

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

4^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1972-1973

COMPTE RENDU INTEGRAL — 29^e SEANCE

3^e Séance du Vendredi 3 Novembre 1972.

SOMMAIRE

1. — Loi de finances pour 1973 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4643).

Affaires sociales et santé publique (suite) :

III. — Santé publique (suite).

MM. Mainