenthèse afin de vous entretenir des mutilés et invalides du travail, que vous connaissez bien, monsieur le ministre, pour avoir assisté à leur congrès.

Cette catégorie des handicapés a effectivement des droits sur nous, car l'égalité des chances n'existe plus pour elle, et nous sommes, en tant que membres à part entière de la société, responsables de cette situation.

En ce qui concerne les invalides civils, je crois à la nécessité de revaloriser les allocations d'aide sociale servies aux infirmes, aveugles et grands infirmes dans les mêmes proportions et selon les mêmes règles que celles qui sont prévues pour les avantages de vieillesse.

Il est nécessaire aussi d'accélérer l'instruction et la liquidation des dossiers car, dans un domaine aussi difficile sur le plan psychologique, la rapidité de l'action importe au moins autant que sa nature.

En ce qui concerne les mutilés du travail, il est demandé :

L'attribution d'une allocation immédiate aux familles des victimes d'accidents mortels ;

L'attribution d'une rente de conjoint survivant à la veuve d'un grand mutilé pour lequel la nécessité d'une tierce personne avait été reconnue, quelle que soit la cause du décès — j'ai d'ailleurs dit, et vous êtes juriste, monsieur le ministre, qu'en ce domaine il suffirait d'assimiler la notion de tierce personne à celle de la fonction ;

La modification du contentieux de la sécurité sociale, notamment en adressant à la victime le rapport médical d'appréciation du taux d'incapacité permanente, le secret professionnel ne pouvant pas, me semble-t-il, être invoqué ici.

Un certain nombre de problèmes subsistent. Je n'y insisterai pas, car les intéressés ont eu l'occasion de vous les exposer.

En conclusion, les dépenses de santé augmentent et nul ne le conteste. En tout cas, ce n'est pas de ma bouche que vous entendrez affirmer que le budget de votre ministère ne progresse pas.

Il reste à savoir si cette progression est compatible avec les exigences de la vie moderne. Autrement dit, l'augmentation constatée est-elle suffisante ?

Dans les sociétés évoluées, la recherche de la santé constitue un objectif fondamental. Elle s'est substituée à ce qu'on appelait la lutte pour la vie chez les peuples primitifs. Si l'Etat n'intervient pas à ce niveau, la santé n'appartiendra qu'aux riches. D'où cette conception de *welfare state*, pour employer une terminologie britannique, selon laquelle la santé devient en quelque sorte un droit.

Je suis parfaitement conscient que nous courons après un objectif que nous ne rattraperons jamais. Mais l'important est d'aller presque aussi vite que lui, de s'en rapprocher le plus possible.

L'essentiel est de tout faire pour améliorer la vie de chaque individu.

En tout cas, l'action que nous pouvons mener dans ce sens dépend nécessairement des dépenses de santé.

En conclusion, monsieur le ministre, si je n'ai pas d'observation à présenter sur la répartition des crédits, telle qu'elle figure dans votre projet de budget, je regrette toutefois que la part qui vous a été faite par le ministre de l'économie et des finances soit trop congrue. (Applaudissements.)

**M. le président.** La parole est à M. Emile Roger.

**M. Emile Roger.** Monsieur le ministre, vous nous avez parlé ce matin, des grandes actions qui, selon vous, amorceraient et concrétiseraient la politique de la santé dans notre pays.

Mais vous avez dit aussi que l'application d'une politique impliquait la mise en œuvre de moyens.

En dépit des apparences, le projet de budget de la santé publique qui nous est proposé se situe dans la même ligne et présente les mêmes orientations que ses prédécesseurs, dont les insuffisances ont eu pour résultat la réalisation à 65 p. 100 seulement du cinquième plan sanitaire.

Avec les propositions qui nous sont faites, non seulement les retards ne seront pas rattrapés, mais ils s'accroîtront. C'est ainsi que les autorisations de programme, si elles sont en augmentation réelle, puisqu'elles passent à 828 millions de francs, sont déjà en retard sur l'évaluation des besoins, à laquelle la commission du Plan avait procédé. C'est pourquoi l'écart grandit entre les possibilités scientifiques d'un pays développé, tel que le nôtre, et les besoins réels des hommes qui, vous l'avez dit ce matin, évoluent sans cesse.

L'hôpital public, héritier d'un passé moyenâgeux — c'est un lieu commun de le noter — a accumulé un retard considérable, et ce n'est pas, hélas, l'année 1972 qui verra changer la situation.

En effet, pour les centres hospitaliers et établissements pour personnes âgées, si les autorisations de programme doivent passer de 313 millions de francs en 1971 à 413 millions en 1972, on ne dépassera guère le chiffre de 1969, qui était de 398 millions de francs.

Comme je l'ai déjà dit, compte tenu de la hausse des prix, le niveau de 1969 sera à peine maintenu.

Pour les autres hôpitaux, les autorisations de programme passeront de 159 millions de francs en 1971 à 164 millions en 1972, soit à peine 4 p. 100 en plus.

Nous insistons sur ce chiffre particulièrement dérisoire car, parallèlement aux centres hospitaliers régionaux, l'importance des hôpitaux secondaires devient de plus en plus grande, du point de vue des soins dispensés à la population, même compte tenu des distances et des secteurs géographiques.

Une véritable humanisation des hôpitaux ne peut se faire au détriment des établissements secondaires, où existent encore des salles de quarante lits et presque 40 p. 100 de chambres de plus de quatre lits. D'ailleurs, M. Peyret, dans son rapport, a lui-même appelé l'attention sur la diminution globale croissante des lits nouveaux ou aménagés depuis 1970.

Enfin, toujours à ce chapitre, les autorisations de programme passent de 7.500.000 francs à 47 millions de francs pour les établissements réservés aux personnes âgées — et c'est un effort très grand — étant précisé toutefois que, pour mettre fin à l'état lamentable des hospices et pour changer radicalement la situation, il faudrait que l'effort fût poursuivi tout au long des cinq prochaines années.

Enfin, si les crédits relatifs à un autre chapitre, celui de la santé scolaire, sont en augmentation, c'est le résultat des actions prolongées des médecins scolaires, dont la situation était vraiment intolérable. Cependant, les quatre millions de francs consentis seront insuffisants pour satisfaire non seulement les légitimes revendications des médecins scolaires, mais encore celles des assistants, des infirmières, des adjoints, et surtout, monsieur le ministre, pour moderniser ce service qui fonctionne de façon archaïque.

Pour la prévention en général, les crédits des chapitres 50 et 70 du budget, relatifs à la lutte contre la tuberculose, à la transfusion sanguine, à la protection maternelle et infantile, n'ont pratiquement pas augmenté, en dépit des charges nouvelles qui pèsent sur ces services en raison des hausses de prix.

Or, à notre avis, la prévention devrait être l'une des actions fondamentales de l'Etat en matière de santé. Elle devrait être organisée systématiquement et rationnellement, en particulier dans le domaine des vaccinations, des dépistages, dans toutes les couches de la population, ainsi que, surtout, dans le cadre de la protection de la mère et de l'enfant.

A ce propos, il est permis de se demander s'il est raisonnable d'établir deux écoles de médecine, l'une dite « de soins », et l'autre dite « de prévention ». L'expérience démontre qu'il n'existe pas de muraille de Chine entre l'une et l'autre, ni d'opposition non plus. Au contraire, il est prouvé que le médecin généraliste, le « médecin de famille », comme l'on dit, peut jouer un rôle de premier plan dans ce domaine. A cette fin, la prévention ne doit plus être considérée comme une tâche subalterne, non rentable, au sens étroit du terme. Telle n'est pas, hélas ! l'orientation du projet de budget pour 1972.

J'en aurai terminé sur ce premier point lorsque je vous aurai demandé des précisions, monsieur le ministre, sur deux problèmes importants.

Les crédits relatifs à la prévention des handicaps à la naissance ont augmenté de 135.000 francs. Les dépenses de fonctionnement ont crû, elles aussi. Mais, si j'ai bien compris — c'est à ce sujet que je voudrais obtenir des précisions — l'évolution des autorisations de programme de l'ensemble du chapitre concernant l'enfance inadaptée et les ateliers protégés est la suivante : 102 millions de francs en 1970, 100 millions en 1971 et 94 millions en 1972. S'en tenir à ce dernier chiffre, pour 1972, serait catastrophique, car les besoins ne diminuent pas, loin de là.

Les enfants inadaptés seraient encore une fois sacrifiés, y compris les plus grands, puisque, de 49 millions de francs, en 1971, l'effort fait en faveur des ateliers protégés tomberait à 31 millions de francs en 1972.

Si les crédits de 1971, déjà insuffisants, n'étaient pas reconduits en 1972, à nouveau le retard s'accumulerait, ce qui serait intolérable après tant de promesses faites aux familles.

Le second problème concerne les auxiliaires médicaux.

A l'échelon national, y compris dans les hôpitaux, il manque un grand nombre d'infirmières : 136.000 seraient recensées, alors que, d'après les normes de l'Organisation mondiale de la santé, 175.000 seraient nécessaires pour notre pays.

Pour les hôpitaux, la pénurie est considérable. Elle est grave également pour le personnel paramédical, pour les puéricultrices, pour les laborantines, notamment.

D'après les syndicats du personnel hospitalier, les 40.000 aides soignantes couvrent la moitié des besoins réels, et 57.000 agents des services hospitaliers qui exercent dans les salles des malades n'ont pas reçu de formation préalable.

Dans ces conditions, les 7.500.000 francs relatifs à la prise en charge d'une partie des frais de scolarité des élèves infirmières et les 2 millions de francs affectés à la rénovation pédagogique seront-ils suffisants, monsieur le ministre, pour combler le retard ? Nous ne le pensons pas. D'autant que

les autorisations de programme pour la construction ou l'extension des écoles sont loin, elles aussi, de correspondre aux besoins.

En effet, la commission sanitaire du VI<sup>e</sup> Plan, dans ses conclusions, considérait comme priorité absolue la formation du personnel. Vous nous en avez parlé ce matin, mais nous voulons y insister.

Les crédits alloués ont, en fait, amené cette commission à opérer des choix dans les catégories en direction desquelles on entendait faire un effort.

De plus, il a été prévu une enveloppe qui correspondrait à 73 p. 100 des besoins nécessaires, dans l'hypothèse haute.

Dans les limites retenues, 9.410 places d'école devront être créées, au titre du V<sup>e</sup> Plan, toute réforme des études mises à part pour la formation des infirmières et du personnel paramédical.

Or, le coût d'une place d'internat, calculé sur la base de l'arrêté de 1968, est de 40.000 francs environ, et celui d'une place d'externat, de 20.000 francs.

En admettant que les trois sources de financement puissent couvrir, si l'on s'en tient aux prévisions budgétaires pour 1972, les dépenses relatives à la création d'écoles sanitaires, c'est seulement 780 places d'internat qui pourront être créées, ou 1.560 places d'externat. Là encore, les prévisions du Plan ne seront pas atteintes.

Telles sont les remarques que nous avons à formuler au sujet de ce projet de budget.

De surcroît, monsieur le ministre, votre politique générale de la santé, telle que vous l'avez définie ce matin, ne va pas dans le sens d'une politique capable de satisfaire aux besoins des hommes et de notre temps.

Les structures doivent être modifiées profondément. Il ne faut plus que la santé et la maladie soient considérées comme des marchandises, sur lesquelles s'élèvent des fortunes immenses, et parfois les propagandes les plus ignobles.

C'est pourquoi nous jugeons indispensable la mise en œuvre d'une autre politique, dont l'objectif fondamental consisterait à mettre à la portée de chacun une médecine de qualité, capable de promouvoir une éthique nouvelle, où l'homme serait la finalité. L'acte médical, qui est un acte social par excellence, serait la rencontre de l'homme malade et de l'homme médecin qui ne serait plus un marchand de soins.

En même temps, il faut que toutes les couches de la population puissent accéder le plus largement possible à toutes les formes de prévention, de diagnostic et de réadaptation.

Ces objectifs sont, nous en sommes persuadés, conformes aux intérêts de chaque individu et au besoin de développement économique et social de la nation.

La mise en place d'une telle politique devrait faire l'objet d'examen approfondis et répétés, auxquels seraient associés tous les intéressés. Naturellement, pour parvenir à une application correcte, il faudrait procéder à une réforme profonde des structures sanitaires, afin de les rendre plus rationnelles et plus démocratiques.

Dans un premier stade, il faut aller vers une coordination des divers domaines qui concourent à la protection de la santé.

Il faut supprimer les structures actuelles qui, sans aucune coordination, réunissent des secteurs d'importance inégale, qui se chevauchent, s'imbriquent, et dont l'implantation anarchique aggrave encore les insuffisances.

Un effort prioritaire devrait s'exercer, comme je l'ai dit, dans le domaine de la prévention, dont le développement est une des conditions primordiales du niveau sanitaire de la population et constitue une source d'économies.

Les premiers objectifs à atteindre concernent l'amélioration de la protection maternelle et infantile. Le pédiatre ou le médecin qui aura dépisté à temps un rachitisme grave épargnera à l'enfant des mois d'hospitalisation et, à la famille, l'inquiétude, le souci, le chagrin.

L'obstétricien gynécologue qui dépistera une affection à son début épargnera à la femme enceinte la souffrance et, parfois, l'issue fatale.

La prévention est un investissement rentable du point de vue humain comme en matière de finances publiques.

Cette action serait complétée par la coordination et par l'organisation rationnelle de la prophylaxie des affections de l'enfance.

Enfin, la prévention des maladies les plus graves — le cancer, les affections cardio-vasculaires, notamment — serait

grandement améliorée par le perfectionnement et le renforcement des équipements de base.

C'est pourquoi, d'ailleurs, un effort particulier doit être consenti en vue d'insérer étroitement les équipements indispensables dans le cadre de la vie et du travail des hommes, compte tenu des exigences scientifiques et techniques.

C'est dans cet esprit qu'il faudrait entreprendre l'étude des besoins, en s'attachant d'abord à la médecine qu'on pourrait appeler « de base », afin d'établir une carte sanitaire, et pas seulement hospitalière, qui permettrait par la suite de définir une politique cohérente précisant, pour chaque étape, les objectifs et les moyens à mettre en œuvre.

En même temps, il conviendrait d'améliorer et de développer le secteur hospitalier public, dont les missions sont fort diverses.

L'efficacité du service public hospitalier sera accrue par la modernisation et la démocratisation de sa gestion, à laquelle le corps médical, les personnels, les délégués des collectivités locales et des assurés seraient réellement associés.

Toutes ces mesures permettraient d'améliorer les conditions d'accueil et de séjour des malades. Elles s'appliqueraient, sous des formes adaptées, au domaine de la santé mentale.

Le secteur hospitalier privé devrait être doté d'un statut fixant les conditions de création et de fonctionnement des établissements.

Les formes nouvelles d'exercice médical seraient soutenues, dans le respect des principes auxquels les praticiens sont justement attachés : secret professionnel, liberté de prescription, indépendance, libre choix du mode d'exercice.

Enfin, les conventions entre les représentants du corps médical et ceux des assurés sociaux devraient être démocratiquement élaborées.

Voilà, mesdames, messieurs, la politique de santé que nous proposons.

Les uns diront que c'est de l'utopie, les autres y verront de la démagogie, car il faudra de l'argent. Mais n'a-t-il pas été prouvé à maintes reprises que la prévention coûtait moins cher que les soins ?

Et puis, nos propositions sont globales et ne peuvent être dissociées de notre volonté, qui tend à la nationalisation de l'industrie pharmaceutique.

Or les trusts pharmaceutiques réalisent sur la maladie des bénéfices intolérables, tandis que la concentration financière se développe.

Les grands laboratoires dominent de plus en plus, directement ou indirectement, toute la médecine. Les trusts américains, allemands, anglais, suisses, se sont largement implantés sur le marché français.

Cette évolution se fait au profit des grands laboratoires des usines de fabrication de produits pharmaceutiques et des entreprises de distribution ; elle lèse la pharmacie hospitalière, menace l'équilibre de petites pharmacies d'officine privée, freine le développement et l'implantation des pharmacies mutualistes.

Par ailleurs, le calcul du prix de journée des hôpitaux serait profondément modifié et il serait mis fin aux pratiques actuelles qui rejettent sur la sécurité sociale et sur les collectivités les charges qui incombent à l'Etat.

Ainsi serait mise en place une véritable politique de la santé au service des hommes et du progrès social.

Enfin, j'aimerais savoir, monsieur le ministre, quels sont les projets du Gouvernement en ce qui concerne la sécurité sociale minière.

Les dernières déclarations de la direction des charbonnages, annonçant l'accélération de la fermeture des puits, ont, en effet, aggravé l'inquiétude des médecins et du personnel, et chacun voudrait que le Gouvernement fasse part de ses projets en ce qui concerne à la fois le financement et le sort qui sera fait aux équipements sanitaires. *(Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et du groupe socialiste.)*

**M. le président.** La parole est à M. Hubert Martin.

**M. Hubert Martin.** Mesdames, messieurs, je voudrais évoquer deux questions intéressant les mutilés du travail et les veuves.

Les mutilés du travail ont droit à la sollicitude de toute la nation.

Je crois qu'elle leur est acquise, puisque de nombreux problèmes les concernant ont été résolus ou vont l'être. J'ai assisté à la dernière séance clôturant le congrès des mutilés du travail à Saint-Etienne qui revêtait cette année un lustre tout particulier, parce qu'il coïncidait avec le cinquantième de la fédération qui, à juste titre, pouvait se montrer satisfaite du travail

accompli grâce à l'action continue et énergique des militants d'hier : les Brémond, les Christine, les Raffin, les Marcet, les Blanchaert.

Au cours de cette ultime réunion, monsieur le ministre, il a été question de vous : un juste hommage vous a été rendu pour votre action passée et future. C'est dire qu'à l'avance, la fédération et nous vous faisons confiance dans la mesure où certains problèmes non résolus le seront rapidement.

Je voudrais, cette fois, insister sur des points d'ordre juridique soulevés par M<sup>r</sup> Honnet, du barreau de Troyes, et M<sup>r</sup> Thomas, du barreau de Paris.

Depuis 1935, dans le système traditionnel, un juge chargé de suivre la procédure avait certains pouvoirs qu'il ne pouvait déjà pas exercer complètement, faute de moyens matériels et techniques. Le système du juge de la mise en état, instauré en 1965, paraît invraisemblable. Le juge ne suit plus la procédure, mais va la diriger.

Comme on semble avoir mauvaise conscience, la France a été coupée en deux. La réforme n'est appliquée que dans quatorze cours d'appel, dans des « tribunaux pilotes » comme les magasins. Cette dualité est regrettable.

On va vers une procédure plus formaliste que par le passé ; plus longue, donc plus onéreuse. Il importe de sauvegarder les droits du citoyen en lui assurant des règles de procédure qui lui permettent de faire valoir ses droits.

Le deuxième point sur lequel j'avais déjà attiré l'an dernier l'attention des pouvoirs publics concerne le contentieux technique. C'est un véritable monstre juridique.

La victime est dans l'impossibilité de participer à la désignation de l'expert médical et de discuter de l'avis, dit sans recours, de cet expert. Elle est seule, face à l'omniprésence des services de la caisse de sécurité sociale qui rédigent les missions, imposent les choix de l'expert, règlent ses honoraires. C'est la lutte, selon M<sup>r</sup> Thomas, du pot de fer contre le pot de terre.

L'expérience a montré la nécessité absolue de supprimer le contentieux technique et médical de la sécurité sociale, pour lui substituer un contentieux beaucoup plus simple qui reposerait sur l'institution d'une véritable procédure de conciliation devant un magistrat de l'ordre judiciaire ; sur la possibilité de désignation par le magistrat conciliateur d'un expert de droit commun ; sur le renvoi devant le contentieux général en cas d'échec de la procédure de conciliation.

Vous avez promis de mettre sur pied, dans le courant du mois d'octobre, la commission de réforme du contentieux. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Monsieur le ministre, j'évoquerai maintenant — malheureusement trop brièvement à mon avis — les problèmes relatifs aux veuves, qui sont loin d'être marginaux, puisque la France compte plus de deux millions six cent mille veuves civiles, qui se trouvent d'ailleurs dans des situations très diverses selon leur âge, selon la profession exercée par leur mari et selon que celui-ci est ou non décédé des suites d'un accident du travail.

Cette diversité m'inspire une première réflexion : c'est qu'en ce domaine, plus encore que dans d'autres, il existe, au regard de la loi, différentes catégories de Français dont les droits varient considérablement sans qu'on voie toujours ce qui peut justifier de tels écarts. Mais c'est là un problème général, qui est celui de toute notre législation sociale, surtout en ce qui concerne la vieillesse, et qu'il n'est pas dans mon propos de développer aujourd'hui.

Je limiterai mes observations à la situation des veuves civiles relevant du régime général. Cette situation a au moins le mérite d'être claire et simple : c'est en effet le vide quasi absolu de notre législation sociale dès lors que la veuve n'a pas elle-même atteint l'âge de la retraite et dès lors que son mari n'est pas décédé des suites d'un accident du travail.

Il y a, bien sûr, l'allocation-orphelin, de création récente, qui est un progrès notable ; mais vous conviendrez avec moi que c'est insuffisant pour remédier à la situation dramatique des femmes que leur veuvage prive totalement de ressources, alors qu'elles ont, hélas, dépassé l'âge où elles pourraient encore trouver un emploi, surtout si elles n'en ont jamais occupé ; car personne ne nous fera croire qu'une veuve âgée de cinquante ans, par exemple, qui a consacré sa vie à élever ses enfants et qui est donc pratiquement dépourvue d'expérience professionnelle, pourra facilement trouver du travail.

Et pourtant, dans l'état actuel de notre législation, elle n'a droit à aucune pension, aucune allocation de veuve, avant d'avoir atteint elle-même l'âge de la retraite ; mieux encore, elle cesse d'être assurée sociale comme ayant droit de son mari un an après son veuvage.

Monsieur le ministre, nous sommes le seul pays européen à laisser se perpétuer un tel scandale : tous nos voisins accordent une pension de veuve dès l'âge de quarante-cinq ou cinquante ans au moins, et plus tôt s'il y a des enfants à charge, pour lesquels sont, d'autre part, prévues des majorations de pension ou des allocations-orphelin.

Ce que font depuis des années des pays européens dont le niveau de développement est comparable au nôtre, doit bien être à notre portée. D'ailleurs, j'ai appris avec intérêt, en lisant le rapport sur la sécurité sociale de M. Icart, que la suppression des conditions d'âge et de ressources pour l'attribution de la pension de réversion n'entraînerait qu'un relèvement d'un quart de point de la cotisation-vieillesse : ce ne serait donc pas une charge insupportable. Et, si même on hésitait à accorder d'emblée la pension de réversion sans aucune condition d'âge, on pourrait au moins, dans une première étape, l'accorder dès l'âge de quarante-cinq ou cinquante ans à toutes les veuves chargées de famille ou ayant élevé des enfants ; ce serait déjà un immense progrès.

Mais il est un autre problème, celui du taux de la pension de réversion dont on a déjà tant parlé : 50 p. 100, c'est peu, d'autant plus que bien souvent, en raison de son décès prématuré, le mari n'aura pas cotisé le nombre maximum d'années. Là encore, nos voisins européens sont plus généreux que nous, puisque le taux des pensions de réversion y est généralement au moins égal à 60 p. 100.

Mais il y a plus grave encore, à mon avis : c'est la sacro-sainte règle du non-cumul de la pension de réversion avec ce qu'on appelle les avantages personnels.

Ce principe du non-cumul est d'abord injuste et injustifiable ; voyons, en effet, ce que cela signifie dans la pratique.

Une femme qui commence à travailler à quarante ans, après son veuvage, aura droit, à soixante-cinq ans, à une retraite égale au tiers seulement de son salaire ; mais si insuffisante que soit une telle retraite, cet « avantage personnel » suffira à la priver de la pension de réversion du fait de son mari. Certes, en théorie, si l'avantage personnel est inférieur à ce que serait la pension de réversion susceptible d'être attribuée, il y a complètement différentiel ; mais, dans la pratique, la différence risque d'être minime, voire inexistante, dans la mesure où les droits acquis par le mari sont souvent incomplets du fait de son décès prématuré.

La logique voudrait pourtant que l'on puisse cumuler les droits acquis au cours de ces deux carrières incomplètes pour aboutir à une pension normale et décente, car, après tout, les versements successifs du mari puis de sa veuve ont bien été cumulés. Pourquoi, alors, ce cumul est-il impossible pour les droits qui en découlent ? Pourquoi des versements prélevés sur l'ensemble des ressources du foyer donnent-ils naissance à des droits strictement individualisés ? La logique n'y trouve pas son compte, monsieur le ministre, et le cœur non plus.

J'ajoute que la règle du non-cumul peut aussi aboutir à des absurdités. En effet, si la pension de réversion ne peut se cumuler avec un « avantage personnel » de sécurité sociale, elle peut se cumuler — et c'est fort bien — avec un certain montant de ressources personnelles dont le Gouvernement a d'ailleurs heureusement relevé le plafond. Autrement dit, mieux vaut être une veuve qui bénéficie d'un modeste revenu personnel — fermage, location, héritage, etc. — inférieur au plafond de ressources, qu'être une veuve qui s'est acquis personnellement une tout aussi modeste pension de retraite car, dans le premier cas, la pension de réversion sera attribuée, mais pas dans le second cas, bien que les ressources soient les mêmes, ce qui est tout de même un comble, car dans le second cas, l'avantage personnel qui fait obstacle à la réversion a été acquis par les cotisations sociales versées par la veuve qui, courageusement et parce qu'elle n'avait pas le choix, a dû se remettre au travail.

Injuste et absurde, la règle du non-cumul doit disparaître, ou du moins être profondément aménagée.

Monsieur le ministre, on a beaucoup parlé, ces derniers mois, de l'âge de la retraite. C'est, en effet, un problème important qui est au centre des préoccupations légitimes des travailleurs. Mais je crois profondément que nous n'avons pas le droit moral de nous engager dans une politique ambitieuse et coûteuse d'abaissement de l'âge de la retraite sans avoir d'abord et par priorité donné une solution aux problèmes que je viens d'évoquer.

Trop de veuves sont encore dans une situation dramatique. La carence de notre législation sociale en ce qui les concerne est indigne de notre pays.

Le groupe des républicains indépendants attache un très grand intérêt à la justice sociale, donc à la solution des problèmes que je viens d'exposer concernant et les mutilés du travail et la retraite des veuves.

C'est vous dire, monsieur le ministre, que nous attendons votre réponse avec beaucoup d'intérêt. (Applaudissements sur les bancs du groupe des républicains indépendants.)

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Benoist.

**M. Daniel Benoist.** Monsieur le ministre, je vous ai entendu dire dans votre discours que la France était dotée d'une politique de la santé publique.

Je vais m'efforcer — c'est mon rôle de membre de l'opposition — de démontrer le contraire. L'établissement d'une doctrine médicale et politique destinée à orienter les choix inéluctables qui engendrent les disparités croissantes entre les budgets sociaux de la nation et les dépenses engagées au titre de la prévention, de la thérapeutique, impose une véritable politique globale de la santé dans notre pays.

Nous allons tenter de le démontrer après avoir critiqué votre budget.

Je prends mes précautions : ce n'est pas à votre personne que nous adressons les critiques, mais au Gouvernement dont vous faites partie et notamment au ministre de l'économie et des finances qui ne vous a pas fait la part belle. Certes, votre budget a bénéficié cette année d'une augmentation assez importante, puisqu'il représentera en 1972 5,16 p. 100 du budget de la nation au lieu de 433 p. 100 en 1971 ; c'est une légère augmentation et nous en prenons note, mais elle ne permettra pas de rattraper le retard considérable pris en matière de santé publique depuis fort longtemps.

Ce matin, nous avons écouté avec beaucoup d'intérêt les rapporteurs, notamment M. Peyret, dont l'objectivité est telle que son rapport nous est apparu comme un réquisitoire, car mises à part les mesures prises en faveur des personnes âgées — on en a déjà parlé et on en parlera encore — nous sommes loin d'atteindre les objectifs fixés pour rétablir le ministère de la santé publique, qui a cependant retrouvé son autonomie depuis quelques années.

L'augmentation de 33 p. 100 des crédits affectés aux équipements intéressant les hôpitaux publics, les établissements de tous ordres destinés aux personnes âgées, aux handicapés, aux convalescents, est sans commune mesure avec les autorisations de construction d'établissements privés à but lucratif qui vous avez accordées au secteur privé.

La seule région parisienne est « truffée » de ce genre d'établissements et je voudrais bien obtenir une réponse à la question suivante : est-il exact que dans le périmètre des hôpitaux publics de Lariboisière, Saint-Antoine, la Salpêtrière et l'Hôtel-Dieu, trois cliniques chirurgicales et obstétricales de plus de cent lits seront construites en 1972 et donc autorisées ?

Au train où vont les choses, mieux vaudrait dire franchement si l'on entend sacrifier l'hospitalisation publique au profit de l'hospitalisation privée. L'étude du budget en apporterait la démonstration. En effet, je lis dans le rapport de M. Peyret qu'en chirurgie le nombre des lits privés atteint 56.527, dépassant celui des lits publics qui n'est que de 53.500. Et pour la première fois cette année, le nombre des lits de maternité privés égale celui des lits de maternité publics.

En outre — et c'est encore le plus dramatique — le rapport de l'assistance publique signale une baisse de 30 p. 100 des recettes des services de chirurgie, ce qui veut dire qu'on laisse à l'hospitalisation publique la chirurgie et la médecine lourdes et que l'on donne au secteur privé la médecine la moins onéreuse mais qui rapporte le plus. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)

Plus inquiétante encore est la diminution du nombre des lits publics. Voici les chiffres. Je ne les invente pas ; ils figurent dans le rapport. La diminution globale est spectaculaire puisque le nombre de lits publics nouveaux ou aménagés passe de 18.545 en 1970 à 16.917 en 1971 et 10.033 en 1972. Quelle chute vertigineuse ! C'est ce qui explique mes précédentes observations.

Mlle Dienesch m'a fait, par contre, très plaisir ce matin — car j'ai écouté avec beaucoup d'intérêt son discours — quand elle a dit que des crédits destinés aux crèches et garderies n'étaient pas tous utilisés. Je m'en réjouis, madame le secrétaire d'Etat, car, pour la ville de Nevers j'ai adressé aux services compétents depuis six mois trois demandes qui n'ont pas encore été satisfaites. Je vous le rappellerai certainement demain.

**Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.** Avez-vous envoyé votre demande où il fallait ?

**M. Daniel Benoist.** Oui, par l'intermédiaire de M. le préfet.

Monsieur le ministre, dans votre politique de la santé, notre attention a été attirée sur les difficultés éprouvées au sujet du personnel administratif et également, bien sûr, du personnel médical.

Les médecins des hôpitaux, qu'ils exercent à temps partiel ou à plein temps, ne sont pas satisfaits. Certains attendent pendant des mois leur nomination à un poste, les concurrents attendent un concours et ceux qui sont nommés ne peuvent obtenir dans leur service des nominations d'assistants. Et il arrive que, d'ailleurs, les assistants dont le statut est encore bien fragile attendent indéfiniment leur nomination de chef de service. Il en est de même pour les agrégés qui ne savent s'ils doivent continuer à exercer à plein temps dans le service où ils se trouvent dans l'attente d'une illusoire nomination ou s'ils doivent immédiatement rejoindre le secteur privé d'où ils reçoivent de nombreuses sollicitations.

Il existe à Pougues-les-Eaux — on m'excusera de parler de mon département — un magnifique établissement destiné aux diabétiques, construit avec les deniers de l'Etat et des collectivités locales, et dont la capacité d'hébergement est de 200 malades. Il n'en accueille actuellement que trente-cinq.

Je vous rappelle, monsieur le ministre, que lors d'un entretien que j'ai eu avec vous dans votre cabinet, je vous avais demandé de prendre des dispositions pour la nomination de chefs de service dans cet établissement. Or, depuis le mois de juillet, nous attendons la clôture de la liste des inscriptions pour que le concours ait lieu. Au surplus, un délai de six semaines à deux mois est nécessaire avant que l'arrêté de nomination intervienne. C'est dire que nous sommes au bord du désastre.

Nous enregistrons également avec tristesse l'abandon progressif des internats des hôpitaux régionaux par les étudiants en médecine des C. H. U. Le vide n'est comblé que par des étudiants de troisième année et au-delà, dont les uns poursuivent leurs études, les autres faisant fonction d'interne.

Cette situation peut engendrer des accidents graves, car il est toujours délicat de confier des responsabilités aussi lourdes à de tels jeunes gens.

En ce qui concerne le personnel de votre ministère, jusqu'à présent vos 280 médecins de la santé publique débutaient dans la carrière avec une rémunération mensuelle de 1.800 francs, soit un salaire que tout non-diplômé peut facilement obtenir dans le secteur public ou privé.

Ces bas traitements ont pour résultat de laisser vacants près du tiers des postes, ce qui vous a conduit à consentir un effort supplémentaire. Mais croyez-vous, monsieur le ministre, que les nouveaux traitements de début seront suffisants pour attirer vers le secteur public de jeunes médecins qui trouveraient aisément dans le secteur privé, voire dans d'autres départements du secteur public, comme la sécurité sociale, une situation beaucoup plus lucrative ?

Quant au personnel auxiliaire, votre attention a déjà été appelée sur le fait que la création de 8.500 nouveaux postes d'infirmière est une mesure insuffisante. Sans doute entendez-vous toujours, en automne, la même antienne, monsieur le ministre, tant il est vrai que l'examen du budget donne lieu chaque année aux mêmes revendications. Il n'en reste pas moins que l'augmentation des rémunérations et la construction de nouvelles écoles d'infirmières ne suffiront pas à résoudre la crise des auxiliaires dans les services hospitaliers.

La solution réside surtout dans l'élaboration d'un nouveau statut — réclamé d'ailleurs par tous les syndicats — qui permette aux femmes soumises à des sujétions d'ordre familial de travailler à mi-temps sans diminution de salaire.

Tant que ce problème ne sera pas résolu, le personnel de qualité vous fera toujours défaut.

Le recrutement des sages-femmes se révèle également de plus en plus difficile dans les hôpitaux publics.

La création d'emplois pour auxiliaires spécialisés — kinésithérapeutes, masseurs, orthophonistes — est une bonne chose, mais, là encore, nous craignons des difficultés étant donné la faiblesse des rémunérations que vous leur offrirez.

Quant à la situation du personnel administratif de votre ministère, elle est dramatique, en ce qui concerne tant les indices de traitement que les possibilités d'avancement. Que font alors vos fonctionnaires ? Ils vont travailler dans d'autres ministères, où les échelons de la hiérarchie sont beaucoup plus vite franchis. Il s'ensuit que certains de vos services sont dépourvus de personnel, au point que des postes de médecin-directeur régional ou départemental n'ont pas de titulaire, ce qui provoque dans certaines régions des lenteurs administratives considérables dont pâtissent les administrés.

Vous avez fait un effort en faveur des personnes âgées. Mais, pratiquement, on a changé de politique vis-à-vis des personnes du troisième âge, qu'on semble ne plus considérer comme des citoyens à part entière. On a réussi, à grand-peine, à attribuer

dix francs par jour aux vieillards, mais, brusquement, on abandonne le programme de maisons de retraite pour s'orienter vers les foyers-restaurants et les foyers-logements. Mais alors, je vous le demande, les projets de maisons de retraite en cours de réalisation et pour lesquels les collectivités locales ont engagé des sommes considérables pourront-ils être menés à bonne fin ? Et le VI<sup>e</sup> Plan a-t-il prévu dans quelles régions on devra implanter ces établissements ? En a-t-il défini le type de construction ? A-t-on fixé un taux de subvention ou laissera-t-on les collectivités locales se débrouiller avec les moyens du bord ?

J'avais, l'année dernière, caractérisé ainsi votre budget : « incohérence, lacunes et un peu d'anarchie ». C'est à peu près la même chose cette année.

Pour nous, socialistes, votre budget ne traduit pas une véritable politique globale de la santé.

Parmi les lacunes qu'il présente, il en est une qui est grave. Dans les massacres routiers de fin de semaine, les blessés attendent parfois de vingt à trente minutes, sinon plus, les premiers secours. Quelle organisation civile pensez-vous mettre sur pied au moment des grands départs, des grands retours ou des déplacements de fin de semaine pour éviter cette hécatombe, en favorisant les secours immédiats qui permettent souvent de sauver des vies ?

La critique est évidemment facile, d'autant plus que, je le répète, on ne vous a pas fait la part très belle dans ce budget. Mais, pour les socialistes, une autre politique globale de la santé est possible. Nous le répétons chaque année lors de l'examen de votre budget, un pas essentiel serait franchi en direction de cette politique si, dans un premier temps, ainsi que l'écrivait dans *Le Figaro* l'un de vos collaborateurs, et non des moindres, M. Charbonneau, était adoptée une loi de programme de la santé publique dotée de crédits vous permettant de procéder à une véritable planification de la santé.

Sans indiquer ici les détails d'un programme qu'ils publieront au début de l'année prochaine, je rappelle que les socialistes donnent la priorité à l'hospitalisation publique, à la construction et à l'aménagement d'hôpitaux, au recrutement de personnel.

Nous sommes partisans du plein temps intégral pour les médecins hospitaliers, qui ne doivent en aucun cas, sous quelque forme que ce soit, traiter à l'hôpital de la clientèle privée. Dans l'intérêt des malades, l'équipement, le fonctionnement de l'hôpital public doivent être rationalisés, son rendement amélioré.

Nous conserverons à la médecine privée son caractère de profession libérale, en assurant le respect de la charte médicale, mais dans le cadre d'une convention nationale.

A ce sujet, soyez, monsieur le ministre, félicité pour l'avoie imposée aux médecins qui s'y refusaient et dont on doit enfin savoir qu'ils étaient avant tout des médecins de la région parisienne, des Alpes-Maritimes et du Rhône. Dans nos autres provinces, il n'y a pas eu d'histoires !

Par parenthèse, vos services, au lieu de se heurter de front à une partie du corps médical, auraient mieux fait de publier les noms de tous les médecins qui ont commis des abus dans l'exercice de leur profession : on se serait aperçu que bon nombre d'entre eux appartiennent aux régions que je viens de citer.

Vous avez institué la procédure du profil médical afin de ralentir la croissance du déficit de la sécurité sociale. Mais, si vous imposez au médecin honnête des restrictions en matière de prescriptions, vous ne prenez pas la décision indispensable, qui aurait été de nationaliser la fabrication des produits pharmaceutiques. Car, si vous n'êtes pas médecin, vous n'ignorez pas, monsieur le ministre, que parmi les innombrables spécialités et médicaments mis sur le marché par les laboratoires et remboursés par la sécurité sociale, il n'y en a pas plus de quinze ou vingt qui aient un véritable effet thérapeutique. Notre pays est le dernier en Europe à fabriquer des médicaments en ampoules buvables dont on sait la quasi-inefficacité. Il faut le dire, et moi j'ai le courage de le dire, parce que je suis médecin.

Nous vous félicitons, par conséquent, pour la convention nationale, car elle fait partie du programme socialiste. Mais elle devrait tenir compte des suggestions que nous avons souvent présentées au sujet de la pharmacie et de la médecine libérale, laquelle, à nos yeux, doit déboucher sur une médecine de groupe, mais en respectant les droits acquis, conformément au droit français. Cela signifie qu'un médecin isolé, spécialiste ou généraliste, resterait isolé jusqu'au bout de sa carrière mais qu'ensuite son cabinet reviendrait à une médecine de groupe qui, pour nous, doit être globalisée, dans un sens conventionnel, avec toutes les professions de santé.

Nationalisation de l'hospitalisation publique, caractère libéral de la médecine dans le cadre de la convention nationale, et, en outre, tout ce que vous voudrez, mais sans que l'Etat ou la

sécurité sociale interviennent à un titre quelconque pour effectuer un remboursement, notamment en faveur des établissements privés de soins, telles sont les directions que nous préconisons.

Médecine de pauvre, médecine de riche, dira-t-on ! Nous ne le pensons pas.

En effet, à mesure que nous développerions une politique d'équipement de l'hospitalisation publique, de recrutement, assortie d'une certaine hiérarchie qui permettrait aux médecins d'avoir des situations autres que celles qui leur sont faites aujourd'hui, alors la qualité serait du côté de la médecine publique, de l'hospitalisation publique, le reste ayant un caractère privé.

Monsieur le ministre, vous faites actuellement de la santé des Français une économie concurrentielle de marché, et de marché privé, alors que vous devriez défendre en priorité tout ce qui touche à la santé publique. Sa dégradation constante exige un changement profond, considérable, de toutes les structures, afin que nos compatriotes puissent recevoir normalement et à peu de frais une médecine de qualité.

Ce n'est pas dans ce budget que nous trouvons l'esquisse d'un véritable programme de santé publique. Alors, monsieur le ministre, prenant nos responsabilités, nous ne voterons pas votre budget et nous demanderons un scrutin public sur ce vote. (Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)

**M. le président.** La parole est à M. Gabriel Péronnet.

**M. Gabriel Péronnet.** Monsieur le ministre, le thermalisme français subit depuis la guerre une récession lente mais continue. Les statistiques le prouvent.

En revanche, le thermalisme est en pleine expansion dans les pays européens voisins : Allemagne fédérale, Italie et dans les pays de l'Est. Alors que nous comptons 400.000 curistes dans nos stations, l'Allemagne en voit affluer 2 millions, l'Italie 2 millions, l'Union soviétique 8 millions.

La situation du thermalisme français est donc très préoccupante et doit retenir votre attention puisque vous en êtes le tuteur.

Le thermalisme français, qui fait vivre 250.000 personnes, dont le chiffre d'affaires est d'environ 1 milliard de francs, est une de nos richesses nationales les plus nécessaires et les plus utiles. Aussi devons-nous prendre conscience que cette richesse nationale est digne des plus larges investissements : il n'en est sans doute pas de plus sûr.

Le thermalisme est une thérapeutique moderne, active, efficace et son domaine d'application semble devoir s'élargir encore. D'éminents spécialistes vous diront que si, dans certains cas, la thérapeutique thermale a vu ses indications traditionnelles se déplacer, elle n'en conserve pas moins sur son terrain propre sa pleine et entière justification, toute sa valeur et son actualité.

Oui, la crénothérapie, exercée par un corps médical de valeur, garde une place de choix dans l'arsenal thérapeutique moderne, parce qu'elle est utile et efficace, je dirai même irremplaçable, à une époque où la civilisation urbaine et mécanique qui est la nôtre n'a que trop tendance à assujettir l'homme à des conditions de vie de plus en plus éprouvantes.

Le thermalisme est une thérapeutique sociale : aujourd'hui 70 p. 100 des curistes qui fréquentent nos stations sont des assurés sociaux. C'est dire combien, depuis ces deux dernières décennies, le thermalisme a subi une mutation considérable. Il a pris un visage nouveau, il est devenu par sa dimension même un phénomène social.

Mais comment ne pas déplorer à nouveau les malencontreuses ordonnances de 1967 portant réforme des cures thermales de la sécurité sociale, qui ont porté un grave préjudice à l'activité de nos stations, et ne pas souhaiter un retour, aussi proche que possible, au *statu quo ante* ?

Certes, votre action personnelle, monsieur le ministre — il nous plaît de le souligner — a permis certaines améliorations attestant de votre détermination d'appuyer la relance du thermalisme français. C'est avec satisfaction que nous avons appris le rétablissement, à titre définitif, et selon le régime en vigueur avant 1967, des bureaux payeurs et la création de la commission du visa de l'information thermale qui sera de nature à améliorer, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de nos frontières, l'image de marque du thermalisme.

Mais qu'en est-il de la commission consultative du thermalisme social dont vous avez annoncé la reconstitution en liaison avec la caisse nationale d'assurance maladie ?

De même, il est urgent de rétablir les indemnités journalières en cas de cure thermale, sans conditions de ressources, bien entendu.

D'autres mesures sont nécessaires et impatiemment attendues. Entre autres, dans le domaine financier, la réduction de 15 à 7 p. 100 du taux de la T. V. A. pour les établissements thermaux par alignement sur celui de l'hôtellerie de tourisme ; l'octroi du bénéfice de la patente saisonnière pour ces mêmes établissements ; la révision des tarifs dans un sens incitatif à la modernisation, et la liberté des prix pour les classes de luxe ; l'aide aux investissements en faveur des établissements thermaux sur les crédits du fonds de développement économique et social, avec amortissement des prêts sur trente ans et taux préférentiel de 5 p. 100 pour tous les maîtres d'ouvrages, publics ou privés.

Ces mesures permettraient aux établissements thermaux d'assurer le financement des travaux de modernisation dont ils ont grand besoin.

Songez qu'à part quelques exceptions les 150 établissements thermaux français datent de la fin du siècle dernier ou de 1920, alors qu'en Allemagne fédérale 24 établissements ont été construits entre 1954 et 1966.

Dans le domaine médical, permettez-moi d'appeler tout particulièrement votre attention, monsieur le ministre, sur l'urgence prioritaire que présentent les problèmes de l'enseignement de l'hydrologie et les réformes d'ordre universitaire que vous avez vous-même évoquées lors des journées nationales du thermalisme en janvier dernier.

Il ne vous échappe pas que l'enseignement de l'hydrologie reste la condition même du maintien et de l'expansion du thermalisme français.

Or la disparition progressive des agrégés d'hydrologie et la suppression de l'agrégation d'hydrologie ne permettent plus le maintien ni la relève dans cet enseignement voué ainsi à la disparition.

Il est urgent de réparer cette monumentale erreur et de redonner à l'enseignement de l'hydrologie la place qui lui revient et qu'il mérite.

Nous comptons sur votre efficace intervention auprès de M. le ministre de l'éducation nationale à ce sujet, car il est capital pour l'avenir — et l'avenir immédiat — du thermalisme.

Dans le domaine de l'organisation des stations, enfin, où en est la mise en place des commissions consultatives permanentes dont, fort judicieusement, vous avez recommandé la création dans chaque station par une circulaire adressée aux préfets des régions thermales ?

Profitant de l'occasion qui m'est offerte, puis-je vous demander quels sont le rôle, les attributions, la compétence et les pouvoirs de la commission de concertation que vous avez vous-même créée à l'occasion de la nouvelle convention de concession passée entre l'Etat et la compagnie fermière de Vichy ?

Telles sont, monsieur le ministre, les quelques observations sur le thermalisme que j'ai pu présenter à l'occasion de la discussion de votre budget. Permettez-moi d'insister auprès de vous, de manière très pressante, pour la mise en œuvre rapide de ces mesures vitales pour le thermalisme.

Nous devons ensemble rendre au thermalisme français la place qui lui revient et qu'il mérite dans la thérapeutique moderne et dans l'économie générale du pays.

Il y va, dans une compétition européenne ouverte, de l'avenir du thermalisme français, c'est-à-dire d'un capital que l'étranger nous envie et que la France se doit de protéger et de promouvoir. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)

**M. le président.** La parole est à M. Ernest Rickert.

**M. Ernest Rickert.** Mesdames, messieurs, le peu de temps qui m'est imparti pour intervenir dans l'examen du budget d'un ministre aussi important que celui de la santé publique et de la sécurité sociale ne me permet pas, à mon grand regret, d'analyser en détail les dépenses qui nous sont proposées.

Je veux cependant souligner que le projet de loi de finances pour 1972 ne contient, en ce qui concerne le ministère de la santé publique, qu'un seul article nouveau, l'article 57, qui prévoit la prise en charge du service de santé des îles Wallis et Futuna. Les problèmes très importants et urgents que posent notamment les personnes âgées, les veuves, les enfants, les adultes handicapés, les commerçants, ne font l'objet d'aucune disposition nouvelle.

Je sais cependant, monsieur le ministre, que vos services ont étudié et élaboré plusieurs projets de loi que vous avez l'intention de soumettre à l'Assemblée nationale avant la fin du mois de novembre et qui concerneraient le tiers âge et la famille. Je vous remercie d'ores et déjà, monsieur le ministre, d'avoir pris une position qui, sur le plan politique, nura un grand retentissement.

L'effort que représentent ces projets peut être considéré comme le plus important de ceux qui ont été accomplis depuis plus de vingt-cinq ans en matière sociale.

Toutefois, ces textes n'apporteront pas de solution radicale, surtout aux problèmes des personnes âgées.

Depuis plusieurs années j'ai appelé l'attention du Gouvernement sur les distorsions qui existent du fait des augmentations successives du plafond des cotisations. Suivant la date à laquelle un travailleur a obtenu sa retraite, la pension qui lui est versée et qui représente 40 p. 100 du salaire moyen perçu au cours des dix dernières années de travail laisse apparaître des différences allant jusqu'à 12 p. 100 par rapport à ce que touchent des salariés pensionnés deux ou trois ans plus tard.

J'appelle encore une fois l'attention du Gouvernement sur ces disparités et j'exprime le vœu qu'une solution soit trouvée qui assure à tous les retraités de la sécurité sociale un rajustement automatique de leur pension.

Une autre question a été récemment soulevée, qui concerne les années à prendre en compte pour le calcul de la pension. Jusqu'à présent, celle-ci était déterminée sur la moyenne des salaires perçus par l'intéressé durant ses dix dernières années d'activité. Or, généralement, dans le cas des travailleurs manuels, les dix dernières années sont moins bien payées par suite de la baisse de rendement provoquée par l'âge. On s'oriente actuellement vers une formule fondée sur la moyenne des salaires perçus durant les dix meilleures années.

Cette nouvelle formule pose des problèmes d'ordre juridique et pratique, mais qui ne semble pas, à priori, insurmontables. Or, les projets de loi à l'étude semblent ne pas traiter non plus de ce problème. Il y aurait là une importante lacune à combler.

Ces projets de loi laissent également entière la question des veuves.

J'estime qu'en toute priorité, il conviendrait de supprimer la loi aberrante dite du cumul, qui prive la veuve d'un assuré social de sa propre pension pour laquelle elle a cotisé sa vie durant.

Il est également indispensable de reviser le taux de la pension de réversion. Il est faux qu'une personne seule ne dépense que la moitié de ce que dépense un couple. En effet, certains frais sont irréductibles, tels le loyer, le gaz et l'électricité. Si l'on considère que ces frais représentent 40 p. 100 des dépenses d'un ménage, les autres 60 p. 100 étant représentés par les frais personnels des deux époux, la pension de réversion normale devrait se chiffrer à 70 p. 100. C'est du reste le taux qui est retenu actuellement en Allemagne et dans plusieurs autres pays.

Nous ne pouvons pas être les derniers à appliquer un taux raisonnable alors que nous avons toujours été à la tête de l'action sociale en Europe.

En ce qui concerne les non-salariés des professions non agricoles — je regrette de n'avoir pas le temps de développer ce sujet — le problème reste entier. Il est absolument nécessaire de trouver une solution. Sinon, la situation risquerait de devenir catastrophique.

Pour que soit fait œuvre réelle et durable en matière d'inadaptés et de handicapés, se pose à la limite un problème de choix budgétaire ; car aucune institution privée, aucun dévouement particulier, si généreux soit-il, ne peut plus de nos jours suffire à la tâche. A présent, il s'agit d'une question de solidarité humaine.

Il est vrai qu'en prenant la ferme résolution de « réparer » les fautes commises sous d'autres institutions, de « corriger » leurs incidences et de « rétablir » l'équilibre social en effaçant l'injustice, le Gouvernement se propose de créer une société nouvelle, une société de responsables dans laquelle les plus défavorisés trouveront refuge.

Les institutions, les associations, les services spécialisés de l'action sanitaire et sociale ont, depuis longtemps, tiré la sonnette d'alarme en insistant sur le fait que les crédits ne suffisent plus, qu'il manque du personnel. Quelques aides ont été consenties ; mais, elles sont loin de faire le compte. La vétusté et l'exiguïté de certains locaux, à la conception desquels l'esprit d'économie a présidé, en sont le triste témoignage. Un grand effort reste donc à accomplir en ce domaine, car le décalage qui se manifeste entre le nombre actuel et le nombre souhaitable d'établissements demeure d'autant plus élevé que les requêtes des familles sont chaque jour plus nombreuses pour des raisons sociales et médicales.

Les besoins recensés en matière d'inadaptation ont été évalués au total à 94.142.100 francs pour la région Alsace. Sur ce

chiffre, 82.305.400 francs seront consommés au cours du VI<sup>e</sup> Plan, compte tenu du pourcentage insuffisant des travaux entrepris et exécutés au cours du V<sup>e</sup>.

On peut cependant souligner que certaines catégories de handicapés rendent nécessaire une prise en charge continue qui ne peut être interrompue à la majorité. Aussi les centres d'aide par le travail et les foyers d'hébergement pour les adultes doivent-ils être le prolongement indispensable des instituts médico-professionnels, équipements dont l'Alsace a un besoin urgent.

Mais notre région pose, en outre, un problème spécifique ; car le secteur de l'enfance inadaptée a été, dans le passé, presque totalement pris en charge par l'initiative privée et, plus spécialement, par les organismes confessionnels et parentaux.

Le retrait prévu et déjà amorcé de congrégations comporte le risque considérable de fermeture imminente de certains établissements, notamment de ceux qui accueillent des déficients mentaux ou sensoriels moteurs. Le remplacement des œuvres confessionnelles pose donc un problème de recrutement de personnel qualifié et aussi de promoteurs — très rares, hélas — pour certaines catégories d'enfants inadaptés.

Six cent quatre-vingt-dix enfants placés en instituts médico-pédagogiques atteindront quinze ans dans les cinq années à venir, ce qui est déjà considérable, et rendront indispensables la création d'au moins 250 places d'instituts médico-professionnels propres à les recevoir. La carence en la matière est particulièrement sensible dans le département du Bas-Rhin, qui devra être immédiatement considéré comme prioritaire.

A la sortie des instituts médico-professionnels, l'équipement actuel de centres d'aide par le travail est encore dérisoire, et ce — je tiens à le souligner — malgré les efforts du Gouvernement. Cet équipement comporte 67 places en locaux provisoires, mais n'en comporte aucune pour les handicapés mentaux adultes.

En considérant l'ensemble du problème de l'inadaptation, on peut établir un ordre d'urgence des besoins à satisfaire en tenant compte du fait que de graves lacunes se manifestent dans les équipements destinés aux handicapés âgés de moins de neuf ans ou de plus de quinze ans.

Face à une société de type industrielle avancée comme celle que nous connaissons en France, l'appartenance de l'industrie au groupe se définit en terme de rentabilité, de pouvoir de production. Raisonner en ces termes conduit à exclure de plus en plus d'hommes et de femmes de la communauté et à les reléguer en marge de l'expansion et du bien-être que notre société doit être à même de donner à chaque individu. (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. Jacques Delhalle.

**M. Jacques Delhalle.** Madame le secrétaire d'Etat, dans votre budget les éléments positifs existent mais — et c'est bien naturel — ils masquent certaines insuffisances. J'évoquerai d'abord celle qui concerne la médecine scolaire. J'appellerai ensuite votre attention sur l'aide à domicile aux personnes âgées.

Nous assistons depuis quelque temps à une offensive destinée à rattacher à nouveau la médecine scolaire au ministère de l'éducation nationale. Il est de fait que les carences du service de médecine scolaire ne sont plus à démontrer. La panacée serait, paraît-il, un nouveau changement de ministère. Par quel miracle tout irait-il mieux avec ce simple transfert, si les moyens mis en œuvre sont les mêmes ? Et si ces moyens — ce que je ne crois pas — se révélaient supérieurs au sein du ministère de l'éducation nationale, pourquoi ne le seraient-ils pas alors dans leur forme actuelle ? Après tout, il s'agit du budget de l'Etat.

N'est-ce pas plutôt une querelle dépassée qui cache le véritable problème ?

Le véritable problème de la médecine scolaire réside dans les moyens et dans la finalité.

Pour ce qui est des moyens, le budget 1972 offre quelques espoirs qui ne tiennent pas tant à l'importance des chiffres qu'à l'amorce d'une politique : revalorisation de 15 p. 100 du traitement des médecins vacataires de santé scolaire ; augmentation des taux de vacation de 20 p. 100 au profit des autres personnels ; application aux médecins scolaires des indemnités nouvelles des médecins de la santé publique.

C'est heureux ! Car, dans une première étape, il ne s'agit pas d'ouverture de postes budgétaires puisque, en raison de la situation de ces postes, madame le secrétaire d'Etat, vous ne parvenez pas à l'effectif théorique faute de candidats.

Le premier but est donc de rendre pécuniairement attractives ces carrières, puis de garantir l'emploi à ce personnel, lequel a besoin de formation spéciale et de perfectionnement. Un effort particulier a été fait l'an dernier ; il doit se poursuivre. Mais en ce qui concerne les journées régionales d'information, qui sont particulièrement utiles, les sommes inscrites au budget demeurent inchangées depuis plusieurs années ; elles sont notoirement insuffisantes.

Une fois le personnel formé, rémunéré d'une façon décente et bénéficiant d'un perfectionnement valable, il faudra tendre vers les normes indiquées par les instructions générales du 12 juin 1969, le démarrage des deux actions pouvant être concomitant.

Certes, il vous faudra plusieurs exercices pour atteindre cet objectif, qui exigera la création de 8.305 emplois spécialisés. Mais il serait bon que vous en fixiez les échéances dans une sorte de contrat de programme, afin de montrer votre volonté d'atteindre cet objectif. Ainsi serait résolu, dans le temps, ce problème du côté des moyens.

Reste la finalité, que M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale a d'ailleurs évoquée ce matin.

La médecine scolaire fut longtemps limitée à la surveillance individuelle des écoliers. Cet objectif majeur s'expliquait parfaitement au sortir de la guerre, c'est-à-dire après une période de dénutrition notoire. Mais il est actuellement dépassé, comme l'a d'ailleurs parfaitement établi le comité interministériel. On est toutefois éffaré, en lisant le bulletin officiel de votre ministère, par les tâches imposées aux médecins scolaires et par les responsabilités qui leur incombent compte tenu des effectifs.

Peut-être serait-il plus efficace d'en faire moins mais de pouvoir le faire bien, plutôt que de risquer de tout faire mal. Ce disant, je ne mets nullement en doute la conscience professionnelle des médecins concernés.

En attendant que vous soyez doté des moyens pour tout faire bien, donnez la priorité dès maintenant à la surveillance de l'hygiène générale et de l'environnement de l'écolier et aux problèmes de l'inadaptation.

En ce qui concerne l'hygiène, il s'agit non seulement de l'hygiène des locaux et des repas, là où existent des cantines, mais aussi de celle du milieu en général, c'est-à-dire de l'éducation sanitaire en liaison avec les enseignants dont le médecin pourra être le conseiller en éducation sanitaire.

En ce qui concerne l'inadaptation, « ce dépistage constitue pour le médecin de secteur une tâche importante qui revêt un caractère de priorité ». Cette phrase est en toutes lettres dans le bulletin officiel. Faites que cette action soit effectivement prioritaire, même au détriment d'autres actions utiles, en raison de vos moyens limités.

Il nous semble essentiel de donner son maximum d'efficacité à l'examen de santé pratiqué dans les écoles maternelles et dans les classes préparatoires de l'enseignement primaire. Là, pourront être décelés des handicaps jusqu'à présent méconnus, ce qui permettra des traitements précoces. Une liaison permanente de la médecine scolaire avec les G. A. P. mis en place progressivement par l'éducation nationale à l'intérieur des établissements et une liaison permanente avec les centres médicaux psycho-pédagogiques à l'extérieur des établissements complèteront heureusement cette action.

La seconde priorité est la place que la médecine scolaire doit prendre au niveau de l'orientation. Les équipes médico-sociales scolaires, après avoir contribué au dépistage des inadaptations et à l'adaptation, doivent contribuer à l'orientation scolaire des élèves.

Je me permets d'ajouter, madame le secrétaire d'Etat, que vous pourriez dès maintenant alléger les tâches de vos médecins scolaires en confiant le contrôle des personnels à votre collègue de l'éducation nationale. Il s'agit là d'une médecine du travail qui, dans l'état actuel des choses, devrait effectivement être du ressort du ministère de l'éducation nationale, lequel fait office d'employeur, et non de celui de la médecine scolaire.

Voilà, très succinctement exprimées, les quelques observations que je voulais présenter au sujet de la médecine scolaire. Elles peuvent se résumer ainsi : revalorisation rapide des traitements, augmentation progressive des effectifs, choix des priorités d'action afin que toutes les conditions soient réunies pour satisfaire aux conclusions de la commission interministérielle de 1969.

En ce qui concerne l'aide à domicile aux personnes âgées, j'ai lu un remarquable ouvrage en plusieurs tomes, intitulé *Pour une politique de la santé*, qui a été distribué aux parlementaires.

Au chapitre consacré aux organisations gériatriques para-hospitalières, figure cette phrase à propos de l'aide ménagère : « Elle évite l'hospitalisation ou l'hébergement en collectivité dans un nombre très important de cas. Son développement est déjà notable sur l'ensemble du territoire mais notoirement insuffisant ».

Vous désirez donc favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans le cadre de la sectorisation et des directives dans ce sens sont données aux préfets de région et aux préfets de département, à propos du VI<sup>e</sup> Plan. Vous avez d'ailleurs prévu, dans votre projet de budget pour 1972, 3.400.000 francs de mesures nouvelles au titre du fonctionnement des services de maintien à domicile. Mais seriez-vous mal compris de votre administration ?

La caisse nationale de vieillesse a décidé de répartir ses crédits concernant l'action sociale non immobilière en faveur des personnes âgées aux diverses régions au prorata du nombre des personnes âgées.

Certaines caisses régionales ont alors décidé d'appliquer les mêmes critères de répartition. Jusqu'ici les demandes de crédits étaient examinées et satisfaites dans la mesure de l'enveloppe globale, les demandes correspondant en fait aux possibilités d'utilisation. Certains départements possèdent, en effet, des associations structurées, capables de réaliser un volume important d'actions à domicile ; d'autres sont moins bien équipés.

En ce qui concerne mon département, par lettre recommandée avec accusé de réception en date du 7 octobre 1971, nous avons été avisés par la caisse régionale d'assurance maladie du Nord-Est qu'une somme de 451.944 francs nous était affectée au titre de l'aide ménagère.

Cette somme correspond, en francs constants, à 47,8 p. 100 de celle qui nous a été accordée l'année précédente et nous mettra dans l'obligation, si elle demeure inchangée, de licencier une centaine d'aides ménagères.

Je ne pense pas que ce soit cette politique que vous désiriez suivre, madame le secrétaire d'Etat, et je vous demande d'agir énergiquement pour que cessent de telles mesures technocratiques, politiquement désastreuses. S'il est logique de tendre à uniformiser l'aide aux personnes âgées dans notre pays, cette uniformisation ne peut se faire que par paliers, au fur et à mesure de la mise en place des structures et, en tout cas, jamais au détriment de ceux qui sont en pointe parce qu'ils ont été les premiers à réagir favorablement aux directives de l'Etat.

Votre cabinet, madame le secrétaire d'Etat, m'a donné oralement quelques assurances à ce sujet. Mais tous ceux qui se dévouent depuis plusieurs années dans mon département en faveur des personnes âgées attendent votre réponse. (*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. André Saint-Paul.

**M. André Saint-Paul.** Mesdames, messieurs, avant d'examiner les grands chapitres du budget de la santé publique et de la sécurité sociale et pour compléter ce que vient de dire mon ami le docteur Benoist, je rappellerai quelques chiffres concernant les investissements sanitaires et les investissements sociaux.

Le pourcentage de réalisation par rapport aux prévisions du V<sup>e</sup> Plan en matière d'investissements sanitaires subventionnés par l'Etat a été de 65,6 p. 100. Or les prévisions avaient été établies à un niveau très inférieur aux besoins les plus élémentaires.

Ainsi non seulement nous n'avons pas progressé mais encore notre équipement sanitaire public marque une régression, compte tenu des besoins d'une population croissante et des impératifs d'une médecine en progrès technique rapide.

Pour le VI<sup>e</sup> Plan, la commission de la santé du Plan a travaillé sur la base d'arbitrages gouvernementaux prévoyant que les investissements dans le secteur public devraient atteindre, pour les cinq ans du Plan, 14 ou 15 milliards de francs, dont 3.200 à 3.400 millions de francs de subventions de l'Etat.

Mais, en même temps, la commission constate qu'il n'y a pas de compatibilité entre ces deux décisions du Gouvernement. Compte tenu des résultats prévisibles en provenance d'autres sources que l'Etat, la limitation à 3.200 ou 3.400 millions de francs de l'apport budgétaire fait apparaître un besoin de financement de 2.300 à 3.500 millions de francs. Ce ne sont donc pas 14 à 15 milliards de francs qui seront investis, mais seulement 11.700 millions à 12 milliards de francs.

Les budgets de 1971 et 1972 montrent que, non seulement l'Etat n'a pas cherché à combler cette lacune, mais qu'il n'apporte même pas ce qu'il faudrait pour répondre à ses propres arbitrages.

Le budget de 1971 mentionnait, en autorisations de programme, 448.333.000 francs et, en crédits de paiement, 531.760.000 francs ; le budget de 1972 prévoit, en autorisations de programme, 574.100.000 francs et, en crédits de paiement, 589.600.000 francs. Or le cinquième de 3.400 millions de francs représente 700 millions de francs en moyenne par an, et encore s'agit-il de francs 1970.

Ainsi tout laisse craindre que le pourcentage de réalisation du VI<sup>e</sup> Plan sera du même ordre que celui du V<sup>e</sup> Plan et que l'appauvrissement du secteur public se poursuivra.

Pour les investissements sociaux, la situation est la même. La commission d'action sociale du Plan a chiffré, toujours dans le cadre des limites imposées par le Gouvernement à un niveau très inférieur aux besoins les plus urgents, à 155 millions de francs 1970 les crédits de paiement de l'Etat pour 1971 et à 202 millions de francs pour 1972, les autorisations de programme devant être de 142 millions de francs en 1971 et de 221 millions de francs en 1972.

Or le budget de 1971 avait ouvert 137 millions de francs d'autorisations de programme contre 142 millions de francs prévus et le budget de 1972 en propose 173 millions de francs contre 221 millions de francs prévus.

D'après le budget social de la nation, les prévisions pour 1971 concernant la sécurité sociale se résument ainsi :

Pour le régime général, maladie et accidents du travail, déficit de 641 millions de francs ; vieillesse, déficit de 121 millions de francs ; allocations familiales, excédent de 655 millions de francs ; donc un déficit global probablement faible, de l'ordre de 100 millions de francs.

Mais, pour 1972, les mesures prévues par le Gouvernement en matière d'allocations familiales vont réduire l'excédent de la branche tandis que le déficit de la branche vieillesse va croître et sans doute aussi celui de la branche maladie. Ce budget 1972 va donc connaître un déficit relativement important. Il est assez difficile de dire de combien il sera. Il a cependant été chiffré à 500 millions de francs environ.

Parallèlement, les transferts ou charges induites ont été encore accrues en 1971 par la mise à la charge du régime général du déficit du régime maladie de la S. N. C. F., soit 930 millions de francs. Ajouté au reste, cela fait une surcharge de 1.430 millions de francs pour le régime général.

Les régimes des non-salariés, maladie et vieillesse, connaissent également des déficits dès 1971, déficits qui seront nettement aggravés en 1972. Quelles sont les dispositions prévues pour faire face à cette situation ? Il n'y a rien dans le budget : c'est donc que l'on continue de refuser que la collectivité nationale tout entière participe aux actions de solidarité.

Le Gouvernement français persiste dans une voie depuis longtemps abandonnée par la plupart des autres pays. La contribution des pouvoirs publics à la sécurité sociale, tous régimes confondus, représentée en France 9,7 p. 100 du total des recettes, contre 21,6 p. 100 en Belgique et 18,4 p. 100 en Allemagne, par exemple. En Grande-Bretagne, l'Etat finance 79 p. 100 du service national de santé et 14 p. 100 des prestations en espèces. En outre, la participation de l'Etat en France est essentiellement consacrée au régime agricole. Elle est nulle pour le régime général des salariés et on peut même dire qu'elle est négative puisque l'Etat s'est déchargé sur le régime général, par les transferts, de ses obligations quant à l'équilibre des régimes spéciaux.

La politique suivie pour le financement de la sécurité sociale, comme d'ailleurs la politique fiscale en général, est marquée par la volonté de freiner au maximum toute redistribution des revenus. Si pourtant il existe un terrain favorable à la manifestation claire et vigoureuse de la marche vers la « nouvelle société » chère à M. le Premier ministre, c'est bien celui des transferts sociaux. En fait, rien n'est changé dans ce budget qui soit fondamental.

Je voudrais maintenant, monsieur le ministre, évoquer le détail de quelques grands chapitres de votre budget.

Tout d'abord, les prestations de vieillesse. Tous les syndicats, les anciens prisonniers de guerre, les femmes, les veuves réclament, avec une argumentation parfaitement valable, l'abaissement de l'âge de la retraite à soixante ans. Pour des raisons économiques, vous nous avez souvent expliqué qu'il s'agissait là d'une impossibilité financière. Votre argument — auquel je reconnais toute sa valeur — consiste à dire qu'on ne peut pas, dans un même temps, diminuer l'âge de la retraite et augmenter les prestations. Vous avez fait le choix, soit ! Mais alors nous aimerions que ces retraites minimales atteignent, néanmoins, un taux raisonnable. Nous ne pouvons que nous réjouir, bien sûr, de

constater que votre budget, par petits palliers, a prévu en 1972 une progression dont le pourcentage absolu paraît considérable. Nous sommes cependant contraints de constater que, dans la pratique, au 1<sup>er</sup> octobre 1972, chaque bénéficiaire du troisième âge percevra 10,50 francs par jour, soit 1,19 franc de plus que ce qu'il reçoit aujourd'hui. Si l'on tient compte de l'augmentation inexorable du coût de la vie, force est de convenir que la situation bien précaire des intéressés ne s'en trouvera pas, pour autant, très améliorée. Nous sommes toujours très loin du S. M. I. C. reconnu comme devant être un minimum vital.

Vous avez prévu des aides indirectes, notamment l'aide spécifique au loyer, et l'action sociale en faveur des personnes âgées. Je vous en félicite, et j'y souscris de grand cœur, mais il n'en reste pas moins que le citoyen français, au terme d'une longue et pénible vie de labeur, se retrouve dans cette situation inadmissible, car humiliante, d'un homme condamné à la pauvreté, obligé de présenter des demandes, de subir des enquêtes à propos desquelles il est toujours question de plafond de ressources, où l'on fait et refait le bilan de toutes ses misères, lui laissant toujours cette impression amère que lorsque ses forces ne lui permettent plus de travailler, il retombe dans le domaine du « bureau de bienfaisance » et de l'insupportable « charité ». (Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)

Si l'Etat n'a pas les moyens d'abaisser l'âge de la retraite car il a donné la priorité à la revalorisation des pensions de vieillesse, je pense qu'il lui appartient, compte tenu de ce choix, d'accorder le minimum vital à tous ceux qui n'arriveront à récupérer leur véritable dignité que si on leur attribue les moyens matériels de leur autonomie.

Les prestations familiales ont connu la croissance la plus faible de toutes les prestations sociales au cours du V<sup>e</sup> Plan, à savoir 1,9 p. 100 par an au lieu des 5,2 p. 100 prévus, handicapant ainsi gravement les parents chargés de famille.

Selon la commission des prestations sociales du VI<sup>e</sup> Plan, la projection à 1975 ne devait donc atteindre que l'indice 118 contre l'indice 100 en 1970, ce qui dégagerait un excédent de recettes de 6.500.000 francs. Fort heureusement, à la fin de l'année 1970 et en 1971 des améliorations sélectives ont été apportées par le vote de la loi du 23 décembre 1970 créant l'allocation pour orphelins, de la loi du 13 juillet 1971 prévoyant des mesures, très souhaitées, en faveur des handicapés, de la loi du 16 juillet 1971 instaurant l'extension de l'allocation de logement.

Encore que bien modestes ces allocations rendront service aux familles particulièrement dignes d'intérêt. Il serait souhaitable, je le signale en passant, que le renforcement de l'aide au logement notamment, soit rendu possible par l'extension à de nouvelles catégories de bénéficiaires de l'allocation de logement dont les modalités de calcul seraient rendues plus favorables aux catégories à revenu modeste.

En ce qui concerne les allocations familiales, vous avez prévu de les augmenter de 5,30 p. 100 au 1<sup>er</sup> août 1972 pour tenir compte de la variation de l'indice des prix. Il est en effet très souhaitable de ne pas laisser s'accroître le décalage entre le coût de la vie et le niveau des allocations familiales.

A ce propos, les représentants des familles sont unanimes à réclamer une indexation des allocations familiales sur les salaires. Il semble en effet logique que cette prestation soit soumise à une indexation, d'autant que les ressources proviennent d'une cotisation sur les salaires et croissent, par conséquent, avec ces derniers. J'aimerais, monsieur le ministre, que vous me fassiez part de votre sentiment sur ce point.

Cette mesure de revalorisation ne concerne pas les autres prestations familiales : allocation de salaire unique et de la mère au foyer, allocation de logement. Le Gouvernement nous a annoncé des mesures nouvelles : une revalorisation de l'allocation de salaire unique et de l'allocation de la mère au foyer pour la mère de famille qui reste chez elle pour s'occuper d'un jeune enfant ; la constitution d'un droit à pension de vieillesse pour la mère de famille qui cesse d'exercer une activité professionnelle afin de rester au foyer pour s'occuper d'un jeune enfant ; la création d'une allocation pour frais de garde pour la mère de famille qui, ayant un jeune enfant, a repris une activité professionnelle.

Ce sont là des mesures positives dont nous nous réjouissons. Mais vous avez assorti ces dispositions d'une condition : elles ne concerneraient que les familles n'acquittant pas l'impôt sur le revenu.

Sans doute cette manière de voir part-elle d'un bon sentiment et a-t-elle pour but d'aider les plus défavorisés ; mais dans la pratique, combien de foyers fort modestes vont s'estimer victimes d'une injustice ? Car ils sont légion les ménages qui, tout en

acquittant une petite contribution, ne peuvent pas être considérés comme riches et dont la situation est par là même très digne d'intérêt.

Au surplus vous modifiez complètement dans son principe le sens de la législation sociale. Les ordonnances de 1946 prévoyaient qu'au même titre que le salaire, les prestations familiales étaient un droit, le même pour tous les salariés. Vos nouvelles dispositions, tout en étant *a priori* séduisantes, nous ramènent au problème du choix, de la discrimination, au principe de « l'assistance » qui avait été rigoureusement proscrit dans la charte de la sécurité sociale. Il s'agirait là d'une régression dans le principe même de la législation sociale que les familles dans leur unanimité réprouvent avec fermeté.

L'assurance maladie est le poste de dépenses sociales dont l'évolution présente le caractère le plus préoccupant, nous a dit tout à l'heure notre rapporteur. Il a analysé ce chapitre avec une conviction profonde, essayant de diagnostiquer ses défauts, de suggérer certaines solutions. Les dépenses de santé croissent effectivement chaque année avec une inéluctable progression. Le vieillissement de la population, l'accroissement du niveau de vie, le progrès des techniques médicales et peut-être aussi la coexistence d'un système de sécurité sociale et d'un régime de distribution de soins de type libéral en sont les causes essentielles.

Mon ami le docteur Benoist vous a expliqué il y a quelques instants qu'aucun changement radical ne pourrait être obtenu sans une réforme envisageant une véritable politique globale de la santé. Je n'y reviendrai pas. Les dépenses de santé sont onéreuses et elles le sont d'autant plus que la civilisation est plus perfectionnée. En l'état actuel des choses, des économies substantielles pourraient sans doute être obtenues sans que soit en rien modifiée la qualité des soins. La France est le pays où le système de sécurité sociale est le plus libéral qui soit. Elle est le seul pays au monde où le médecin peut, sans limite et sans contrôle réel, engager les finances publiques. Mais son coût met actuellement en péril le principe même du droit à la santé. Il est indispensable que tous en prennent conscience, du médecin au gestionnaire de l'hôpital, et à l'assuré lui-même.

**M. Marc Bécam.** Très bien !

**M. André Saint-Paul.** Si onéreux soit-il, le système présente encore bien des insuffisances qui appelleraient une solution immédiate. Je n'en citerai que quelques exemples.

On compte chaque année plus d'un million d'accidents entraînant des arrêts de travail, ce qui correspond à 123 millions de journées de travail perdues ; plus de 200.000 accidents entraînant une incapacité permanente partielle et plus de 4.000 décès survenant à la suite d'accidents du travail.

Aussi, certaines améliorations du régime de sécurité sociale applicable aux mutilés du travail et à leurs ayants droit sont-elles vivement souhaitables ; en particulier, une modification du contentieux de la sécurité sociale dans le sens d'une plus grande participation de la victime, notamment par l'envoi à l'assuré du rapport médical d'appréciation du taux d'incapacité permanente ; l'attribution, en prestations légales, d'une aide immédiate aux familles des victimes d'accident mortel.

L'an dernier, j'avais déjà évoqué ce problème, tragique pour les familles. J'ai été heureux d'apprendre que deux arrêtés du 9 juillet 1971 ont institué une allocation d'aide immédiate d'un montant maximal de 990 francs, attribuée au titre des prestations supplémentaires. Je vous en remercie, monsieur le ministre, mais je formule le vœu que cette allocation devienne une prestation obligatoire et que son montant soit sensiblement relevé pour correspondre réellement aux besoins des familles des victimes.

J'attire également votre attention sur la situation des malades bénéficiaires de l'assurance volontaire qui sont hospitalisés depuis près de trois ans et dont l'état de santé ne permet pas la sortie de l'établissement, notamment les malades mentaux qui sont soignés dans des établissements spécialisés ou dans des hôpitaux psychiatriques.

L'assurance volontaire prévoit une prise en charge par la sécurité sociale de trois ans au maximum. J'aimerais connaître les dispositions que vous envisagez pour la suite.

Enfin, je vous rappelle le problème irritant, qui nous est signalé maintes fois, des malades atteints d'une des « 21 maladies » et qui se voient refuser l'exonération du ticket modérateur si les dépenses pharmaceutiques n'ont pas excédé 250 francs au cours du mois précédent. Même si le principe pouvait en être retenu, encore qu'il soit discutable, l'application pratique de cette disposition est si compliquée et si difficilement comprise par les intéressés qu'il est indispensable de rechercher une autre solution.

Profilant de ce débat sur le budget de la santé publique, j'évoquerai maintenant, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, un problème qui préoccupe nombre de jeunes étudiants : il s'agit de la nouvelle promotion des candidats aux études médicales, auxquels seront appliquées les dispositions de la récente loi sur la sélection des étudiants en médecine.

Dès la rentrée, tous ont été inscrits et dirigés par ordinateur sur telle ou telle unité d'enseignement et de recherche. Par un décret publié au *Journal officiel* la semaine dernière, les U. E. R. ont fait connaître le nombre de places qui seraient disponibles en fin d'année universitaire. Ce chiffre est fonction du nombre de lits utilisables par les étudiants et détermine ainsi le pourcentage de sélection.

Le hasard, inspiré le plus souvent par le lieu du domicile, a fait que tel étudiant s'est trouvé automatiquement inscrit à tel établissement plutôt qu'à tel autre : il n'a pas pu le choisir, il n'en connaissait ni le nombre de places, ni le programme qui lui serait enseigné, puisque les matières changent avec les établissements.

A six mois d'un concours ou plus exactement d'un « examen », car il s'agit, en théorie, d'un examen auquel ne seront reçus pourtant qu'un nombre déterminé de candidats, ces jeunes gens ne savent rien. Lorsque des étudiants s'engagent sur la voie d'un concours destiné à provoquer une sélection sévère, ils doivent en connaître les modalités, les difficultés, le nombre de places. Ils faut qu'ils jouissent aussi du droit de choisir leur école, de mesurer leurs chances, ce qui implique qu'ils acceptent *a priori* la « règle du jeu ». Pour eux, rien de tout cela. Ils attendent anxieusement des nouvelles.

Si l'on ajoute à tout cela le malaise qui règne, à l'heure actuelle, chez les chefs de clinique et chez les assistants qui désertent de plus en plus la carrière hospitalo-universitaire, car ils n'ont pas réussi à obtenir un statut garantissant leur avenir, on ne peut s'empêcher d'être perplexe sur le résultat de la formule nouvelle.

Quelques éclaircissements du ministre de la santé publique apaiseraient sans doute l'inquiétude de tous ces jeunes qui voudraient devenir médecins et qui, en réalité, ne savent pas où ils vont.

Telles sont, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, les quelques réflexions que je voulais présenter à propos de votre projet de budget pour 1972 et je vous remercie pour les précisions que vous pourrez m'apporter. (Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Cornet.

**M. Pierre Cornet.** Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, la discussion du budget de la santé nous saisit en plein gué, alors que vos efforts sont évidents pour perfectionner la protection sociale dans son ensemble. Le projet de loi sur les retraites vieillisse des non-salariés non agricoles devrait mettre fin à des écarts flagrants. L'aide à la famille sous plusieurs formes, l'aide aux commerçants âgés et l'amélioration de la formation professionnelle des jeunes commerçants s'insèrent dans vos perspectives, ainsi que l'amélioration de la situation du personnel hospitalier de gestion qui connaît des crises chroniques de recrutement d'employés qualifiés.

La télévision a si souvent entretenu le grand public des bienfaits de la loi du 14 juillet dernier sur l'allocation aux handicapés majeurs que des parents légitimement traumatisés attendent avec impatience les textes d'application et hésitent à souscrire des assurances volontaires pour des enfants âgés de plus de 20 ans. Vous nous avez rassurés ce matin, madame le secrétaire d'Etat, et nous aurons les textes en main dans peu de temps.

Nos craintes, si craintes il y a, ne proviennent pas de la politique générale que vous appliquez puisque vous ne perdez pas de vue les caps essentiels.

Cependant, les hôpitaux ruraux demeurent en dehors du champ d'application de la carte hospitalière. Il est certain que le transport d'un malade à vingt ou trente kilomètres de son domicile ne pose plus actuellement de problème majeur, sauf dans des secteurs à climat rude.

Grande est donc la tentation de concentrer les moyens, d'éviter la dispersion d'équipements de plus en plus onéreux, dont les corollaires sont la qualité des soins et la réduction de la durée de séjour des malades.

M. le ministre a indiqué ce matin qu'il poursuivait des études comparatives entre divers établissements. Qui pourrait lui en faire grief ? Les procédés les plus actuels, l'informatique notamment, poussent à la concentration et vers de grands ensembles.

C'est en milieu rural que se pose avec le plus d'acuité le problème d'un véritable aménagement sanitaire, compte tenu de la sous-médicalisation de cet espace géodémographique.

Entre les zones urbaines et rurales, le déséquilibre est patent. Les agglomérations de plus de 200.000 habitants disposent d'à peu près 45 p. 100 des médecins, alors qu'à l'opposé les communes de moins de 5.000 habitants, bien que groupant plus de 40 p. 100 de la population, ne disposent que de 20 p. 100 des médecins.

Cependant, c'est en zone rurale ou semi-rurale que l'on trouve un pourcentage élevé de groupes médicaux existants. Le corps médical rural, dont le dévouement est inappréciable, a saisi la grande chance qu'offre une évolution résolue d'une médecine libéralement individualiste vers une médecine librement communautaire.

La médecine de groupe, outre qu'elle permet pour les praticiens un exercice plus confortable dans une entité géographique déterminée, peut s'édifier en annexe du secteur hospitalier pré-existant, ce qui n'est pas négligeable puisqu'on compte en France 382 ensembles sociaux ruraux répartis sur tout le territoire.

Sous la forme de centres sanitaires ruraux, les hôpitaux ruraux sont, à ce moment de l'histoire hospitalière, prêts à s'ouvrir à tous les nouveaux courants et, pour ce faire, à se libérer d'un carcan dans lequel on les a trop souvent enerrés. Ils constituent un creuset idéal pour le travail de groupe qui répond aux aspirations des jeunes générations, et accroît l'efficacité préventive et curative du médecin de clientèle, ainsi libéré d'une pratique superbement individualiste mais, à moyen terme, terriblement astreignante.

Les objectifs modernes ne doivent pas faire oublier la fonction fondamentale des hôpitaux ruraux qui, en dépit de leur équipement, sont restés souvent modestes, mais peuvent recevoir deux catégories de malades nettement distinctes et diamétralement opposées : d'une part, ceux qui sont atteints d'affections de moindre gravité et, d'autre part, ceux qui souffrent d'affections graves, au stade terminal, et que leur adressent les hôpitaux généraux après avoir épuisé les possibilités thérapeutiques. Ils deviennent alors les hôpitaux de long séjour prévus par la loi hospitalière.

La durée des séjours dans les hôpitaux ruraux qui recueillent des malades dont certains souffrent d'affections de longue durée, ne peut être comparée avec celle des séjours effectués par les malades aigus dans les grands centres. Les services de médecine ruraux s'apparentent alors plutôt à des services de malades chroniques.

Même si les dotations en matière de santé ne permettent pas d'inscrire au VI<sup>e</sup> Plan la construction d'un hôpital rural dans les huit départements de la région Rhône-Alpes, il n'en demeure pas moins que les hôpitaux ruraux sont un fait.

Sur le plan local, ces établissements jouent un rôle important. Ils permettent de donner aux habitants des régions qu'ils desservent des soins utiles et dans de meilleures conditions qu'à domicile. Peut-être convient-il de souligner certains traits originaux : malades et personnes âgées soignés par le médecin de leur choix ; retour plus rapide des grands centres hospitaliers grâce au passage dans les services de convalescence ; contribution de l'hôpital rural à la médecine préventive par location, prêt ou don de locaux aux services spécialisés et, plus encore, encouragement à rester aux médecins locaux qui peuvent suivre leurs malades.

Au début du VI<sup>e</sup> Plan, que peut-on conseiller aux maires qui se demandent s'il faut poursuivre des acquisitions de terrains et la mise au point de plans de construction, alors que les listes d'attente s'allongent ?

Comment accroître le potentiel sanitaire de l'espace rural si la construction des hôpitaux, des hospices, des établissements de soins et de convalescence, des maisons de repos est rendue très difficile ? Les foyers pour personnes âgées, au moins dans le secteur que j'ai l'honneur de représenter, ont été installés en nombre suffisant.

Les enveloppes financières non ventilées étant plus ou moins réservées à des implantations urbaines ne peut-on, alors, faciliter l'accès au marché financier des collectivités les plus courageuses, pour des tranches conditionnelles, sans subvention de l'Etat, avec certains verrous ? Ce recours à l'emprunt peut fort bien s'exercer dans le cadre d'une politique de lutte contre l'inflation et la hausse des prix.

Cette orientation, madame le secrétaire d'Etat, coïncide avec les mesures d'humanisation que vous préconisez inlassablement et avec les dispositions favorables au personnel soignant. Même si l'ensemble de ces mesures pèse lourdement sur les prix de journée, ceux-ci restent relativement très inférieurs en pays rural et les charges générales sont donc allégées.

Le rôle traditionnel de l'hôpital rural est complété par des actions directes sur la vie de la région concernée, qui concourent

au maintien ou à l'obtention du chiffre optimal de population, beaucoup plus que d'autres incitations plus voyantes, comme le tourisme, mais moins permanentes.

Ces actions directes, je les rappelle succinctement. C'est l'animation économique pendant la construction, surtout si celle-ci n'est pas exécutée selon les procédés industrialisés — j'ai cru comprendre, ce matin, que M. le ministre préférerait le terme de « construction banalisée ». C'est la création d'emplois nouveaux, assurant des reconversions dans le monde des exploitants ; c'est la formation professionnelle du personnel soignant.

A dimension humaine, l'hôpital rural, de par son ancienneté et sa tradition, quand bien même il aurait subi, à cause de l'une ou de l'autre, certaines déviations, refuse la mort lente des institutions inachevées et inadaptées qu'une évolution prescrit inéluctablement. Encore faudrait-il ne pas donner l'impression de l'étouffer, de façon que les ruraux n'aient pas eux-mêmes, parfois, le sentiment d'être oubliés. (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. François Grussenmeyer.

**M. François Grussenmeyer.** Mesdames, messieurs, le Gouvernement a annoncé la mise sur rails, d'un nouveau train de mesures sociales. Il faut s'en féliciter et exprimer, par le canal de M. le ministre et de Mme le secrétaire d'Etat, puisqu'ils en sont la cheville ouvrière, notre gratitude au Gouvernement.

Mais, malgré cet effort très louable, notre système de protection sociale comporte encore de graves lacunes et de nombreuses insuffisances sur lesquelles je me permets d'appeler votre bienveillante attention.

Selon les dispositions actuellement en vigueur, le cumul d'un droit personnel et d'un droit dérivé n'est toujours pas possible. Il en est de même lorsque le droit dérivé provient du régime général et le droit personnel d'un autre régime de sécurité sociale, par exemple d'un régime spécial de retraite ou d'un régime de non-salariés, tels ceux des artisans, des commerçants, des agriculteurs, etc. Seul le montant le plus élevé est pris en considération.

Il est, en outre, choquant que les couples qui ont fait un double effort de cotisation ne retrouvent pas, à la fin de leur vie, une certaine contrepartie. On nous a annoncé, depuis quelques années déjà, une étude sur les règles du cumul. Mais l'étude tarde à se faire. Il serait hautement souhaitable qu'une décision soit prise rapidement, même si le cumul autorisé ne doit être que partiel.

Les dispositions de la loi du 12 juillet 1966 modifiée et du décret n° 67-1091 du 15 septembre 1967, relatifs à la détermination de l'activité principale lors de l'exercice simultané d'une activité agricole et d'une activité salariée, nécessitent une application beaucoup plus souple.

Le caractère d'activité principale, reconnu par des critères théoriques à l'activité agricole, ne paraît souvent nullement correspondre à la situation réelle des intéressés. Puis-je vous demander, monsieur le ministre, de prendre rapidement attache avec votre collègue de l'agriculture pour mettre fin à une situation anormale et pour ne pas décourager davantage encore les ouvriers paysans dont la situation sociale est également digne d'intérêt ?

Ce matin, vous avez fait allusion à la réforme de l'assurance vieillesse. Le projet de loi n° 2029 vient d'ailleurs d'être mis en distribution. L'exposé des motifs indique, en page 3, que le taux de pension applicable aux assurés qui ont une longue carrière pourra atteindre 50 p. 100 du plafond.

Vous savez que les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle bénéficient d'un régime spécial dit régime local, que nous sommes tous reconnaissants aux différents gouvernements d'avoir régulièrement reconduit. Mais, pour éviter toute ambiguïté, il serait opportun d'ajouter un article qui rendrait applicables les dispositions concernant le plafond aux pensions visées à l'article L.365 du code de la sécurité sociale qui fixe les modalités d'application et règlemente les pensions du régime local.

Cette disposition écarterait le danger d'une interprétation restrictive de l'administration qui pourrait être tentée de maintenir la limite actuelle de 40 p. 100 du plafond des rémunérations pour les pensions du régime local. Une telle interprétation instituerait, en effet, pour la première fois une inégalité dans les plafonds des pensions, inégalité qui serait non seulement contraire à ce qui est désormais une tradition dans le droit de la sécurité sociale, mais qui entraînerait la neutralisation des avantages du régime local. Il faut donc éviter qu'une rédaction incomplète du texte de loi ne puisse éventuellement

conduire à une disparité constituant à l'égard des salariés alsaciens et mosellans une véritable mesure discriminatoire qui aurait à tout point de vue de très graves conséquences.

Au cours de son brillant exposé de ce matin, le ministre de la santé publique, évoquant certaines améliorations de la rémunération des infirmières et des assistantes sociales, faisait état de difficultés dans leur recrutement. Il a eu raison car, faute de modifier les dispositions actuellement en vigueur, nos hôpitaux et nos administrations départementales auraient bientôt beaucoup de mal pour assurer le recrutement, le secteur privé versant des salaires nettement plus substantiels. Il est donc grand temps d'entreprendre un effort en faveur de celles que j'appellerai les apôtres de la charité et de la fraternité.

Pourrais-je vous suggérer de faire revaloriser les indemnités kilométriques accordées actuellement aux assistantes sociales ? Le tarif de treize centimes par kilomètre est nettement insuffisant pour compenser les frais réels.

Pour terminer, je voudrais une nouvelle fois vous entretenir du problème des veuves, et d'abord de celles qui ont plus de 65 ans ou plus de 60 ans lorsqu'elles sont inaptes au travail et qui bénéficient d'une pension, dont il faudrait modifier les conditions d'attribution.

Une solution pour améliorer le sort de ces veuves consisterait à accorder une fraction plus importante que la moitié de la pension. Lorsque la pension du défunt était assortie d'une « majoration de conjoint à charge », la veuve ne bénéficie même pas de la moitié de ce que touchait le *de cuius*, car elle n'a droit qu'à la pension proprement dite sans les accessoires.

Or le décès du conjoint ne réduit pas de moitié, loin s'en faut, les dépenses courantes du survivant. Il est reconnu qu'une personne seule supporte des charges plus lourdes qu'une personne mariée, ne serait-ce celles du loyer et de chauffage qui ne diminuent pas de moitié parce que la personne est seule.

Le taux de la pension de réversion devrait être portée au moins à 60 p. 100.

**Mme Jacqueline Thome-Patenôtre.** Très bien !

**M. François Grussenmeyer.** J'en viens aux veuves de moins de soixante-cinq ans, ne bénéficiant pas des dispositions de l'article L. 323 du code de la sécurité sociale.

La veuve non invalide, mère d'enfants mineurs, en est réduite, le plus souvent, à faire appel à la charité publique si elle ne peut pas être prise en charge par sa famille, puisqu'elle ne disposera d'autres ressources, en dehors des allocations familiales et, le cas échéant, d'une maigre retraite complémentaire. Dans l'impossibilité matérielle d'exercer une activité salariée, en raison de la présence d'enfants mineurs au foyer, elle devra de surcroît garantir la sécurité de sa famille en cotisant volontairement pour le risque maladie.

Ainsi, la veuve, fortement ébranlée dans son affectivité, menacée dans sa sécurité, seule responsable de la vie matérielle du foyer et de l'éducation des enfants, court le risque de s'enfermer dans sa solitude et d'aggraver ainsi la ségrégation dont elle est inconsciemment l'objet.

Cependant, chef de famille à part entière, la veuve doit tendre à se reclasser dans la société, en tant que femme et mère, en tant que citoyenne exerçant une fonction dans la vie économique, sociale et civique du pays.

A plusieurs reprises, à cette tribune, j'ai décrit la situation très pénible des veuves abandonnées à elles-mêmes. J'ai d'ailleurs déposé sous le numéro 929 une proposition de loi qui a reçu l'agrément non seulement du groupe d'étude des affaires sociales présidé avec autant de compétence que de dévouement par notre excellent collègue le docteur Peyret, mais aussi par le bureau de notre Assemblée, proposition qui tend à instituer une pension en faveur des veuves âgées de moins de soixante-cinq ans non atteintes d'incapacité de travail et dont le mari n'est pas mort à la suite de faits de guerre ou d'accident du travail.

Bien que notre pays jouisse de la très estimable renommée d'être celui où la sécurité sociale est la plus développée après la Suède, notamment en ce qui concerne les allocations familiales, l'allocation de logement, dont le bénéfice va encore être étendu, l'indemnité viagère de départ accordée aux exploitants agricoles, il a, hélas ! toujours le triste privilège de compter parmi les rares nations d'Europe occidentale n'ayant pas de pension spécifique pour les veuves.

La France n'a pas le droit d'être en retard dans ce domaine. C'est pourquoi je vous demande avec insistance de soumettre au Parlement la proposition de loi précitée, dont le rappor-

teur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales est nommé depuis plus d'un an. Des centaines de milliers de veuves vous en seraient reconnaissantes.

Lors de sa réunion à Menton les 23 et 24 octobre dernier, l'association nationale des veuves civiles chefs de famille a lancé un appel angoissant. La motion, adoptée par les 1.000 déléguées de tous les départements, va vous être adressée. Parmi les nombreuses suggestions qu'elle contient je relève, outre la pension aux veuves, que le minimum d'heures de travail exigé pour l'ouverture du droit aux prestations maladie soit abaissé à 120 heures par trimestre pour les veuves. Je pense qu'il vous serait possible de donner satisfaction à cette revendication.

Monsieur le ministre, les chevaliers du Moyen Age devaient prêter le serment de secourir la veuve et l'orphelin. Animé de l'esprit social que l'on vous connaît, vous allez, avec le concours de Mme le secrétaire d'Etat, reprendre cette noble tradition en accordant à nos veuves les ressources nécessaires et leur permettre ainsi d'accéder, au sein de notre société, à la dignité à laquelle elles aspirent et qui leur est incontestablement due. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

**M. le président.** La parole est à M. Jean Morellon.

**M. Jean Morellon.** C'est sur deux points, monsieur le ministre, que je ferai porter mes réflexions à l'occasion de l'examen de votre budget : la médecine scolaire d'une part, la médecine rurale d'autre part.

Pour ce qui est des problèmes soulevés par le service de santé scolaire, je suis de ceux qui pensent, ici et dans les assemblées départementales, que la surveillance des élèves des écoles à tous les degrés et particulièrement dans les campagnes reste insuffisante.

Il est inutile de revenir sur les missions et les tâches qui incombent aux différents personnels — médecins, assistantes sociales et infirmières — définies par les instructions générales interministérielles du 12 juin 1969. M. Peyret les a parfaitement signalées dans son rapport écrit dont la lecture nous a appris, monsieur le ministre, qu'un effort a été accompli, d'abord sur le plan des compétences qui ont été étendues. C'est ainsi que les assistantes sociales devront se dégager des occupations paramédicales et administratives pour assumer plus efficacement leur vocation sociale. Les infirmières, elles, devront jouer un rôle plus important dans la sélection des élèves soumis, en raison de leur état, à des examens « à la demande ».

Pour toutes les catégories de personnel, il est prévu l'augmentation de leur nombre et la revalorisation de leurs rémunérations. Mais entre les besoins théoriques et les besoins réels en effectif, il persiste un large déficit.

En dépit des améliorations en cours, il existe, en attendant, une désaffectation du personnel médical et paramédical, à temps plein ou à temps partiel, qui cherche ailleurs un exercice plus lucratif. Aussi bien, l'objectif n'est-il pas atteint pour satisfaire une organisation fondée sur des normes idéales de 5.000 enfants, et non de 9.000, comme c'est le cas.

Permettez-moi d'appeler votre attention sur ces faits, monsieur le ministre, et aussi sur la périodicité des visites normalement pratiquées dans certaines écoles de nos campagnes — d'Auvergne ou d'ailleurs sans doute — où il arrive qu'une année entière passe sans que le médecin scolaire ait fait son apparition dans l'établissement dont il a la charge.

Les perspectives pour 1972 et pour les années suivantes laissent présager des mesures susceptibles de combler cette lacune, si le programme que vous avez évoqué ce matin et qui a été rappelé tout à l'heure à cette tribune par l'un de nos collègues est mis en application. Personnellement, je souhaite que vous réussissiez, car s'il est un sujet d'inquiétude et d'amertume pour les familles, les enseignants et les élus, c'est bien celui-là.

Un autre sujet de préoccupation — et je regrette que vous n'en ayez pas parlé ce matin, monsieur le ministre — est constitué par l'exercice de la médecine rurale. Médecin depuis vingt-cinq ans dans une commune de montagne du Puy-de-Dôme, j'ai eu l'occasion, mes chers collègues, d'éprouver les grandeurs et les servitudes de ce métier difficile, mais ô combien exaltant !

C'est surtout sur les servitudes qu'il nous faut réfléchir et proposer des éléments de solution. Vous n'ignorez pas, monsieur le ministre, que nos régions, d'année en année, sont désertées par leurs populations pour des raisons diverses mais bien connues. Et nous constatons, paradoxalement, que face à la « médicalisa-

tion » qui caractérise notre époque, c'est le phénomène inverse qui se produit dans ces secteurs ruraux en voie de dévitalisation.

Qui pourrait nier que le vrai problème est celui du recrutement de jeunes médecins qui, en raison de leur formation universitaire de plus en plus technique, nécessaire et même indispensable, se fait dans une certaine mesure au détriment de la clinique considérée comme une formule imparfaite, « archaïsante » ou rétrograde ? La pratique de la médecine en général et de l'accouchement en particulier, dans des conditions parfois insolites, est redoutée par les jeunes praticiens habitués à un environnement aseptisé, conditionné et sécurisé. Et puis, avouons-le aussi : la femme du médecin de campagne n'apprécie pas forcément les rigueurs d'une nature parfois rude et s'inquiète à juste titre de l'instruction de ses enfants.

Alors, face à de telles difficultés, que faire ?

D'abord, maintenir et créer des hôpitaux ruraux, en adaptant leurs structures administratives et leur équipement en moyens techniques, laissant libre accès à tous les médecins locaux et leur permettant d'hospitaliser leurs malades et de les traiter.

C'est, en somme, non une admission mais un « domicile provisoire » où les malades sont chez eux, ce qui correspond bien à leur mentalité et à leurs aspirations. Cela suppose, bien sûr, la participation de la sécurité sociale.

Je sais que même des médecins avancent des arguments défavorables à cette solution et se réfèrent, en particulier, à des excès. Mais les autres établissements hospitaliers sont-ils indemnes de pareils reproches ?

Les critiques se font plus véhémentes encore à l'encontre des maternités rurales et, pourtant, si l'accouchement dans ce milieu est rendu responsable de quantité d'infirmités psychomotrices, ne constitue-t-il pas un moyen d'éviter les accouchements à domicile dont les risques sont encore plus lourds dans leurs conséquences ?

Ce qui compte, pour beaucoup de femmes, ce n'est pas tant l'attrait du grand service d'obstétrique avec tous ses spécialistes, que l'éloignement de l'environnement familial.

Si, dans cet hôpital rural, on peut intégrer la médecine de groupe, la médecine sociale, la médecine du travail, la médecine préventive, on obtiendra alors un véritable centre sanitaire rural. Certes, ce ne sera qu'un simple maillon dans la grande chaîne hospitalière. Il n'y aura pas la haute technicité exigée dans un C. H. R. mais, à sa dimension, cette formule répondra à des besoins élémentaires à l'échelle humaine et ce sera le véritable hôpital, instrument indispensable du praticien rural. Pour le jeune médecin, cette solution sera plus attrayante et souvent déterminante pour son installation.

Face à la pénurie actuelle du recrutement, pourquoi ne pas envisager aussi la création d'un certificat de médecine générale, en insistant sur la formation obstétricale des médecins prêts à s'installer en dehors des villes ?

Pourquoi ne pas procéder encore à certains allègements fiscaux pour favoriser l'implantation de jeunes confrères, surtout quand ils sacrifient à l'isolement ?

Pourquoi ne pas donner, enfin, des possibilités d'assistantat aux étudiants qui viendraient aider leurs confrères, souvent âgés et généralement surchargés, complétant ainsi les remplacements en cas d'absences, de vacances, de maladie, d'enseignement post-universitaire ? Ces contacts seraient sans aucun doute bénéfiques pour les deux praticiens.

Si nous n'y prenons garde, d'ici à quelques années nous serons amenés à des mesures contraignantes et à un service médical obligatoire dans les campagnes.

Voilà rapidement posée la question de l'exercice de la médecine rurale et de son humanisation.

Je souhaite, monsieur le ministre, que vous nous fassiez part de votre sentiment et que vous nous indiquiez vos propositions à ce sujet.

J'espère que vous voudrez bien rester attentif à ces aspects d'une certaine forme de médecine auxquels les médecins ruraux et leurs malades sont très attachés et à propos desquels ils manifestent leurs inquiétudes quant à l'avenir.

Vous avez fait preuve de compréhension, de diplomatie et de persévérance dans les discussions et les conflits qui vous opposaient à certains d'entre nous. Nous vous félicitons et nous vous savons gré d'avoir défendu les grands principes de la médecine libérale, en accord avec le contexte social et humanitaire de son exercice dans le monde moderne.

Aussi, agirez-vous — nous en sommes certains — pour que des médecins restent et que d'autres viennent assurer la relève aux meilleures conditions dans nos campagnes, car c'est avec

eux que vous garantirez à ces populations le droit à la santé. (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. Pierre Herman.

**M. Pierre Herman.** Monsieur le ministre, au cours de la discussion du budget de l'année dernière, je m'étais permis d'intervenir sur un sujet qui a fait l'objet de nombreuses interventions, tant à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales qu'au sein de notre Assemblée. Il s'agit de la réforme de l'inaptitude au travail.

Je vous indiquais alors, et cela est encore malheureusement courant aujourd'hui, que le service du contrôle médical de certaines caisses régionales vieillesse de sécurité sociale ordonne à des femmes salariées, âgées de plus de soixante ans et souffrant d'ulcères aux jambes, de reprendre le travail alors que celles-ci exercent une profession nécessitant la station debout pendant huit heures consécutives.

Je vous signalais également la situation de certains anciens combattants et anciens prisonniers de guerre qui ont connu des années particulièrement pénibles et qui ne peuvent reprendre une activité salariée à la suite d'un arrêt de travail pour maladie après l'âge de soixante ans.

Je me réjouis, monsieur le ministre, que vous ayez été sensible à toutes nos observations sur cet important problème social et que, dans le projet de loi que vous venez de déposer sur le bureau de notre Assemblée, portant amélioration des retraites du régime général de la sécurité sociale, vous ayez apporté un assouplissement très sensible aux conditions d'attribution de l'inaptitude ouvrant droit à une pension au taux plein à soixante ans.

En effet, il me semble qu'au titre des mesures d'application de cette disposition vous comptez donner des instructions très précises aux caisses d'assurance vieillesse pour que, dans le dossier de chaque assuré demandant à bénéficier d'une pension de vieillesse dans le cadre de l'inaptitude, soient examinées les activités antérieures, civiles et professionnelles, de l'intéressé et, en particulier, l'influence des années passées au combat ou en captivité. Cette étude devrait permettre d'apprécier son aptitude à poursuivre une activité entre soixante et soixante-cinq ans.

Je souhaite vivement que soient associés à l'examen de ce dossier un praticien des services médicaux du travail et un responsable des services extérieurs du ministère du travail, de l'emploi et de la population.

Ces dispositions réglementaires, si vous les adoptiez, monsieur le ministre, permettraient d'apporter une solution raisonnable et équitable aux problèmes posés aux salariés âgés de plus de soixante ans qui, pour des raisons économiques et de santé, ne peuvent être reclassés mais ne désirent pas être une charge pour les caisses d'assurance maladie. (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. Paul Mainguy.

**M. Paul Mainguy.** Monsieur le ministre, le budget social de la nation va, dans les prochaines années, dépasser le budget général. Cette progression serait, en soi, une bonne chose si l'on admettait qu'elle est due à un recours plus fréquent à des thérapeutiques plus coûteuses. Malheureusement, il n'est pas démontré que les thérapeutiques les plus coûteuses soient forcément les plus efficaces ; d'autre part, il ne paraît pas possible que les dépenses de santé croissent indéfiniment plus vite que le revenu national. Sinon, nous arriverons rapidement à une impasse, le revenu national ne pouvant pas être consacré uniquement à la satisfaction des besoins de la santé.

Il faut donc freiner, dans toute la mesure du possible, cette augmentation, et c'est ce que vous vous efforcez de faire en agissant à la fois sur tous les chapitres. L'entreprise est difficile. Comment savoir si une dépense qui, à première vue est abusive n'est pas finalement rentable quand elle permet de sauver des vies humaines ? Il y a donc des chapitres sur lesquels il n'est pas souhaitable de faire des économies. Je fais allusion à ceux qui concernent la prévention sous toutes ses formes.

Prenons l'exemple des accidents de la route qui font chaque année plus de 15.000 morts en France. Tout ce qui peut être fait par les différents ministères pour prévenir ces accidents ou pour en traiter les victimes est immédiatement rentable.

Les crédits consacrés à cette action devraient même être supérieurs à ceux destinés à la lutte contre le cancer car, dans les accidents de la route, ce sont des êtres jeunes, en pleine santé, parfois des familles entières, qui disparaissent d'une façon absurde.

Il est en revanche des chapitres sur lesquels des économies pourraient être faites facilement et pour le plus grand bien de la santé de nos concitoyens.

Je ne vous parlerai pas des laboratoires d'analyses dont les dépenses ont augmenté, en un an, de 20 p. 100, et je limiterai mon propos aux faux dispensaires.

Communément appelés « centres médicaux », les faux dispensaires sont créés, dans un but purement lucratif, par des groupes financiers ou même par des capitalistes privés. Ayant adopté toutes les caractéristiques exigées des dispensaires, ils sont agréés comme tels et bénéficient, de ce fait, des avantages attachés à ce genre d'établissements, je veux parler essentiellement du tiers payant.

Les consultants, assurés de pouvoir bénéficier d'une médecine gratuite, ou quasi gratuite, ne manquent pas d'affluer. Comme le centre comporte des spécialistes de toutes les disciplines, rien n'est plus facile que de faire faire à notre malheureux client le tour de toutes les spécialités représentées. La plupart des examens demandés sont parfaitement inutiles, mais le malade lui-même est ravi : il a l'impression qu'on s'occupe de lui, qu'il est bien soigné et tout cela sans bourse délier, ou presque.

Je sais bien que l'abus des prescriptions n'est pas l'apanage exclusif des faux dispensaires. Les vrais dispensaires le font quelquefois, et même certaines consultations hospitalières. Tout le monde connaît le scandale de la multiplication des dossiers radiologiques, que l'on refait systématiquement chaque fois qu'un malade change de service. Tout cela a été dénoncé cent fois, jusqu'à présent sans grand résultat.

En ce qui concerne les faux dispensaires, il devrait être facile d'y porter remède. Il suffirait pour cela de leur supprimer le bénéfice du tiers payant. De temps en temps on nous annonce qu'un texte va être déposé dans ce sens. Mais les années passent et, comme sœur Anne, nous ne voyons rien venir.

En mettant fin à cette exploitation commerciale, vous obtiendrez deux résultats : d'abord, vous ferez grand plaisir aux médecins praticiens installés à proximité de ces faux dispensaires car, je puis vous l'assurer, ils apprécient peu la concurrence qui leur est faite par des médecins bénéficiant du tiers payant. L'autre résultat, et non le moindre, c'est que vous aurez, sans inconvénient pour la santé publique, permis à la sécurité sociale de réaliser des économies non négligeables.

Ma deuxième question concerne la lenteur mise par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à liquider les pensions. Je sais que cette question a déjà été l'objet de vos préoccupations. Cependant, les retards restent toujours importants. Je vous ai signalé récemment le cas d'une veuve qui a attendu huit mois le premier versement de la pension de réversion de son mari.

Lorsqu'un décès survient dans un ménage de retraités, les faibles réserves des époux ont été dépensées en frais médicaux. S'il n'y a pas d'assurance complémentaire ni de parents ou d'amis généreux, comment le conjoint survivant peut-il subsister, alors que le premier versement de la caisse de retraite met huit ou neuf mois pour arriver ? Il me serait agréable, monsieur le ministre, que vous nous donniez l'assurance qu'un effort sera fait pour une plus grande rapidité dans le règlement de ces pensions.

Pour conclure, je vous dirai toute la satisfaction que j'ai éprouvée ce matin en vous entendant annoncer des mesures très importantes dans le domaine de la vieillesse et de la maternité. Si, comme je le pense, vous portez votre effort plus sur le montant de la retraite que sur l'âge où elle peut être prise, je crois que vous avez pleinement raison ; ainsi que vous l'avez dit, ce sera la réforme la plus profonde intervenue depuis 1946. (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 Mme Thome-Patenôtre.

Mme Jacqueline Thome-Patenôtre. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, en cette première année de l'exécution du VI<sup>e</sup> Plan d'équipement et avant d'en arriver au budget qui nous est soumis, je voudrais souligner les insuffisances, sur le plan national, de l'équipement sanitaire.

Pour combler cette insuffisance, il eût fallu une enveloppe financière de 30 milliards de francs pour la durée du Plan. Le Gouvernement a autorisé une dépense globale de 12.400 millions de francs de 1971 à 1975, ce qui représente environ 40 p. 100 du coût des équipements immobiliers et mobiliers estimés nécessaires par le commissariat au Plan.

Ces faibles moyens offerts aux collectivités locales, promoteurs d'équipements sanitaires, essentiellement hospitaliers, sont

encore diminués par le fait que sur ces 12,4 milliards, un peu plus de 3 milliards de francs de travaux seulement seront subventionnés par l'Etat, ce qui réduit, effectivement, le taux de subvention de 40 p. 100 à un peu plus de 25 p. 100. La charge restante, soit 9.300 millions de francs, est répartie entre les prêts de la sécurité sociale — 2.500 millions — de la caisse des dépôts et consignations pour 2.700 millions, des collectivités locales pour 1.100 millions et, enfin, des hôpitaux eux-mêmes : 3 milliards.

Il en résulte que les établissements hospitaliers devront, pour réaliser le VI<sup>e</sup> Plan d'équipement sanitaire et social, emprunter ou prélever sur leur budget, par autofinancement, 75 p. 100 de 12.400 millions de francs.

Ainsi voyons-nous, au fil des plans, se poursuivre le transfert de charges de l'Etat aux établissements hospitaliers publics des collectivités locales.

Comme, dans le même temps, des restrictions sévères sont appliquées aux incidences budgétaires de ces charges indues, le Plan, pourtant réduit, ne peut jamais être réalisé pleinement.

Il en sera, à cet égard, du VI<sup>e</sup> Plan comme du V<sup>e</sup> : il ne sera exécuté que dans une proportion de 70 à 75 p. 100 au plus. C'est pourquoi nous demandons, monsieur le ministre, qu'un bilan des étapes de sa réalisation nous soit présenté, chaque année, en annexe à votre budget.

Dans la région parisienne, dont je suis un des élus, la situation est encore plus dégradée, s'il se peut.

Pour une population qui représente 20 p. 100 de celle du pays, les crédits accordés au titre du VI<sup>e</sup> Plan d'équipement sanitaire et social s'élèvent à un milliard de francs, soit à peine le douzième de l'enveloppe nationale.

Dans ce cadre, 724 millions iraient théoriquement au secteur sanitaire ; mais on murmure que cette somme serait encore réduite et ramenée à un peu plus de 600 millions à répartir sur cinq ans. Je veux croire qu'il n'en est rien.

Déjà, même avec 724 millions de francs, vous ne pourriez pas entreprendre la construction ou la reconstruction dans la région parisienne de plus de deux centres hospitaliers universitaires, dont nous manquons pourtant cruellement, et de deux ou trois hôpitaux généraux que nos habitants des banlieues attendent avec impatience.

En effet, la poursuite des travaux en cours, leur réévaluation en fonction de l'indice des prix du bâtiment — qui augmente de 6 à 8 p. 100 chaque année — les équipements des hôpitaux en construction, la mise en place des unités industrialisées, engagent déjà une proportion si grande des crédits du Plan que les ouvertures de nouveaux chantiers sont rares.

Selon l'expression même de M. Pallez, directeur général de l'Assistance publique à Paris, citée par le journal *Le Monde* du 21 octobre : « On constate, au total, pour la période 1960-1970, une stagnation des dépenses réelles d'équipement, c'est-à-dire une régression en francs constants. »

Certes, monsieur le ministre, vous avez pu, en quelques années, inaugurer les hôpitaux de Gonesse, Villeneuve-Saint-Georges, Montmorency, Colombes et Clamart ; certes, sont en construction les hôpitaux de Bondy, Sèvres, Longjumeau, Meaux et Saint-Denis. Mais demain quels chantiers pourront s'ouvrir ? Quels programmes d'humanisation, de suppression des salles communes seront engagés ?

A cet égard, nos préoccupations trouvent une cristallisation accrue, qui n'est pas encore au stade de votre département ministériel, dans le problème de l'équipement des villes nouvelles. Il faudra des hôpitaux, très vite, à Saint-Quentin-en-Yvelines qui se trouve dans ma circonscription, à Cergy-Pontoise, à Melun-Sénart, à Evry, à Marne-la-Vallée-Noisy-le-Grand. Grâce à quel financement seront-ils construits ? S'il s'agit de nouveaux prélèvements sur les crédits du VI<sup>e</sup> Plan déjà connus, nos villes moyennes actuelles attendront alors, à ce rythme, leur rénovation hospitalière durant quinze ou vingt ans.

Mais les investissements matériels ne suffisent pas. Encore faut-il disposer du personnel qualifié pour les servir et s'en servir.

Les investissements humains sont au moins aussi importants. Or il paraît que dans la région parisienne, 1,6 p. 100 seulement des crédits d'équipement seraient affectés à la formation professionnelle des personnels sanitaires, alors que le pourcentage prévu par le commissariat au Plan est de 6 p. 100.

Nous manquons gravement d'infirmières et de personnels spécialisés. Nous ne pouvons pas ouvrir certains services hospitaliers, faute de personnel. L'effort déjà entrepris par vos soins depuis des années, et que je tiens à reconnaître, doit être poursuivi et développé. Il faut créer de nouvelles écoles hospitalières.

Il est vrai que, dans le même temps, certains organismes avides de profits offrent au personnel infirmier des traitements bien supérieurs à ceux que les hôpitaux sont autorisés à payer. Ainsi se présente une situation choquante : une aide-anesthésiste, qui touche 2.000 francs dans un hôpital, se fait embaucher par une société de travail intérimaire ou autre, et revient à ce titre dans le même hôpital auquel elle coûte alors 6.000 francs par mois.

En effet, en raison du rythme de travail des « trois huit », l'hôpital doit recourir à plusieurs anesthésistes, surtout s'il se trouve au bord d'une grande route. Quelle est votre politique à cet égard, monsieur le ministre ?

Par ailleurs, il y a quelques mois, j'avais appelé votre attention sur la pénurie d'assistantes sociales chargées de la protection maternelle et infantile dans la région parisienne. Je disais notamment :

« Le recrutement de ces assistantes sociales, dont l'Etat prend en charge la plus grande part de traitement, le département en assurant le restant, est rendu très difficile en raison d'échelles financières nettement inférieures — de l'ordre de 30 p. 100 en moins — à celles des assistantes sociales dépendant des caisses d'allocations familiales et des caisses de la sécurité sociale, et à celles du secteur privé avec lesquelles la différence de traitement est encore plus marquée. Or l'insuffisance, voire même l'absence complète de ces assistantes sociales P. M. I. dans certains secteurs de la région parisienne porte un grave préjudice à la protection de l'enfance. »

Dans le département dont je suis l'un des élus, il manque quinze de ces assistantes sociales actuellement.

Enfin, je cherche en vain dans le budget qui nous est présenté les crédits importants nécessaires à la multiplication des crèches dont la région parisienne a tant besoin. Une crèche de soixante berceaux coûte, terrain compris, un million de francs. Quelle aide les collectivités locales peuvent-elles attendre en ce domaine ?

Ce matin même, vous avez indiqué que des crédits destinés aux crèches restaient inutilisés. Je tiens à préciser — c'est un détail, mais il a son importance pour la ville que j'administre — qu'elle est inscrite au VI<sup>e</sup> Plan pour une crèche, et que nous n'avons reçu ni rappel de cette décision ni demande de renseignements complémentaires. Le docteur Benoit a d'ailleurs signalé tout à l'heure un cas semblable.

Cela étant, vous avez tout à fait raison de décider la banalisation des réalisations pour réduire le coût excessif de chaque crèche.

Ne pourrait-on pas également simplifier les normes de base, qui sont trop élevées ? De plus, le fonctionnement des crèches devenant trop onéreux, les familles sont obligées de verser chaque jour une somme qui varie entre douze et dix-huit francs par enfant. Il conviendrait donc d'augmenter la subvention de l'Etat.

En résumé, il faudrait diminuer le prix de la construction des crèches par sa banalisation, simplifier les normes et aider les familles à placer leurs enfants car la ponction sur leurs salaires est trop lourde actuellement.

Certains orateurs ont évoqué le problème des enfants inadaptés. Permettez-moi d'ajouter que, dans ce domaine également, les crédits sont insuffisants et que, de ce fait, des centres et ateliers protégés, qui ont pourtant reçu l'agrément, ne peuvent être édifiés. Je pourrais citer le cas des centres de Saint-Cyr-l'École, dans ma région, et de Gazeran.

Quant au service de santé médico-scolaire, il se révèle peu efficient car, faute de médecin, certains enfants n'ont pas été examinés depuis des mois, voire des années. Or ces examens sont très importants pour déceler les affections des dents, des yeux, ou pour vérifier le comportement psychique des écoliers.

Pourriez-vous, monsieur le ministre, étudier ce problème et ainsi donner satisfaction aux parents et aux maîtres ?

Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, nous apprécions vos efforts pour instaurer une véritable politique sanitaire et sociale dans le pays. Mais que sont les intentions les plus louables et la volonté la plus ferme si le Gouvernement tout entier ne vous soutient pas ! (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)

**M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.** Mais il nous soutient, rassurez-vous !

**Mme Jacqueline Thome-Patenôtre.** Vraiment peu !

**M. le président.** La parole est à M. Claude-Gérard Marcus.

**M. Claude-Gérard Marcus.** Monsieur le ministre, je viens ici exprimer le point de vue des députés U. D. R. de Paris auxquels s'associent certains élus U. D. R. de la région parisienne.

Globalement, votre budget nous paraît satisfaisant.

Comment ne serions-nous pas satisfaits de voir le budget ordinaire progresser de 11,5 p. 100 et, surtout, les autorisations de programme s'accroître de 33 p. 100 ?

Pourtant nous sommes conduits à émettre de très sérieuses réserves sur certains aspects du budget d'investissement, notamment en ce qui concerne les centres hospitaliers universitaires et, plus particulièrement encore, les subventions d'investissement accordées à l'Assistance publique de Paris.

Il ne s'agit pas, dans cette affaire, d'opposer, comme on le fait trop souvent, Paris à la province. L'Assistance publique de Paris, si elle est historiquement liée à la capitale, revêt en effet un caractère à la fois régional et national, voire international.

Ce caractère national tient d'abord au fait qu'il s'agit d'une institution pilote considérable par la taille : pensez qu'en dehors du personnel médical le personnel de l'Assistance publique regroupe 55.000 personnes. Elle a aussi ce caractère national parce qu'elle est respectée dans le monde entier pour la qualité de ses médecins et parce qu'elle comporte de très nombreux secteurs médicaux d'avant-garde.

Elle a ensuite ce caractère national et international parce que sa clientèle n'est pas exclusivement parisienne. L'examen des chiffres de 1970 montre que dans les hôpitaux de l'Assistance publique environ 44 p. 100 des malades traités habitent Paris, 44 p. 100 la banlieue, 10,3 p. 100 viennent de province — ce pourcentage est en progression constante — et 2 p. 100 d'au-delà de nos frontières : il ne s'agit pas d'étrangers domiciliés en France.

Si l'on examine les statistiques des malades admis dans les services de spécialités coûteuses, le pourcentage de Parisiens n'atteint plus que 26 p. 100. Le caractère national de l'assistance publique est donc bien affirmé.

Enfin, on ne peut parler d'opposition entre Paris et la province puisque la ville de Paris subventionne des opérations de constructions d'hôpitaux *extra muros* — j'y reviendrai tout à l'heure.

Nos griefs portent essentiellement sur deux points : l'enveloppe financière qui découle du VI<sup>e</sup> Plan, l'utilisation qui en est faite.

En effet, l'enveloppe basse du VI<sup>e</sup> Plan est notoirement insuffisante pour faire face aux impératifs vitaux pour le fonctionnement et la rénovation des hôpitaux parisiens. Dans le cadre vétuste de certains, modernisation et humanisation obligent à une reconstruction sur place.

Il apparaît indispensable que, pendant la durée d'exécution du Plan, soient achevées la reconstruction de l'hôpital Bicêtre, en banlieue, et la restructuration des hôpitaux Bichat, Necker, Lariboisière et Saint-Louis, à Paris.

Alors que les autorisations de programme de l'Etat pour l'Assistance publique atteignaient 216 millions de francs dans le V<sup>e</sup> Plan et que les commissions régionale et nationale de la santé et l'Assistance publique proposaient conjointement de les porter à 230 millions de francs pour le VI<sup>e</sup> Plan, la part réservée dans celui-ci pour le centre hospitalier universitaire parisien ne serait que de 160 millions de francs.

Ce montant inférieur à l'hypothèse basse, s'il se confirme, condamnerait à repousser la restructuration de l'hôpital Saint-Louis au VII<sup>e</sup> Plan. Or, cet établissement ne peut continuer à fonctionner pendant une dizaine d'années dans les conditions actuelles s'il ne bénéficie pas d'améliorations. Sa structure rendant impossibles des aménagements successifs, il faut le reconstruire en grande partie.

En outre, la reconstruction partielle de l'hôpital Necker figure sur une liste complémentaire, dont le sort paraît incertain pendant le VI<sup>e</sup> Plan.

Il semblait pourtant admis que le pourcentage réservé dans le V<sup>e</sup> Plan à la région parisienne au titre de l'enveloppe financière du C. H. U. — environ 25 p. 100 — correspondait à l'importance réelle de l'Assistance publique dans l'ensemble des C. H. U. Les chiffres retenus par le ministère de la santé publique pour le VI<sup>e</sup> Plan réduisent cette proportion à environ 18 p. 100.

Non seulement les chiffres retenus, inférieurs même à l'hypothèse basse du Plan, sont insuffisants, mais encore — ce qui est pire et constitue notre second grief — ils ne sont même pas respectés !

Dans l'hypothèse déjà détestable de 160 millions de francs de subvention en cinq ans, l'Assistance publique devrait recevoir chaque année 32 millions. J'entends bien qu'il s'agit d'une moyenne et que la dotation peut varier d'une année à l'autre. Mais les deux premières années d'application du Plan augurent mal de l'avenir.

En effet, le montant de la participation de l'Etat aux investissements de l'Assistance publique est de 25 millions de francs pour 1971, et si l'on s'en tient à votre projet de budget, elle ne sera que de 18 millions de francs pour 1972. C'est déjà un retard de 21 millions de francs en deux ans, fort inquiétant pour l'avenir.

Sur les années 1971-1972, la région parisienne aura obtenu, si nous en restons là, moins de 12 p. 100 du total des investissements au titre des C. H. U. en France. Pour 1972, ce montant serait seulement de 8 p. 100.

Pour mieux apprécier ces dotations, rappelons l'évolution en chute libre des participations de l'Etat aux budgets d'investissements de l'Assistance publique au cours des années passées : en 1965, 69.100.000 francs ; en 1966, 27 millions ; en 1967, 55.700.000 ; en 1968, 46.300.000 ; en 1969, 19.400.000 ; en 1970, 34 millions. Et la chute s'accélère : 25 millions en 1971 et 18 millions en 1972 ! Ces sommes sont données en francs courants et non en francs constants : la dégradation est donc encore plus forte qu'elle n'apparaît à première vue.

Le caractère brutal de cette chute est encore mieux mis en lumière lorsqu'on constate — avec plaisir cette fois — que les autorisations de programme croissent de 33 p. 100 cette année.

A cette dégradation des investissements s'ajoute la menace de voir les autorités de tutelle suivre les recommandations du ministère de l'économie et des finances en écrasant la hausse du prix de journée, ce qui peut se comprendre à bien des égards mais se traduit en pratique par l'échenillage, dans chaque budget d'hôpital, des crédits d'entretien, seul secteur où l'on puisse procéder à des abattements. En effet, on ne peut en réaliser ni sur la nourriture ni sur les salaires. Restent alors les travaux d'entretien, c'est-à-dire ce qui donne un caractère vivable à un hôpital et constitue la base de son humanisation.

Comprenez, monsieur le ministre, l'inquiétude des élus parisiens, d'autant que votre choix paraît injuste. En effet, depuis dix ans, la ville de Paris a consenti sur son propre budget d'investissement un effort très important en faveur de l'assistance publique : 545 millions de francs de 1960 à 1970 alors que les subventions de l'Etat dépassaient à peine 592 millions de francs.

Cet effort était particulièrement désintéressé puisque les opérations les plus importantes ont été réalisées hors de Paris. Il y a quelques jours encore, monsieur le ministre, vous inaugurez à Clamart un magnifique hôpital à la construction duquel la ville de Paris a participé.

Vos choix paraissent d'autant plus injustes que votre ministère réduit ses participations au moment même où sont envisagées des opérations indispensables pour les hôpitaux de Paris, dont la vétusté n'est plus à démontrer.

Monsieur le ministre, le caractère désastreux de ces choix et l'inquiétude qu'ils suscitent conduiraient les élus de la capitale à ne pas voter votre budget si la certitude d'une révision ne leur était pas apportée.

Je sais bien qu'un rattrapage est espéré grâce au projet de collectif pour 1971 dans lequel on voudrait inscrire une première tranche des travaux de l'hôpital Bichat. Mais jusqu'à présent, nous n'avons obtenu aucune assurance à ce sujet. Nous n'avons devant les yeux que votre projet de budget.

Celui-ci peut être modifié. C'est d'ailleurs le rôle de la discussion budgétaire, qui doit permettre de corriger les défauts du projet qui nous est soumis.

Ne pas voter votre budget, monsieur le ministre, n'est pour nous ni une solution souhaitable ni une solution plaisante, car nous apprécions et votre personne et votre action. Nous le ferions cependant si satisfaction ne nous était pas donnée parce que nous croyons à la nouvelle société. La réaliser, c'est améliorer la qualité de la vie. Cela ne peut se faire si, peu à peu, se dégradent les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins médicaux.

Comprenez-le, monsieur le ministre. L'opinion publique n'est pas insensible à ce qui se passe dans la capitale. Quelles que puissent être les réalisations exécutées dans toute la France, la presse nationale jugera souvent des progrès de la vie hospitalière, de l'amélioration de l'accueil des malades, de l'humanisation, sur l'état de certains grands hôpitaux parisiens parce qu'ils ont un caractère pilote, mais elle en jugera aussi sur leur état de misère.

Monsieur le ministre, j'espère que vous apporterez aux hôpitaux parisiens l'assurance qu'après avoir été pendant des décennies l'avant-garde de la médecine française, ils n'en seront pas la lanterne rouge. (Applaudissements sur plusieurs bancs de l'union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

**M. le président.** La parole est à Mme Solange Troisier.

**Mme Solange Troisier.** Monsieur le ministre, mes chers collègues, ce débat sur le budget de la santé publique s'ouvre dans une atmosphère de malaise, voire de crise, dans les rapports entre le ministère de la santé publique et une partie importante du corps médical, du corps médical hospitalier en particulier.

A côté de la vitesse de croisière qui ne cesse de prendre du retard au regard des besoins réels, deux faits importants ont marqué cette année budgétaire : la loi hospitalière, dont les tentatives d'application ne vont pas sans difficulté ; la loi autorisant la signature de conventions entre les médecins et les caisses de maladie de la sécurité sociale, qui donne lieu à de nombreuses controverses et imprécisions.

Différents faits importants ont de nombreuses incidences financières qui semblent retarder la mise en place des textes, par suite du veto permanent et habituel du ministère des finances.

Dans le domaine hospitalier, les crédits prévus nous semblent très insuffisants pour rattraper le retard et même pour assurer le programme prévu, si réduit soit-il. Nombre de réalisations urgentes ne sont pas inscrites au Plan et sont renvoyées chaque fois au suivant.

Monsieur le ministre, vous nous avez annoncé ce matin une augmentation notable des crédits destinés à la formation des élèves infirmières et autres auxiliaires médicaux. Cela constitue indiscutablement une amélioration, mais il ne faudrait pas, après avoir augmenté le nombre des nouvelles diplômées, les laisser s'évader immédiatement de leur nouvelle profession.

En effet, il nous paraît difficilement possible, à la suite de vos déclarations, d'obtenir enfin pour les infirmières des traitements décents, tenant compte de leur travail ingrat, de leur qualification poussée, des horaires si particuliers et des astreintes spéciales qui leur sont imposées.

Cependant, seul un vrai reclassement de ce personnel permettrait de remédier à la pénurie d'infirmières en qualité et en quantité. Cette pénurie, oserai-je vous le rappeler, monsieur le ministre, paralyse les hôpitaux existants et retarde de façon importante le plein emploi des nouvelles réalisations.

Ce problème se pose avec acuité dans la région parisienne et dans le département du Val-d'Oise en particulier, notamment à Sarcelles, Villiers-le-Bel et Gonesse où la population ouvrière ne cesse de croître sans que les besoins de santé soient satisfaits pour autant.

Les attachés et assistants à temps partiel de nos hôpitaux, centres hospitalo-universitaires ou non, verront-ils paraître le décret concernant leurs statuts et recevront-ils enfin les satisfactions légitimes qu'ils sont en droit d'attendre ?

Les chefs de service ne sont pas plus favorisés devant l'absence persistante de solution financière et réglementaire concernant les astreintes de garde, c'est-à-dire la qualité des soins qui domine l'activité hospitalière : sauver la vie des gens qu'on amène d'extrême urgence à l'hôpital.

Où ou non, va-t-on faire cesser le scandale des astreintes de garde, celui-ci atteignant son maximum dans les hôpitaux les moins importants où l'équipe médicale est la plus réduite en nombre ? Dans ces hôpitaux, certains praticiens peuvent être prisonniers d'une astreinte de vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et ce pendant onze mois !

Où ou non, consentirez-vous, monsieur le ministre, à appliquer le droit à récupération des gardes, droit formellement reconnu par l'arrêté du 25 septembre 1963 ?

Où ou non, allez-vous continuer à mépriser les impératifs de la fatigue humaine et la baisse inéluctable d'attention et de précision qu'elle entraîne ? La solution consiste moins dans un plafonnement des émoluments que dans une limitation du nombre d'actes, grâce à l'établissement d'une garde « en second ».

Méconnaître ces impératifs, c'est aller à l'encontre de la qualité véritable des soins d'urgence.

Où ou non, monsieur le ministre, allez-vous mettre fin au refus systématique de toute indexation ou revalorisation des indemnités de garde ?

L'iniquité du système actuel est soulignée par le simple exemple suivant : un chirurgien de garde est appelé au milieu de la nuit pour une perforation digestive, par exemple. Cet acte chirurgical sera honoré par une vacation de quelques dizaines de francs, vacation dépourvue de toute garantie d'indexation.

Or, d'une part, cet acte, que l'hôpital a, en quelque sorte, acheté en gros et à faible prix au chirurgien, va être revendu au détail à la sécurité sociale, qui le paiera selon le tarif des lettres clés, soit dix fois plus cher.

D'autre part, ce remboursement, la sécurité sociale est obligée de le revaloriser selon une procédure réglementaire : celle de

l'article 4, quatrième alinéa, du décret du 21 septembre 1960, sans que cette revalorisation soit étendue au chirurgien qui a assumé la responsabilité entière de l'acte.

Nous nous permettons de vous rappeler, monsieur le ministre, que l'indexation obligatoire des lettres clés hospitalières aux lettres clés des tarifs conventionnels n'a toujours pas été appliquée depuis dix-huit mois et ce, en contradiction formelle avec la législation en vigueur.

La loi autorisant la signature de conventions entre les médecins et les caisses maladie de la sécurité sociale, sur laquelle nous avons fait, en son temps, les plus vives réserves quant à son contenu et à ses possibilités d'application réelle, a donné lieu à la signature d'une convention entre les trois représentants des caisses et le seul docteur Monier pour les médecins, les autres formations syndicales faisant de nombreuses objections au texte actuel.

Le texte et les arrêtés d'autorisation des ministres concernés ont été publiés au *Journal officiel* du 31 octobre dernier, ce qui ressemble un peu à une exécution effectuée à la dernière heure pour ne pas dépasser la date fatidique du 1<sup>er</sup> novembre prévue par la loi.

Il nous semble capital d'appeler l'attention sur les malentendus et les confusions entraînés par les divers communiqués ou articles parus dans la grande presse, en particulier sur le communiqué du 27 octobre du bureau du conseil national de l'ordre des médecins où il était simplement déclaré : « le bureau du conseil national de l'ordre des médecins prend acte des propositions positives permettant de rapprocher de façon très importante les dispositions du texte conventionnel avec les observations déontologiques présentées par l'ordre des médecins ».

Il adresse au ministre ces dernières réflexions à ce sujet et lui présente quelques mises au point ou précisions nécessaires afin de lever toute ambiguïté et de faire tomber ses dernières réserves déontologiques devant le texte modifié du projet de convention actuellement adopté par la caisse nationale d'assurance maladie.

Nous ne trouvons rien dans ce communiqué qui ait pu être considéré ou interprété par la presse comme une acceptation ou une bénédiction totale, complète et définitive de ladite convention par le conseil de l'ordre. Le moins qu'on puisse dire est que celui-ci a été constamment tenu en « bordure » de toutes les véritables négociations et que, de ce fait, ses remarques n'ont pu être comprises ni retenues. Le conseil de l'ordre a d'ailleurs publié un rectificatif le jour même.

Il sera donc difficile dans l'avenir de le tenir pour responsable des conséquences plus ou moins désastreuses qui pourraient en résulter en ce qui concerne la qualité des soins dispensés aux malades.

Précisons que lorsque ce communiqué est paru dans la presse, le texte de l'arrêté et de la convention était déjà à la composition à l'imprimerie du *Journal officiel*.

Il aurait été cependant souhaitable que les signataires de la convention tiennent compte, dans leur rédaction définitive, des promesses et des affirmations que vous avez faites, monsieur le ministre — lesquelles auraient été bien accueillies par le conseil de l'ordre — pour assurer au texte une conformité juridique réelle.

Monsieur le ministre, il est un sujet qui intéresse non seulement les adultes mais aussi les futures générations, et dont vous n'avez pas parlé ce matin : c'est celui de la législation sur l'avortement.

Si ce problème a été de nombreuses fois évoqué dans cet hémicycle et dans la presse, il n'en reste pas moins vrai qu'aucune solution précise et définitive n'a été adoptée.

Je vous demanderai de bien vouloir préciser à cette tribune quelle est votre position sur ce point.

Envisagez-vous une législation réglementant l'avortement socio-économique ou, au contraire, voulez-vous laisser aux seuls médecins leurs pleines responsabilités en ce domaine ?

Personnellement, nous serions d'accord pour élargir les indications de l'avortement médical thérapeutique, ce qui nous paraît la seule solution de nature à apporter un apaisement aux nombreuses consciences traumatisées par ce problème. Celui-ci reste essentiellement moral et médical, et en aucun cas législatif.

Notre position, lors du vote, dépendra essentiellement de vos réponses aux questions d'actualité brûlante que nous vous avons posées, à savoir : le rattrapage du retard hospitalier, l'amélioration du traitement des infirmières, le statut des attachés et assistants à temps partiel ; la solution tant attendue du problème des astreintes de garde ; la revalorisation légale des lettres clés hospitalières.

Nous attendons aussi de connaître votre opinion sur le rôle de l'ordre des médecins et des syndicats non signataires, ainsi que votre position sur l'avortement.

Monsieur le ministre, il est temps que les promesses plus ou moins précises et maintes fois répétées soient enfin concrétisées par leur vraie réalisation. Alors, nous voterons votre budget. (*Applaudissements sur divers bancs de l'union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.*)

**M. le président.** La parole est à M. René Chazelle.

**M. René Chazelle.** Monsieur le ministre, je voudrais appeler votre attention sur la situation de nos compatriotes les plus défavorisés.

En premier lieu, j'évoquerai le sort des personnes âgées de condition modeste sur trois plans : d'abord sur celui de leurs ressources ; ensuite, sur celui des avantages liés à ces ressources ; enfin, sur celui de leurs conditions générales de vie dans la société française actuelle.

Il faudrait — et ce sera ma remarque liminaire — que soit établie sans tarder la charte des personnes âgées. Nous trouverions dans ce document des éléments permettant de mettre sur pied un budget type et d'établir un contrat véritablement social entre la collectivité et ceux que les ans ont atteints.

Ma première remarque portera sur les ressources des personnes âgées. Pour un très grand nombre d'entre elles la préoccupation dominante est celle du niveau de vie. Or le Gouvernement nous annonce qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972, le minimum vital sera fixé à dix francs par jour. Mais avec cette somme, il faudra vivre, acheter la nourriture, payer le loyer, le chauffage, l'éclairage.

Selon nous, il n'y a pas lieu d'être satisfait de la politique suivie dans ce domaine. Dix francs par jour, ce n'est pas un minimum vital. Peut-être cela l'aurait-il été à l'époque où le président Laroque a publié le rapport des travaux de sa commission d'étude. Mais vous avez appliqué ses recommandations avec un tel retard que les dix francs de l'époque, dévalués et obérés par la hausse des prix, sont devenus aujourd'hui vingt ou vingt-cinq francs. Il faudrait donc doubler cette somme pour offrir enfin aux personnes âgées un minimum de ressources décent.

**M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.** Monsieur Chazelle, ne permettez-vous de vous interrompre ?

**M. René Chazelle.** Je vous en prie.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, avec l'autorisation de l'orateur.

**M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.** Monsieur Chazelle, lorsqu'on cite le rapport Laroque, qui constitue, en effet, un remarquable document établi en 1962 — et j'invite les membres de l'Assemblée à le relire — on oublie toujours de rappeler que, s'il proposait d'augmenter le minimum de ressources garanti aux personnes âgées, il suggérait aussi de retarder l'âge de la retraite, ce qui, d'ailleurs, rendait cohérent l'ensemble des propositions formulées.

Si telle est votre opinion, monsieur Chazelle, demandez que l'on applique intégralement le rapport Laroque.

**M. René Chazelle.** Je me réfère aussi aux observations de M. Bloch-Lainé et je relirai le rapport Laroque, mais je ne mets pas en doute votre affirmation.

Il faudrait instaurer aussi une retraite minimale indexée sur le S. M. I. C. et tendant à s'en rapprocher, accroître le coefficient applicable à la deuxième personne au foyer et revoir l'ensemble du problème des pensions de réversion.

J'en viens maintenant au second point de mon intervention qui a trait aux avantages liés aux ressources.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 1972, le plafond ouvrant droit à l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité sera relevé de quelques dizaines de francs, mais il restera inférieur à 4.000 francs pour une personne seule et à 8.000 francs pour un ménage.

Or, mesdames, messieurs, c'est une allocation qui, au fil des ans, est devenue pour les personnes âgées la base d'un certain nombre d'avantages complémentaires.

Voici les principaux d'entre eux.

Etre allocataire du Fonds national de solidarité, c'est être assuré : d'être dégrevé d'office de la contribution foncière et de la contribution mobilière ; d'être dégrevé d'office de la taxe pour frais de chambre de métiers ; d'être dégrevé d'office de la redevance de radio-télévision et de percevoir, dans certains cas, l'allocation-logement.

A contrario, ne pas être allocataire, c'est payer la totalité, ou presque, de ces charges.

Or quiconque dispose de plus de 4.000 francs par an doit acquitter la contribution foncière, une partie de la contribution mobilière, la redevance de télévision. Cela représente des sommes importantes, car les impôts locaux sont de plus en plus lourds et augmentent à un rythme infiniment plus rapide que les plafonds de ressources du Fonds national de solidarité.

Il existe même des anomalies flagrantes. Je prendrai seulement l'exemple de la redevance de l'O. R. T. F.

La redevance radio n'est pas payée par les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et non imposables sur le revenu ; mais celles-ci doivent payer la redevance télévision, dans laquelle est incluse la redevance radio, soit 120 francs, à moins qu'elles ne perçoivent l'allocation du Fonds national de solidarité.

Les ressources de plus en plus importantes que procure la publicité télévisée devraient vous permettre, monsieur le ministre, de consentir ce modeste sacrifice en faveur des vieux.

Ainsi — et c'est un paradoxe — en déduisant ces charges, les non-allocataires du Fonds national de solidarité disposeront de ressources inférieures aux dix francs par jour que touchent les allocataires.

Aussi, monsieur le ministre, devient-il urgent de réexaminer les conditions dans lesquelles sont accordés ces dégrèvements, en les liant non plus au critère du Fonds national de solidarité, mais à celui du paiement de l'impôt sur le revenu.

Enfin, j'aborde le troisième point de mon propos, qui a trait aux conditions générales de vie.

Ce qui préoccupe essentiellement les personnes âgées, surtout celles qui sont de condition modeste, c'est le logement et ses corollaires, l'isolement et la solitude.

Or, en dépit des demandes répétées des uns et des autres, les offices d'H. L. M. n'ont pas encore pu obtenir les crédits nécessaires pour réaliser des programmes spéciaux en faveur des personnes âgées ou pour réserver, dans leurs programmes normaux, certains logements aux vieillards de condition modeste sans, pour autant, porter atteinte au droit au logement des citoyens moins âgés.

Les personnes âgées sont donc contraintes de vivre dans les logements les plus anciens, les plus inconfortables, les plus insalubres. Elles sont les victimes toutes désignées de la spéculation immobilière, de la rénovation urbaine. Elles sont nombreuses, parmi les expulsés qu'il est impossible de reloger parce que leurs ressources ne leur permettent pas de payer un loyer, même tempéré par l'allocation de logement.

Dès lors, le seul recours est l'asile, l'hôpital, ou encore la maison de retraite, pour les plus favorisés, mais les places y sont rares. De surcroît, les maisons de retraite sont parfois vétustes, en dépit de l'effort des collectivités locales et des organisations charitables.

**M. Pierre Mauger.** Il ne faut pas exagérer !

**M. René Chazelle.** La vie y est sinistre, la vieillesse n'y est jamais heureuse, le désespoir est le lot commun.

Il faut, et tel est le vœu de la majorité des personnes âgées, que se développe l'aide à domicile, à la ville, dans l'appartement où, souvent, s'est écoulée leur existence, ou à la campagne.

Il faut aussi accorder une aide aux familles soignantes qui cohabitent avec les personnes âgées, et assouplir les conditions de l'allocation-foyer.

En quoi les crédits prévus au titre du budget de 1972 apporteront-ils une amélioration sur tous ces points, monsieur le ministre ? Telle est la question que je me pose et que se posent aussi tous ceux qui, dans cette Assemblée, sont préoccupés par la situation des personnes âgées.

En quoi votre budget va-t-il simplifier les formalités compliquées, épuisantes, dont parlait mon ami le docteur Saint-Paul, formalités que l'on exige des personnes qui sollicitent le moindre avantage, la moindre allocation, qui souhaitent être dispensées — je songe aux commerçants et aux artisans âgés — des versements de cotisations sociales ?

En quoi, mesdames, messieurs, les crédits qui figurent à ce projet de budget — que, pour notre part, nous ne voterons pas — amélioreraient-ils, en 1972, cette « qualité de vie », dont le Premier ministre nous parle sans cesse comme s'il avait du remords ou du regret de la voir s'éloigner chaque jour un peu plus des réalités ?

En quoi, enfin, ce budget sera-t-il celui de la solidarité, alors que dix francs par jour, ce n'est même pas, ce n'est même plus la charité ?

J'en arrive à d'autres problèmes qui me tiennent à cœur. Je les examinerai rapidement.

Et d'abord, celui des handicapés.

Des prestations supplémentaires leur sont attribuées en vertu d'une loi récemment votée.

Elles sont les bienvenues, mais leur taux reste modique, si l'on considère la détresse d'un grand nombre de personnes seules ou de familles.

Aussi, monsieur le ministre, je souhaite que vous fassiez le point sur l'application de ces nouvelles dispositions et que vous nous fassiez part de vos intentions au sujet du taux des allocations et des prestations, afin que le niveau de vie des handicapés et de leur famille n'accuse pas un nouveau retard en 1972.

Autre problème : celui des femmes seules chargées de famille. La principale association, celle des veuves civiles chefs de famille, nous communique régulièrement leurs revendications. Un grand pas a été franchi lorsque l'allocation pour orphelin a été créée. Mais le taux de cette allocation était peu élevé à l'origine. Où en est, monsieur le ministre, l'application de cette loi et qu'avez-vous prévu, au titre de 1972, pour majorer cette allocation ?

Je ne reprendrai pas les autres revendications des femmes seules. Elles vivent souvent une grande détresse et méritent la sollicitude des pouvoirs publics. Avez-vous d'autres projets en leur faveur, et lesquels ? Car je n'ai rien trouvé de convaincant à cet égard dans votre projet de budget.

Deux questions concernent des régimes de protection sociale, sur lesquels vous n'avez peut-être pas directement autorité, mais sur lesquels vous avez néanmoins un droit de regard : celui des agriculteurs, d'une part, et celui des commerçants et artisans, d'autre part.

En premier lieu, les agriculteurs.

J'appelle l'attention du Gouvernement sur l'excessive rigueur des caisses de mutualité sociale agricole en ce qui concerne les demandes de mise en invalidité. Les agriculteurs ont le sentiment profond d'être victimes d'une discrimination, car il est plus difficile d'obtenir l'invalidité agricole que l'invalidité du régime général.

Certes, les caisses ne sont pas en cause ; elles appliquent simplement une réglementation et des critères différents.

Pourquoi cette situation, et que comptez-vous faire pour harmoniser dans un sens favorable les diverses législations ?

Quant aux commerçants et artisans, il y aurait encore beaucoup à dire sur l'application de la loi du 12 juillet 1966, modifiée par celle du 6 janvier 1970. Les intéressés considèrent qu'ils ont avec vous un contentieux non réglé. Vous le connaissez. Nous avons eu l'occasion de vous faire part, à plusieurs reprises, de notre opinion à son sujet. Je n'insiste donc pas.

Mais il y a tout de même des cas choquants que l'on ne peut passer sous silence. Celui de l'épouse d'un commerçant moins âgé qu'elle est de ceux-là.

Dans ce cas, en effet, la femme doit, pour bénéficier de la retraite de son mari, attendre que celui-ci atteigne l'âge de soixante-cinq ans.

Pourquoi cette réglementation, et que comptez-vous faire pour mettre un terme à cette injustice ? Je reprendrai ce problème, si vous le voulez, par le biais d'une question orale.

Telles sont les brèves observations que je voulais présenter à cette tribune à l'occasion de l'examen de ce projet de budget.

J'y ai été incité par deux motifs.

Le premier, c'est la persistance de certaines injustices dans notre société moderne. Il nous est impossible de continuer à les accepter, voire à les tolérer.

Le second motif, c'est que le Gouvernement nous a dit, lors du vote du VI<sup>e</sup> Plan, que tous les « marginaux », que tous les défavorisés de la vie moderne seraient enfin aidés, non par charité mais par justice. Or le VI<sup>e</sup> Plan, c'est votre programme de gouvernement pour les prochaines années.

Il était donc normal que je vous demande, monsieur le ministre, où vous en êtes de vos engagements, à l'occasion de l'examen de l'un de ces cinq budgets qui devraient être la vivante expression de la solidarité nationale. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.)

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Barrot.

**M. Jacques Barrot.** Monsieur le ministre, attentif à l'action dynamique et courageuse que vous poursuivez à la tête de ce ministère de la santé, comment pourrais-je ne pas me réjouir des aspects positifs de ce projet de budget ?

Je soulignerai à mon tour le fort accroissement des autorisations de programme. Puisse-t-il être de bon augure pour le VI<sup>e</sup> Plan !

Mais, au-delà des efforts présents, il reste beaucoup de chemin à faire pour mettre en œuvre une vraie politique de la santé, dotée des moyens indispensables. Il est vrai que nous avons pris certains retards dont les conséquences risquent, à la longue, de se révéler fort graves.

A la suite de l'excellent rapport du docteur Peyret, j'évoquerai la situation des hommes qui sont chargés de mettre en œuvre cette politique sanitaire ; ensuite, à propos de la politique à l'égard du troisième âge, j'aborderai le grand problème du budget social de la nation. Il convient, en effet, de faire preuve de lucidité sur ces deux plans.

Madame le secrétaire d'Etat, mon collègue et ami M. Jacques Fouchier, président du groupe parlementaire d'études qui se préoccupe du sort des handicapés, m'a chargé de vous rappeler l'importance qu'il attache aux problèmes relatifs aux handicapés, problèmes consignés dans un mémoire qu'il vous a remis. Je tenais à m'acquitter de cette mission.

Monsieur le ministre, ce n'est pas mettre en accusation les fonctionnaires de votre département que de souligner l'insuffisance numérique et qualitative du personnel. Bien au contraire, ils n'en ont que plus de mérite d'essayer de faire face à des attributions sans cesse croissantes.

Certes, les remaniements successifs, ainsi que les réorganisations intérieures du ministère, ont peut-être parfois compliqué, dans un premier temps, l'adaptation du personnel aux nouvelles structures et provoqué des doubles emplois.

En réalité, tout cela ne doit pas dissimuler ce que j'appellerai un état de sous-développement de certains services de votre administration centrale. Le rapport de M. Peyret fait allusion à ces chefs de bureau solitaires, démunis des adjoints nécessaires.

On reste un peu rêveur quand on connaît l'importance des réformes, des remises en ordre que vous avez courageusement décidé de mener à bien.

La réforme hospitalière marque un tournant important. Encore doit-elle être assortie des textes d'application nombreux qui lui permettront de devenir réalité. Sinon, les meilleures intentions resteraient sans résultat.

Certes, monsieur le ministre, vous avez conscience de cette situation, et le budget prévoit enfin des créations d'emplois. Mais il reste à poursuivre cet effort, à attirer vers les services de la santé publique de jeunes administrateurs de qualité, sortis notamment de l'Ecole nationale d'administration.

Si nous nous tournons vers les services extérieurs, nous devons souligner les grandes insuffisances numériques d'un personnel très dévoué, très au fait des besoins concrets, insuffisances qui paraissent graves si on lit le rapport du groupe de travail sur la prospective de la santé.

L'accent y est mis sur la prévention : il s'agira de plus en plus, nous dit-on, de dominer l'ensemble des problèmes que posent les nuisances, d'assurer le contrôle de tout ce qui comporte un risque de nocivité pour la population. Mais il appartient au médecin administrateur de la santé d'exercer la fonction de coordination, sans laquelle toute action de prévention serait forcément fragmentaire et discontinue, donc inefficace.

Je passe sur les suggestions précises du rapport quant à la définition d'une véritable hygiène du monde moderne. En regard de ces recommandations, nous connaissons la situation critique du corps de médecins de santé publique.

Certes, vous mettez en œuvre un nouveau dispositif. Encore faudra-t-il une revalorisation réelle des indices de départ pour attirer des candidats de qualité dans ce corps des médecins de puissance publique.

En ce qui concerne la médecine scolaire, la création d'un corps de médecins contractuels arrêtera-t-elle le déclin d'un service dont le rôle demeure essentiel ? La question reste posée.

Quant aux assistantes sociales du secteur public, qui se consacrent entièrement à des tâches d'éducation et de prévention, elles sont quelquefois affectées à des secteurs trop étendus. Leurs rémunérations se trouvent également à la traîne.

Ces remarques ne constituent pas une critique à l'adresse du ministre de la santé : au contraire, elles sont destinées à l'aider à convaincre M. le ministre des finances que l'on ne peut pas mener une politique de la santé sans « quadriller », sans tenir le terrain, surtout quand on veut faire prendre des tournants à une politique, comme vous avez eu le courage de le proposer.

Je veux maintenant jeter un cri d'alarme.

Dans certains centres hospitaliers régionaux, les commissions administratives s'inquiètent de la difficulté du recrutement de certains spécialistes : anesthésistes, radiologues, pharmaciens, notamment.

Il faut, sans doute, hâter les décisions de création de postes de médecins à plein temps. Si l'administration centrale a raison de contrôler, elle tarde parfois trop à donner son approbation.

Peut-être s'agit-il aussi de modifier les méthodes de qualification et de sélection des candidats aux postes en cause ; je songe, en particulier, aux listes d'aptitude qui tardent à paraître.

Il est certain que l'administration doit se décider plus vite au sujet du statut et de la rémunération de ces praticiens. Par exemple, certains retards affectent la publication des textes concernant les médecins assistants des hôpitaux à temps partiel, les attachés et les médecins psychiatres.

Je vous demande, monsieur le ministre, de bien vouloir me répondre à propos de ce problème du recrutement des médecins hospitaliers.

En ce qui concerne le personnel paramédical, les infirmières, j'ai écouté avec attention ce que vous nous avez déclaré, madame le secrétaire d'Etat : vous ne manquez pas de candidatures.

Mais il doit tout de même se poser un problème quant aux rémunérations et, surtout, aux conditions de travail qui sont faites à ce personnel.

Il est certain que, souvent, dans un centre hospitalier régional, même situé dans un environnement rural, les infirmières cessent leur activité après quelques années seulement d'exercice de la profession. Il faut parfois recourir à des systèmes privés pour assurer le recrutement, mais ce procédé est certainement préjudiciable à l'hôpital public.

L'humanisation de l'hôpital, à laquelle vous êtes très attachée, dépend avant tout du nombre et de la qualité du personnel soignant.

D'autre part, monsieur le ministre, chacun prend maintenant conscience de la nécessité d'une politique du troisième âge à la mesure des besoins.

A cet égard, je constate, comme l'ont déjà fait plusieurs orateurs, que ce projet de budget marque des progrès. Il faut encore essayer de se rapprocher du S. M. I. C. pour faire en sorte que le « minimum vieillesse » ait vraiment une signification.

Comme les rapporteurs, j'approuve la politique que vous voulez amorcer, tendant au maintien des vieillards à domicile, dans le cadre d'une sectorisation.

Toutefois, les projets en cours d'étude ne seront-ils pas abandonnés ? Dans tels départements, des projets de maisons de retraite ont été approuvés il y a plusieurs années déjà, mais le financement se fait toujours attendre. Il serait absurde d'en abandonner purement et simplement la réalisation.

Si la sectorisation avec hiérarchisation des équipements a tout son sens en milieu urbain, elle exige, en milieu rural, une certaine souplesse. Sinon, les vieillards privés de leur autonomie de vie seront astreints à un exil définitif, loin de chez eux.

Enfin, il ne faut pas se dissimuler que cette politique de maintien à domicile des personnes âgées exigera un recrutement considérable de personnel.

Vous savez à quelles difficultés se heurte le recrutement des travailleuses familiales ou des aides familiales rurales. Or, pour ne parler que de ces dernières, il est déjà très difficile de prendre correctement en charge leur activité au service des familles. Il faudra donc susciter de véritables vocations.

Abandonner une politique de construction systématique de maisons de retraite, qui serait trop coûteuse, n'a de sens que si, en contrepartie, un vaste effort de recrutement est entrepris. Sans doute trouvera-t-on des personnels bénévoles, des animateurs de club, auxquels il faut rendre hommage, mais il restera encore à recruter un nombreux personnel qualifié.

En ce qui concerne les prestations, je ne reviens pas sur les satisfactions que peut nous procurer le projet de budget, satisfactions qui, bien que limitées, ne doivent tout de même pas être passées sous silence.

Je voudrais attirer votre attention sur un problème que vous connaissez très bien, monsieur le ministre : celui de certains régimes où la solidarité professionnelle ne suffit plus, et pour lesquels il faudra, à bref délai, recourir à la solidarité nationale.

Au premier rang se trouve le régime des travailleurs non salariés, où la proportion actifs-retraités est très inquiétante.

Le projet de budget pour 1972 prévoit un doublement de l'avance à la caisse vieillesse du régime des non-salariés. Mais au-delà de ces mesures conservatoires, il faut aboutir à une refonte du système pour faire jouer, cette fois-ci, la solidarité nationale.

Et je me réfère, monsieur le ministre, aux propos que vous avez tenus, en juin 1970, au congrès de l'Organic, selon lesquels nous devons tendre vers un système de base unique, afin d'établir

une retraite minimum pour tous, à laquelle viendront, bien sûr, s'ajouter des régimes complémentaires fonctionnant dans un cadre professionnel.

Dans nos communes rurales, cette inégalité devant la retraite est de plus en plus ressentie comme une injustice par les intéressés : je pense en particulier aux artisans et aux petits commerçants qui, par ailleurs, ne peuvent que difficilement négocier leur fonds de commerce lorsqu'ils se retirent. Il faudrait donc que vous puissiez les rassurer en confirmant solennellement la volonté déterminée du Gouvernement de promouvoir rapidement les réformes nécessaires, susceptibles d'apporter à leurs problèmes une solution d'ensemble.

**M. Pierre Mauger.** Très bien !

**M. Jacques Barrot.** Parmi toutes les questions qui ont pu vous être posées aujourd'hui, monsieur le ministre, puisse celle-là retenir toute votre attention !

Je sais que vous avez été l'instigateur de la commission Barjot. Il importe de poursuivre l'œuvre entreprise. Sans doute en êtes-vous déjà convaincu.

Mais il est vrai que, pour réformer, pour faire accepter aux Français le coût de ces réformes, il faut pouvoir leur dire toute la vérité.

Je conclus en souhaitant, avec M. Icart, qu'en 1972 l'occasion soit enfin donnée à notre Assemblée d'examiner un document qui fasse apparaître nettement l'évolution des prestations sociales et la situation des divers régimes.

Cet effort de lucidité permettrait sans doute au Parlement de mieux jouer son rôle en la matière. Notre rôle, à nous, est de traduire le plus fidèlement possible les besoins des Français, et aussi de dire courageusement à quel prix ces besoins pourront être satisfaits dans la justice.

A cet égard, monsieur le ministre, je pense qu'un Parlement mieux informé devrait pouvoir vous aider dans la lourde tâche à laquelle vous vous êtes courageusement consacré et pour l'accomplissement de laquelle je vous redis notre confiance. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Progrès et démocratie moderne, du groupe des républicains indépendants et de l'union des démocrates pour la République.)*

**M. le président.** La parole est à M. Robert Menu.

**M. Robert Menu.** Monsieur le ministre, le budget de la santé publique que vous nous présentez aujourd'hui est très certainement, dans l'ensemble, un bon budget. Les dispositions que vous allez prendre, les projets de loi que vous nous présenterez prochainement marquent l'effort le plus important qui ait été accompli en matière sociale depuis la Libération.

Nous devons sincèrement vous féliciter pour l'action que vous voulez entreprendre concernant l'allocation de vieillesse, l'allocation de logement, les pensions, l'assurance vieillesse des non-salariés non agricoles, la mise à la retraite à soixante ans des anciens prisonniers de guerre, la cotisation vieillesse prise en charge par les allocations familiales pour les femmes bénéficiaires de l'allocation de salaire unique, l'augmentation de cette allocation, les prêts aux jeunes ménages, etc.

Je voudrais cependant, monsieur le ministre, vous livrer quelques réflexions sur une catégorie particulièrement attachante de nos concitoyens à laquelle déjà le Gouvernement et vous-même accordez toute votre sollicitude.

Je veux parler des Français ayant atteint, ce qu'il est convenu d'appeler, désormais, le troisième âge.

Cette notion se révèle très imprécise, car l'âge de la vieillesse est très variable selon les individus et chaque vieillard est un cas différent. D'autre part, on a trop souvent tendance à confondre l'âge de la retraite avec le début du troisième âge.

D'une façon générale, un effort accru me paraît souhaitable dans trois directions : le logement de nos aînés, leurs loisirs et leur santé.

Tout d'abord, le logement, élément crucial du bonheur et de la tranquillité de nos aînés, est un problème qui se pose différemment dans les villes et dans les campagnes.

Dans les campagnes, les vieillards ont la chance de pouvoir sans beaucoup de difficultés, terminer leur vie sur les lieux mêmes où elle s'est déroulée, dans le cadre qui leur est familier, au milieu de leurs souvenirs.

Dans les villes, le problème est souvent dramatique.

Certains pays, plus ou moins totalitaires, considèrent que ceux qui ont dépassé l'âge de soixante-cinq ans et qui ont cessé toute activité sont des « beuches inutiles ».

J'ai vu, par exemple, en Russie, dans les environs de Leningrad, une grande bâtisse éloignée de plusieurs kilomètres de toute

autre habitation. Ma première impression, tant le bâtiment était triste et clos, fut que l'on enfermait là des prisonniers de droit commun ; c'était en réalité une maison de retraite.

Heureusement, nous sommes ici plus respectueux de la condition humaine et nous avons le souci d'aider ceux qui nous ont faits ce que nous sommes. Nous recherchons les meilleurs moyens d'améliorer leur condition d'existence et, dans cette optique, nous avons pris conscience que le principe de l'hospice n'est plus valable.

Alors, pourquoi, dans les villes, puisque c'est là essentiellement que le problème se pose, ne pas réserver une place pour les personnes âgées, dans les grands ensembles ?

Des rez-de-chaussée, composés de petits logements, pourraient être attribués à des personnes à la retraite, qui resteraient ainsi en contact avec la population active et pourraient même rendre des services, par exemple aux femmes qui travaillent en gardant des enfants.

Ce qu'il faut éviter avant tout, c'est de donner à nos aînés l'impression qu'ils sont amoindris. Certes, à leur âge les forces physiques sont diminuées, mais ils ne doivent pas pour autant cesser toute activité.

J'arrive ainsi au deuxième point de mon intervention : les loisirs.

On a souvent constaté que l'ennui tue, mais que les femmes qui prennent leur retraite sont moins durement touchées que les hommes. C'est que les travaux d'intérieur, les courses leur permettent de surmonter sans trop de difficulté la transition du travail à la retraite.

J'ai visité dernièrement à Lille une maison de retraite qui exposait les travaux réalisés par ses pensionnaires : dessins, peintures, céramiques, tapisseries.

J'y ai rencontré un ancien boulanger de soixante-seize ans, paralysé du côté droit, qui s'était révélé, après seulement six mois de travail, comme un peintre de talent.

Cet homme, amoindri physiquement, ayant perdu toute famille, a maintenant un but dans la vie et en semble rajeuni.

Il serait donc souhaitable de multiplier en France ce genre de centre et de permettre aux personnes âgées d'entretenir leur activité intellectuelle.

Quant à leur santé, je dois regretter qu'il n'existe pas dans notre pays d'enseignement de la gériatrie car, s'il est évident que l'on doit soigner différemment un nouveau-né et un adolescent, on traite, encore aujourd'hui, de la même manière des personnes âgées de soixante ans et celles qui ont atteint quatre-vingt-cinq ans.

L'insuffisance de personnel spécialisé rend critique la situation des vieillards non valides. Nombre de familles éprouvent de grandes difficultés pour la garde et l'entretien de leurs parents âgés, dont l'état cependant ne nécessite pas une hospitalisation.

En conclusion, monsieur le ministre, le choix est simple : ou bien notre société continuera à traiter les vieillards comme des sous-hommes, ou bien elle les considérera comme des êtres humains à part entière.

Pour ma part, je souhaite pouvoir dire bientôt : « Et j'ai même rencontré des vieillards heureux ». *(Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)*

**M. le président.** La parole est à M. Raymond Zimmermann.

**M. Raymond Zimmermann.** Monsieur le président, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, à l'heure où le Gouvernement s'engage plus résolument encore dans une politique sociale et familiale commandée par le progrès économique et l'impérieuse aspiration de la nation vers le bien-être, il me paraît opportun, après d'autres orateurs, d'ailleurs, de traiter du sort des femmes chefs de famille.

Une statistique récente nous apprend que trois millions de Françaises élèvent seules, sans le secours d'un mari ou d'un compagnon, six millions d'enfants.

Les pouvoirs publics ne sauraient demeurer indifférents aux difficultés morales et matérielles de toutes ces femmes qui ont seules la charge d'une famille ayant droit à la vie comme toutes les autres familles françaises.

Qu'il s'agisse de veuves, d'épouses séparées ou divorcées, de mères célibataires ou d'épouses de grands malades, de grands invalides, elles sont toutes à des degrés divers l'objet de discrimination sociale, économique ou même juridique, qui les mettent en état d'infériorité devant les difficultés accrues et parfois insurmontables pour elles de la vie moderne.

Le Gouvernement a déjà, par un train de mesures sociales, marqué sa détermination de promouvoir une œuvre de justice sociale qui fait honneur à la V<sup>e</sup> République. Parmi ces mesures, celles qui ont trait à l'allocation orphelin et à une indemnité de garde pour les enfants en bas âge sont exemplaires.

Mais il convient de poursuivre hardiment dans la voie qui vient d'être ouverte. Mon propos sera de mettre l'accent sur ce qui pourrait être réalisé à court terme, sans que, pour autant, le déséquilibre toujours latent de la sécurité sociale en soit sérieusement aggravé.

D'abord, en ce qui concerne l'allocation orphelin instituée par la loi du 23 décembre 1970, il paraît indispensable que le plafond de ressources fixé par décret pour ouvrir droit à l'allocation soit relevé. L'allocation orphelin perdrait sa signification d'aide à la femme chef de famille si elle était réservée aux familles en état d'indigence.

Ensuite et sur le plan de la sécurité sociale, j'ai été frappé par les indications données par M. Icart, dans son excellent rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Il démontre en effet que, pour venir en aide aux veuves civiles, il serait possible d'envisager la prise en compte des annuités acquises par le mari moyennant une dépense modérée, de l'ordre de 400 millions de francs, du budget social. Ainsi cesserait cette injustice qui fait qu'après le décès de son conjoint, c'est-à-dire au moment où elle est le plus démunie, la veuve sans ressources se voit obligée d'attendre jusqu'à l'âge de soixante ans la minime pension de réversion que lui accordent les articles 351 et 351-1 du code de la sécurité sociale.

Si, placée dans l'obligation de travailler, la veuve occupe un emploi salarié, il convient qu'au moins lui soit accordé d'ajouter, pour le calcul de sa retraite de vieillesse, la durée du travail de son mari défunt à celle de son propre emploi.

Mais lorsque la femme a la charge d'une famille et se trouve dans l'impossibilité d'occuper un emploi, la seule solution équitable est celle de la réversion immédiate de la pension du mari.

Privée de ressources et sans emploi, la veuve se trouve, en outre, dans une situation dramatique au regard de la sécurité sociale, puisqu'elle perd la couverture sociale un an après le décès du mari. Quant aux femmes divorcées et aux mères célibataires, leur seul recours est celui, fort onéreux et incomplet, de l'assurance volontaire.

Aussi un nouveau pas doit-il être fait pour assurer l'existence sociale des femmes chefs de famille. Parmi les mesures les plus urgentes en matière de droit à la sécurité sociale figure l'une des revendications de la fédération nationale des femmes chefs de famille qui me paraît fort légitime, tendant à dissocier du régime des autres travailleurs celui des femmes chefs de famille, quant à l'obligation des deux cents heures de travail salarié pour pouvoir bénéficier de la sécurité sociale et revenir ainsi aux soixante heures pour tenir compte de la situation particulière des femmes qui ont la charge d'élever seules leurs enfants. Leurs obligations de mère de famille, leur manque de formation professionnelle, leur âge parfois, ne leur permettent pas, dans de nombreux cas, d'occuper un emploi de longue durée. Il convient de tenir compte de cette situation. Droit à la santé, droit à l'emploi doivent être reconnus aux trois millions de Françaises écrasées par leurs tâches familiales et isolées dans leur lutte pour la vie.

Aussi souhaiterais-je avec beaucoup d'autres parlementaires de votre majorité auteurs de diverses propositions de loi, que soient jetées les bases d'un vaste plan de réformes sociales à l'instar de celui qui a été mis en œuvre pour les handicapés, et qui serait destiné à venir en aide aux femmes seules, aux femmes divorcées, aux veuves, aux mères célibataires.

A ce sujet de nombreuses propositions d'origine parlementaire ont été déposées au cours des dernières années; ce serait l'honneur du Gouvernement que de leur permettre d'aboutir au moins partiellement devant le Parlement.

Abordant un autre domaine de la santé, je me vois contraint, monsieur le ministre — et cela pour la troisième fois — de vous rappeler l'urgence du déblocage des crédits nécessaires à la réalisation des hôpitaux civils de Mulhouse.

Je ne reviendrai pas sur les très nombreuses indications ou observations et sur la documentation que j'ai déjà eu l'honneur d'exposer à cette tribune ou de vous remettre, mais je vous dirai que cette réalisation ne souffre plus aucun attermoiement.

Vous avez précisément, donnant suite aux démarches que j'avais faites inlassablement depuis 1963 tant auprès de vos prédécesseurs que de vous-même, permis, le 16 février 1970, le lancement des travaux de la maison médicale pour personnes âgées. Je tiens à vous en remercier. Je sais combien le problème du nouvel hôpital de Mulhouse vous préoccupe et aussi dans quelles conditions il vous a été impossible de débloquent en 1970 des crédits pourtant indispensables.

A présent il semble que les crédits de la santé publique, au moins pour la construction des hôpitaux, aient été amputés de quelque 25 p. 100. Cette décision me paraît difficilement compré-

hensible puisque le budget de 1972 accorde une part accrue aux dépenses d'investissement. Je me permets donc de penser que vos efforts sont sur le point d'aboutir, car les besoins en lits d'hôpitaux, qu'il s'agisse de la région parisienne dont il a été question il y a quelques minutes ou de l'agglomération mulhousienne, sont très importants.

C'est dans cette optique et en donnant à mon vote la signification d'un vote de confiance, mais dans l'espoir de voir ces difficultés bientôt résolues que je vous apporterai, une fois de plus, monsieur le ministre, ainsi qu'au Gouvernement, une confiance qui ne s'est jamais démentie, mais dont je souhaiterais vivement qu'elle soit aussi, un jour, récompensée. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

**M. le président.** La parole est à M. Marcel Beraud.

**M. Marcel Beraud.** Monsieur le président, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, M. Vertadier, rapporteur de la commission des finances pour le budget des anciens combattants, devait intervenir aujourd'hui.

Il est retenu dans sa ville par la visite de M. le Premier ministre. Rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles pour le budget des anciens combattants, j'interviendrai en son nom et en mon nom personnel.

La loi du 29 juillet 1950 prévoit l'affiliation à la sécurité sociale des ayants droit et des invalides dans la mesure où ils n'en bénéficient pas au titre du régime général.

Or ce texte ne s'applique ni aux veuves des invalides à moins de 85 p. 100, ni aux veuves hors guerre, ni aux ascendants.

Depuis plusieurs années, les rapporteurs du budget des anciens combattants demandent avec insistance l'extension à ces catégories du bénéfice de cette loi.

Certes, les chiffres avancés pour couvrir ces dépenses — 6 millions de francs pour les veuves, 25 millions de francs pour les ascendants — sont importants. Cependant, comme la plupart des intéressés relèvent actuellement de l'aide sociale, il semble que cette extension ne constituerait qu'un transfert de charges.

Je voudrais vous dire, monsieur le ministre, combien cette situation d'assistés est pénible pour eux et combien il est choquant, alors que plus de 98 p. 100 des Français sont affiliés à la sécurité sociale, que moins de 75.000 ne le soient pas. Il faut, monsieur le ministre, trouver rapidement une solution. Ils sont âgés.

Le deuxième point concerne la retraite mutualiste des anciens combattants. Par décret du 25 juin 1970, le Gouvernement a porté la bonification dont bénéficie cette retraite de 1.100 à 1.200 francs, et vous avez déclaré, monsieur le ministre, lors de la discussion budgétaire de l'an dernier ce qui suit : « Puisque nous avons porté le plafond de 1.100 à 1.200 francs à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1970, ma promesse de l'année dernière a été tenue. Je vous promets qu'en 1971, au moment de la discussion du budget pour 1972, nous reparlerons de cette question avec M. le ministre de l'économie et des finances. »

Cependant, il faut bien constater que le projet de loi de finances pour 1972 ne comporte pas de mesures nouvelles. Il serait cependant souhaitable de porter cette bonification à 1.400 francs.

Toujours en ce qui concerne la retraite mutualiste bonifiée par l'Etat, je voudrais appeler votre attention, monsieur le ministre, sur la situation des anciens d'Algérie titulaires du titre de reconnaissance de la nation. Ils souhaiteraient pouvoir cotiser pour se constituer cette retraite. Certes, à terme, il en résulterait une charge pour le Trésor. Cependant, si l'on se réfère au nombre d'anciens combattants des deux guerres cotisant pour cette retraite, on s'aperçoit que moins de 10 p. 100 font cet effort. Ainsi, en appliquant une proportion analogue, il ne s'agirait que de 25.000 cotisants nouveaux.

Je vous demande, monsieur le ministre, de préparer un texte d'extension à cette catégorie leur permettant ainsi de pouvoir cotiser.

Les anciens combattants prisonniers de guerre souhaitent obtenir, comme les déportés, le bénéfice de la retraite à soixante ans au taux plein.

Les conclusions de la commission de la pathologie de la captivité ont fait naître quelques espoirs. Sans contester certaines séquelles dues à la captivité, il semble difficile a priori de reconnaître aux anciens prisonniers en cette seule qualité le droit à la retraite anticipée, les conditions de la captivité ayant été très différentes suivant les camps ou hors des camps.

Il serait équitable de prévoir cette possibilité pour tous les anciens combattants. Certains, qui ont participé à des campagnes lointaines avec les forces françaises libres, en Erythrée, en

Libye, au Fezzan ou, plus proches, en Italie ou en France, dans des conditions souvent très dures, peuvent avoir été aussi éprouvés que s'ils avaient été prisonniers.

J'ai, comme rapporteur, reçu longuement les associations et je crois qu'elles ont compris la difficulté d'abouir. C'est pour quoi, dans le cadre du projet de loi pour l'amélioration des régimes de retraite et portant réforme des conditions de l'invalidité, il suffirait de prévoir que la qualité d'ancien combattant ou de prisonnier de guerre entraînerait une présomption d'invalidité au travail à partir d'un certain âge et qu'il appartiendrait à la caisse de sécurité sociale de contester cette présomption d'invalidité en se fondant sur des examens médicaux.

Cela peut paraître excessif. En fin de compte, ce qui est indispensable, c'est que les troubles provoqués par l'internement ou la participation au combat dans des conditions particulièrement dures soient considérés comme un élément important dans l'appréciation du degré d'invalidité. Chaque cas devra être traité individuellement, sur expertise médicale. C'est d'ailleurs l'une des conclusions de la commission de la pathologie.

Le dernier point sur lequel je désire appeler votre attention a déjà fait l'objet, de ma part, d'une intervention à cette tribune à l'époque où M. Maurice Schumann était ministre des affaires sociales.

Il s'agit de la validation, par la sécurité sociale, des services accomplis dans l'armée par des engagés volontaires dans les forces françaises libres, alors que ces jeunes gens n'étaient pas salariés, le plus souvent du fait de leur âge, au moment de leur engagement.

Aux termes de l'article L. 357 du code de la sécurité sociale, seuls les salariés écartés de leur emploi par suite de la mobilisation de 1939-1940, ou pour faits de résistance, peuvent bénéficier gratuitement de la prise en compte des cotisations trimestrielles pour leurs années de guerre.

Ainsi, les jeunes engagés volontaires au titre des F. F. L. qui n'étaient pas salariés avant leur engagement ne peuvent obtenir, pour l'assurance vieillesse de la sécurité sociale, la validation du temps passé en service aux armées.

Ainsi, les engagés volontaires, qui ont tout abandonné pour défendre leur pays, se trouvent pénalisés par rapport à ceux qui sont restés tranquillement chez eux en attendant la suite des événements. C'est au nom de mes camarades des forces françaises libres que je vous demande de faire cesser cette discrimination, afin que ne soient pas pénalisés ceux qui, en raison de leur âge, n'étaient pas assurés sociaux lorsqu'ils ont choisi la voie du devoir et du courage.

Je souhaite, monsieur le ministre, que vous apportiez aux deux rapporteurs du budget des anciens combattants et victimes de guerre des réponses précises et favorables. (Applaudissements.)

**M. le président.** La parole est à M. Charles Pasqua.

**M. Charles Pasqua.** Monsieur le ministre, le problème dont je vais avoir l'honneur de m'entretenir avec vous est un grave problème d'intérêt national puisqu'il s'agit de l'usage des stupéfiants et du développement considérable de la toxicomanie.

Mes remarques s'adresseront non seulement au ministre de la santé publique, qui a été l'un des premiers à prendre conscience de la gravité du problème et à tenter d'y apporter des solutions, mais, au-delà de sa personne, au Gouvernement tout entier, car c'est indiscutablement l'avenir de la nation qui est en jeu.

En ma qualité de président de l'intergroupe parlementaire de lutte contre les stupéfiants, j'aurais voulu vous témoigner ma satisfaction au vu de votre budget. Malheureusement, si vous avez manifesté d'excellentes intentions et annoncé diverses mesures, pour l'instant votre budget ne traduit que l'amorce de ces mesures. J'espère cependant qu'avant la fin de cette discussion il vous sera possible de nous donner des apaisements.

En effet, que trouvons-nous dans ce budget dans le domaine qui me préoccupe ? Un crédit de 80.000 francs au titre de la participation de l'Etat à la création d'unités de psychiatrie dans les services d'urgence, notamment en toxicomanie et en traumatologie ; un crédit de 165.000 francs au titre des organismes spécialisés dans l'aide téléphonique et l'accueil ; un crédit de 80.000 francs — ce qui n'est pas considérable — au titre du financement de brochures d'information pour le corps médical et les responsables des milieux de jeunes.

A ce sujet, j'appelle votre attention sur le fait que M. le secrétaire d'Etat à la jeunesse et aux sports a manifesté son intention, il y a quelques jours, d'entreprendre une action en direction des jeunes par la diffusion également de brochures. Il y aurait donc intérêt à coordonner les efforts.

Au titre des remboursements aux départements pour les soins de cure, un crédit de 800.000 francs figure au budget, ce qui est peu quand on sait que le traitement d'un drogué peut coûter jusqu'à 500 francs par jour.

Pour la formation et l'information du personnel médical, le crédit de un million de francs paraît suffisant.

Enfin, un crédit d'investissement de 400.000 francs est affecté à l'hôpital Marmottan.

L'Assemblée nationale est parfaitement consciente de la gravité du problème, et vous-même vous l'avez reconnue, monsieur le ministre.

Le Parlement a voté des textes. Malheureusement, ils ne sont pas appliqués pour l'instant. Pourquoi ? Probablement parce que se manifestent des difficultés qui n'avaient pas été suffisamment appréciées. C'est ainsi qu'on avait envisagé l'anonymat dans le traitement des toxicomanes, dont la charge devait être supportée par leur département d'origine. J'avoue qu'il doit être difficile, à la fois, de respecter l'anonymat et de demander au département d'origine le remboursement des frais !

Mais il est, monsieur le ministre, un problème beaucoup plus important.

Nombre de nos collègues constatent, dans leur circonscription ou dans leur département, que l'usage de la drogue s'étend. Un effort considérable de répression a été fait par les services du ministre de l'intérieur, probablement parce que celui-ci a disposé de crédits plus importants. Mais la lutte, contre la drogue ne passe pas seulement par la répression, par le traitement et la cure, et Dieu sait que, dans ce domaine, nous sommes encore mal outillés. Elle passe également par l'information et par la prévention. Malheureusement, à cet égard, pratiquement rien n'a été fait.

On sait que 2.000 toxicomanes ont été arrêtés par la police entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 21 octobre 1971. C'est sans conteste un chiffre important. Hélas ! le nombre de ceux qui passent au travers des mailles du filet l'est beaucoup plus.

La question, monsieur le ministre, que je vous demande de poser au Gouvernement est la suivante : sur un problème aussi grave, ne conviendrait-il pas qu'un débat s'engage au fond devant le Parlement, et si possible avant la fin de l'année ?

Il importe en effet de définir une politique d'ensemble, car il semble bien qu'il n'y ait pratiquement aucune coordination entre les différents ministères concernés.

D'autre part, certains chiffres qui nous sont communiqués ne laissent pas de nous inquiéter. Rappellerai-je que, pour les six premiers mois de l'année, on a enregistré en France quinze décès dus à l'absorption massive d'héroïne, et que, selon des statistiques américaines, pour un décès de toxicomane, mille autres continuent à se droguer avec le même produit.

Ces chiffres sont encore plus inquiétants quand on sait qu'aucune catégorie sociale et aucune région ne sont épargnées. Nous avons l'impression que, face à ce fléau qui multiplie ses ravages, vous essayez d'éteindre un incendie de forêt avec un verre d'eau.

Je vous demande donc, monsieur le ministre, et à travers vous je m'adresse au Gouvernement dont vous êtes le représentant, qu'avant la fin de cette session un débat au fond s'engage en vue de définir enfin une politique cohérente de lutte contre la drogue. (Applaudissements.)

**M. le président.** La parole est à M. Robert Richoux.

**M. Robert Richoux.** Dans son préambule, en ce qu'il fait référence à la Déclaration de 1789, la Constitution de la République française garantit aux vieux travailleurs la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs : tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

Cette règle vraiment humaine, digne de notre pays, est-elle observée ?

Depuis vingt-cinq ans — une génération d'homme — que je m'occupe des personnes âgées, le régime vieillesse s'est certes amélioré, mais la progression a été inégale et parfois douloureusement insuffisante eu égard au rythme de la conjoncture économique.

Divers projets de loi approuvés en conseil des ministres amélioreront nettement le régime vieillesse et susciteront évidemment la reconnaissance de ceux qui ont apporté, tout au long de leur vie de labeur, leur lourde contribution à la nation.

C'est d'abord l'amélioration du régime des retraites qui, par une majoration de 25 p. 100 du montant de la pension, tend à la généralisation de l'abaissement progressif de l'âge de la retraite. En effet, grâce à cette majoration, l'ouvrier pourra

cesser de travailler à soixante-trois ans avec 40 p. 100 du salaire annuel de base, alors qu'il ne pouvait le faire qu'à l'âge de soixante-cinq ans pour un taux identique.

C'est ensuite l'assouplissement des conditions d'attribution d'une retraite anticipée à taux plein et dès l'âge de soixante ans, pour les travailleurs exerçant une activité pénible et reconnus inaptes à 50 p. 100, alors que précédemment l'inaptitude devait être de 100 p. 100.

C'est également la généralisation de l'allocation de logement, qui ne sera plus financée par l'aide sociale.

Ces trois mesures marqueront une étape importante, certes, mais nous regrettons que leur application ne soit que progressive.

Notons pour 1972 une revalorisation substantielle tant des allocations minimales que des retraites du régime général avec augmentation des plafonds de ressources.

Le montant de la retraite passant de 3.400 francs au 1<sup>er</sup> octobre 1971 à 3.650 francs au 1<sup>er</sup> janvier 1972 et à 3.850 francs au 1<sup>er</sup> octobre suivant, l'augmentation est donc de 7,35 p. 100 en trois mois et de 13,23 p. 100 en un an.

En d'autres termes, les allocations et les retraites ont progressé plus rapidement que les prix. Les personnes âgées, riches de l'expérience de leurs années d'activité dans une économie plus sévère, sauront apprécier ce geste du Gouvernement et du Parlement.

Cependant, pour assurer plus de stabilité, ne serait-il pas souhaitable, et plus normal aussi, que les augmentations des pensions suivent celles du salaire minimum interprofessionnel de croissance ?

Je rappelle que les fédérations de vieux travailleurs de France souhaitent que la retraite de base ne soit pas inférieure à 80 p. 100 du S. M. I. C. Cette revendication pourrait être satisfaite par étapes, mais à condition qu'elles soient assez rapprochées.

En définitive, avec les mesures en faveur des vieux travailleurs, avec la revalorisation des rentes viagères, avec l'accroissement des crédits destinés au développement de l'action sociale en faveur des personnes âgées, la nation ne vise qu'un seul but : apporter un peu de bien-être à ces générations qui demandent simplement les moyens d'une existence convenable.

Le Gouvernement vient d'accomplir un grand pas dans l'amélioration du régime vieillesse, et sans les circonstances d'une conjoncture internationale défavorable, sans le déséquilibre entre actifs et non-actifs qui pèse lourdement sur la vie économique du pays tout entier, le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale obtiendrait, j'en suis persuadé, une part plus grande du budget national.

Je vous indique, monsieur le ministre, que j'ai déposé deux propositions de loi auxquelles l'article 40 n'est pas opposable et dont je demanderai l'examen dans les meilleurs délais par l'Assemblée nationale.

La première tend au paiement mensuel des pensions de retraite et d'invalidité. Aux termes du premier alinéa de l'article L. 359 du code de la sécurité sociale, les pensions d'invalidité et de retraite servies par le régime général de la sécurité sociale sont payées trimestriellement à temps échu. Ce rythme de paiement ne correspond plus aujourd'hui ni aux désirs ni aux besoins de la plupart des intéressés.

Du reste, la commission d'étude des problèmes de la vieillesse a pris conscience de cette situation puisque de son côté elle a préconisé le paiement mensuel des pensions de retraite.

Les arguments qui s'opposent au règlement trimestriel sont nombreux. L'article L. 44 du livre I<sup>er</sup> du code du travail oblige les employeurs à payer les ouvriers au moins deux fois par mois et les employés au moins une fois par mois. Seules les commissions versées aux représentants de commerce doivent être réglées tous les trois mois au moins. Les travailleurs en activité, à l'exception de cette dernière catégorie, ont donc à gérer, tout au long de leur vie professionnelle, un budget familial dont ils percevaient les ressources à un rythme semi-mensuel ou mensuel.

Au moment où ils vont prendre leur retraite, alors que déjà leurs revenus subiront une réduction sensible, ils devront modifier complètement leur pratique antérieure pour tenir compte du nouveau rythme trimestriel de perception de leur pension. Or cette modification dans les habitudes intervient à un âge où tout changement exige un effort de plus en plus difficile.

Le rythme trimestriel de versement des pensions est d'autant plus mal compris que, dans plusieurs secteurs, le Gouvernement vient, au contraire, de favoriser le rythme de paiement ou de versement mensuel.

C'est ainsi qu'il a déposé un projet de loi modifiant l'article L. 44 du livre I<sup>er</sup> du code du travail relatif à la périodicité du paiement des salaires. Dorénavant, chaque fois qu'une convention ou un accord collectif de mensualisation sera applicable dans une entreprise, celle-ci devra payer les salaires de ses ouvriers mensuellement. Le nombre des travailleurs habitués à percevoir leurs rémunérations chaque mois ira croissant de ce fait.

Dans un autre domaine, le Parlement a été saisi, au cours de la présente session, d'un projet de loi portant institution d'un système de paiement mensuel de l'impôt sur le revenu. Les titulaires de pensions de vieillesse imposables comprendraient mal que le rythme de versement de leurs pensions les écarte en fait du bénéfice de l'option ouverte par ce texte à l'ensemble des autres contribuables.

Notons aussi qu'aux termes de l'article L. 550 du code de la sécurité sociale les allocations familiales et le salaire unique sont réglés à intervalles ne dépassant pas un mois.

Enfin, il convient de signaler que la commission des affaires culturelles, familiales et sociales vient d'adopter un rapport sur la proposition de loi n° 745 de M. Pierre Bas, tendant au paiement mensuel des pensions civiles et militaires de retraite.

Or la situation des anciens salariés n'est pas fondamentalement différente de celle des anciens fonctionnaires et tous les arguments développés à l'appui du règlement mensuel des pensions de retraite des seconds sont également valables quand il s'agit des premiers.

Sans doute le paiement mensuel des pensions de retraite multiplierait-il par trois le nombre des opérations par rapport au système actuel.

Un tel surcroît de charges n'aurait pas été concevable il y a quelques années. Mais aujourd'hui, avec l'introduction de l'informatique et l'utilisation de l'ordinateur, aucun obstacle technique ne devrait s'opposer à une telle réforme. Le recours aux méthodes de gestion les plus modernes ne doit pas seulement répondre aux préoccupations intellectuelles des responsables des services gestionnaires ; il doit aussi permettre d'améliorer les prestations servies aux utilisateurs.

Au demeurant, pour ne pas surcharger inutilement les services compétents, le paiement mensuel ne serait pas étendu à tous les titulaires de pensions de retraite ; seuls, ceux qui en feraient la demande expresse pourraient en bénéficier.

Cette faculté offerte aux titulaires de pensions de retraite devrait être également aux titulaires de pensions d'invalidité, ces deux types de pensions étant à l'heure actuelle soumis, dans le cadre de la sécurité sociale, à toute une série de dispositions communes.

La seconde proposition serait de modifier les articles L. 351 et L. 628 du code de la sécurité sociale relatifs au droit à pension ou à secours viager des veuves. En effet, les sociétés évoluées se doivent d'assurer aux plus faibles d'entre leurs membres une vie décente. En 1946, l'institution de la sécurité sociale a donné naissance dans notre pays à un remarquable ensemble de prévoyance en faveur des salariés. Cet ensemble est remarquable par sa cohérence, par l'étude des risques qu'il couvre, par la solidarité qu'il met en œuvre.

Cependant, une législation sociale n'est jamais achevée et chaque étape du développement économique doit s'accompagner d'un élargissement de la protection sociale. L'étape nouvelle est atteinte en ce qui concerne les veuves. Sur un peu plus de trois millions de veuves recensées en 1968, 875.000 sont âgées de moins de soixante-cinq ans. Parmi ces veuves-là, toutes celles dont le mari relevait du régime général se trouvent privées de ressources, alors même que, souvent, la présence d'enfants au foyer et l'insuffisance de la formation professionnelle rend aléatoires les résultats pécuniaires de l'exercice par la veuve d'une activité rémunérée.

Malgré les efforts consentis par le Gouvernement en matière de formation professionnelle des femmes, nombreuses sont les veuves qui, après dix, vingt ou trente ans passés à tenir leur foyer et à élever leurs enfants, ne trouvent pas d'emploi lorsque le décès du chef de famille prive celle-ci de ressources. Elles n'ont pas de qualification, elles n'ont pas ou plus l'habitude de la vie professionnelle et, sur le marché de l'emploi, les candidats âgés de plus de quarante ans sont souvent écartés.

D'autre part, 286.000 de ces veuves sont chargées de famille, elles élèvent 533.000 enfants. Dans ces conditions, l'exercice d'une profession semble particulièrement difficile. C'est ce qu'a compris le législateur qui, en matière de prestations familiales, présume remplie la condition d'activité professionnelle pour les femmes chefs de famille élevant seules deux enfants au moins.

Or, en l'état actuel de la législation, les veuves de salariés français n'ont aucun droit à pension avant d'avoir atteint

l'âge de la retraite, contrairement aux veuves allemandes, luxembourgeoises ou italiennes qui perçoivent des pensions dès le décès de leur mari, ou aux veuves belges ou néerlandaises qui se voient attribuer cet avantage respectivement à l'âge de quarante-cinq ou de quarante ans, voire plus tôt si elles sont chargées de famille.

Il importe donc de modifier l'article L. 351 du code de la sécurité sociale qui fixe les conditions d'attribution de la pension de réversion. La suppression pure et simple de la condition d'âge ne semble pas de nature à ouvrir la porte à des abus, puisque restent exigées les autres conditions, relatives à l'antériorité du mariage, qui doit, aux termes du décret n° 71-280 du 7 avril 1971, avoir été célébré deux ans ou moins avant l'entrée en jouissance de la pension ou avoir duré quatre ans en tout, aux ressources du survivant qui ne doivent pas dépasser le montant du S. M. I. C., au cumulé avec un avantage personnel ou une profession.

Parallèlement, le secours viager, qui est à l'allocation aux vieux travailleurs salariés ce qu'est la pension de réversion à la pension principale, doit également pouvoir être attribué sans condition d'âge.

Enfin, la charge supplémentaire résultant de l'application de ces dispositions doit être financée par une augmentation de la cotisation versée par les employeurs au titre de l'assurance vieillesse, ainsi qu'au titre de l'assurance maladie, puisque aux termes de l'article L. 352 du code de la sécurité sociale, le conjoint survivant bénéficiaire d'une pension a droit et ouvre droit aux prestations de l'assurance maladie.

**M. le président.** Vous avez épuisé votre temps de parole, monsieur Richoux.

**M. Robert Richoux.** J'ai encore droit à dix minutes, monsieur le président. Vous avez accordé dix minutes supplémentaires à certains orateurs. Comme c'est la première fois que je monte à cette tribune, vous pouvez sans doute m'octroyer la même faveur.

**M. le président.** Aucun orateur n'a vu son temps de parole accru de dix minutes.

Veuillez conclure.

**M. Robert Richoux.** Je termine, monsieur le président.

Les crédits nécessaires seraient prélevés sur le produit de la cotisation patronale d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, cotisation dont le taux serait augmenté en conséquence.

Ce matin, M. Icart, rapporteur spécial de la commission des finances, est intervenu sur le même sujet et je m'en suis réjoui.

Tel est le sens des propositions de loi n° 1811 et 1813 que j'ai déposées tout récemment et qui, sans entraîner de charge supplémentaire pour le budget national, permettraient de mettre en œuvre des mesures d'une portée considérable.

Tout en félicitant le Gouvernement pour l'action qu'il mène en faveur des personnes âgées, je vous demande, monsieur le ministre, de bien vouloir étudier ces propositions dont l'adoption favoriserait l'instauration d'une grande justice sociale et d'un climat encore plus agréable pour les personnes âgées qui, arrivées au crépuscule de leur vie, font confiance aux représentants de la nation, respectueux des termes de la Constitution de la République française. (*Applaudissements 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. Paul Thillard.

**M. Paul Thillard.** Monsieur le ministre, je me propose d'appeler votre attention sur l'évolution du nombre des infirmiers et des infirmières de toutes catégories dans notre pays.

Selon les travaux des rapporteurs, on compte, en France, un peu moins de 130.000 infirmiers. Une rapide étude des besoins démontre qu'elles devraient être aujourd'hui 155.000. En effet, la poussée démographique, l'accroissement de la consommation médicale, les nouveautés techniques et les arrêts de travail rendent nécessaire, chaque année, la création de nouveaux postes.

Résumant mes calculs prévisionnels, je dis que l'équilibre ne pourrait être réalisé en fin de plan que si 100.000 diplômés d'infirmières étaient délivrés en quatre ans. Cet objectif est évidemment hors de portée puisqu'on ne pourra en délivrer plus de 11.000 en 1972 et qu'on en délivrera quelque 13.000 en 1973.

On peut difficilement accepter que deux plans soient nécessaires pour résoudre un problème aussi sérieux.

Je rends hommage aux efforts de votre ministère et aux initiatives locales qui, depuis 1966, ont permis de doubler les effectifs des écoles. Je constate, hélas ! qu'une accélération extraordinaire s'impose si l'on veut atteindre l'objectif fixé, qui est

de tripler le nombre annuel de diplômés à partir de 1975, ce qui impliquera que le nombre des élèves soit multiplié par six ou sept.

Alors que faire ?

Il faut bien informer les jeunes au moment du choix de leur carrière. Le nombre de candidat est suffisant — je le sais — mais on doit pouvoir exercer une sélection. Il faut aussi — ce sera mon deuxième point — augmenter le nombre des écoles existantes.

Je dis qu'il faut bien informer les jeunes. Faisons-leur savoir que la profession d'infirmière est une profession ouverte, dans laquelle il ne peut pas y avoir de chômage. Cela est vrai pour toutes les régions de France. Dans notre société où l'orientation des jeunes est difficile, il est exceptionnel d'avoir une certitude à offrir. En voilà une. Il n'y a pas et il n'y aura pas d'infirmière inemployée en France pendant une longue période.

Je souhaite que l'O. N. I. S. E. P. et tout le corps enseignant soient chargés de diffuser cette information aux élèves des classes terminales. C'est là une action simple, efficace et peu coûteuse.

Il convient aussi de détruire la légende qui court sur le prix des études. Naguère, les études d'infirmières étaient payantes dans un grand nombre d'écoles ; grâce à la volonté du Gouvernement, elles sont désormais gratuites. Je tiens à vous en rendre hommage, monsieur le ministre. Nous avions demandé cette gratuité depuis plusieurs années. Vous avez bien voulu la réaliser et le crédit de 34.993.911 francs inscrit au chapitre 43-13, article 10, concrétise votre volonté.

Je ferai cependant trois remarques.

D'abord, le crédit dont je viens de parler ne couvre pas encore toutes les dépenses des écoles et les hôpitaux doivent donc participer au fonctionnement de ces écoles avec leurs propres crédits ; il y a donc progrès, mais non guérison complète.

Ensuite, les bourses d'entretien pour le logement et la nourriture des élèves obligés de vivre deux ans loin de leurs familles sont insuffisantes.

Enfin — et j'y insiste tout particulièrement — je demande que les élèves boursières soient aussi libres que les non-boursières de choisir le poste qu'elles préfèrent à la fin de leurs études.

Il n'est pas et il n'a jamais été juste que des difficultés d'ordre familial privent un jeune de sa liberté.

L'information consiste aussi à apprendre aux jeunes que les contacts avec les enfants, les femmes et les hommes qui ont besoin de soins élèvent la conscience des soignantes et les placent à un niveau moral et affectif exceptionnel. La vie des soignantes n'est pas une vie banale, une vie terre à terre ; c'est une vie fondée sur un idéal et qui demande une vocation.

Il faut enfin informer les jeunes que les horaires de travail, tellement redoutés parfois, sont des horaires normaux, de 40 heures par semaine en cinq jours, ce qui permet de garder un bon équilibre. La rémunération des infirmières se situe désormais aux indices 260 à 405. Cette rémunération a constamment augmenté au cours des dix dernières années. Un effort s'impose encore. Je ne doute pas qu'il soit fait.

La profession d'infirmière est l'une de celles où la formation permanente, avec son attrait intellectuel, est sans doute des plus intéressantes.

Améliorer l'information ne suffit pas. Il faut aussi augmenter le rendement des écoles, accroître en quelque sorte leur productivité. Pour cela, il convient d'agir sur la pédagogie et sur le rythme de travail des écoles. Celles-ci peuvent, sans rien changer aux locaux et aux lieux de stage, former trois fois plus d'élèves par an. Les méthodes sont au point, je ne les décrirai pas, mais je puis vous en indiquer la base. La proportion des monitrices devrait s'établir à une pour quinze élèves. Pour pouvoir délivrer à partir de 1975, le nombre de diplômés nécessaires, qui se situera autour de 30.000 par an, il faudra 3.000 monitrices.

Vous avez pris récemment des mesures pour faciliter les études des monitrices. Je vous encourage à poursuivre votre effort. Là est certainement la clé de l'avenir.

Faisons en sorte que des vocations d'enseignant apparaissent chez les infirmières expérimentées. N'oublions pas le rôle d'éducatrice, de psychologue et d'institutrice des monitrices.

J'ai le devoir de remercier aujourd'hui publiquement toutes les monitrices exerçant en ce moment dans l'ensemble des écoles. Elles sont de véritables pionnières. Je n'ose décrire les insuffisances au point de vue du nombre et de la préparation devant lesquelles elles se trouvent. Elles mettent en route pour nous une organisation indispensable à la nation dans des conditions particulièrement difficiles.

Je terminerai en évoquant le rôle de l'infirmière.

Les infirmières ne s'intéressent pas simplement aux maladies ; elles soignent des malades. Elles ne peuvent pas et ne doivent pas travailler dans la hâte. Elles contribuent à la prévention des maladies ; elles placent les malades en position de se défendre et de se guérir ; elles appliquent avec une infinie précision, une infinie douceur, les traitements prescrits par les médecins ; et, surtout, elles orientent l'esprit du malade vers l'apaisement et la guérison.

Quand l'information sera bonne, quand les écoles seront rénovées, quand l'administration, les médecins et la population auront bien défini le schéma du rôle et des caractères de l'infirmière, alors je ne doute pas que les arbitrages budgétaires soient favorables.

Le budget actuel est un budget en progrès. C'est une transition, mais ce n'est encore qu'une transition. (*Applaudissements sur divers bancs de l'union des démocrates pour la République.*)

**M. le président.** La parole est à M. Pierre de Bénouville.

**M. Pierre de Bénouville.** Mesdames, messieurs, mon intervention sera brève, car nombre de mes collègues ont excellemment traité des problèmes qui me préoccupent. Je me bornerai donc à évoquer trois points qui me paraissent particulièrement importants.

Le premier concerne la pension de réversion. Son taux actuel est notoirement insuffisant ; il devrait être au moins porté à deux tiers. Cette mesure généreuse n'entraînerait pas de dépenses excessives si elle était assortie de règles restrictives qui en limiteraient le bénéfice aux seuls conjoints survivants dépourvus de toute ressource.

Le deuxième point concerne la retraite vieillesse. Beaucoup de choses ont déjà été dites à ce sujet. Mais je ferai remarquer qu'en pratique, mis à part les anciens déportés et internés du temps de guerre, tout candidat à pension au titre de l'incapacité au travail est soumis à un contrôle médical rigoureux par un médecin conseil exerçant à plein temps au service de la caisse régionale vieillesse concernée. C'est ainsi qu'à la caisse vieillesse de Paris, quatre médecins conseils effectuent les contrôles d'incapacité concurremment avec d'autres tâches médicales.

Je crois pouvoir dire que certains d'entre eux font preuve d'une sévérité excessive dans l'appréciation de l'état d'incapacité et rejettent des demandes formulées par certains requérants, hommes ou femmes, à soixante-deux, soixante-trois, voire soixante-quatre ans, alors que la déficience psycho-physique des intéressés est manifeste.

En outre, ces postulants sont des déclassés sociaux sans avenir professionnel, sans ressources fixes ni suffisantes, que les centres de main-d'œuvre eux-mêmes n'acceptent pas d'inscrire sur leurs fichiers comme demandeurs d'emplois, parce que dépourvus de toute qualification.

On pourrait se faire une idée de ces cas en consultant la statistique des rejets tenue par la caisse vieillesse de Paris.

Il serait nécessaire d'inviter les médecins conseils à exercer leur contrôle d'une manière plus libérale et à tenir compte tout spécialement de la situation sociale de chaque postulant comme élément majeur dans la décision à prendre.

En effet, si l'on enquêtait sur la situation matérielle des assurés dont les demandes ont été rejetées un ou deux ans auparavant, on les retrouverait trop souvent hantant les bureaux d'aide sociale ou végétant avec des hauts et des bas entrecoupés de séjours prolongés dans les hôpitaux, surtout pendant la saison froide, séjours qui leur permettent seuls de subsister.

Une politique plus libérale dans l'attribution des pensions de vieillesse au titre de l'incapacité au travail serait donc avantageuse à tous les points de vue.

Plusieurs de mes collègues ont déjà insisté sur les moyens supplémentaires qui devraient être mis à votre disposition pour permettre en particulier de financer la création de personnels soignants supplémentaires. Je citerai un cas qui souligne l'urgence de ce besoin.

A l'hôpital Fernand Widal de Paris, une maison de retraite est incluse dans l'établissement. Ce service, qui abrite 113 retraités, a un effectif théorique de personnel correspondant à celui des maisons de retraite pour personnes valides.

Depuis plus d'un an l'effectif minimum n'a jamais été atteint.

Mais, en réalité, les retraités admis dans le service sont essentiellement de grands vieillards dont la moyenne d'âge est de quatre-vingt-quatre ans et dont la moitié sont des infirmes ayant souvent besoin d'une assistance physique totale.

Dans de telles conditions, les effectifs théoriques de personnel, même s'ils étaient atteints, seraient loin d'être suffisants pour accomplir des tâches indispensables.

Il en résulte que ce service est de plus en plus mal assuré, que l'entretien des malades est notoirement insuffisant, que certains ne peuvent être levés, ce qui entraîne toutes sortes de complications.

Il est donc absolument nécessaire de donner à cet hôpital, comme aux autres, les moyens d'avoir le personnel indispensable et en même temps d'améliorer les salaires de ce personnel, car le travail de celui-ci est très astreignant et il est de plus en plus difficile de le recruter.

Je dois ajouter que les retraités de l'hôpital dont je viens de parler, versent annuellement pour leur séjour des sommes de l'ordre d'un million et demi de francs et que visiblement les dépenses faites pour eux sont très inférieures à cette somme, de telle sorte que le service si défectueux que je vous signale doit être un des rares postes de l'assistance publique qui fasse des bénéfices, ce qui, comme le dit le médecin responsable, est proprement indécent.

Telles sont les trois observations que je voulais vous soumettre avec l'espoir que vous voudrez bien les retenir. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.*)

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

— 2 —

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Ce soir, à vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1972 (n° 1993) (rapport n° 2010 de M. Guy Sabatier, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.)

Santé publique et travail (*suite*) :

I. — Section commune :

(Annexe n° 22. — M. Bisson, rapporteur spécial ; avis n° 2011, tome V, de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

II. — Santé publique et sécurité sociale et article 57 :

(Annexe n° 23. — M. Icart, rapporteur spécial ; avis n° 2011, tome VI, de M. Bonhomme, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

La séance est levée.

(*La séance est levée à dix-neuf heures quarante-cinq.*)

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

VINCENT DELBECCHI.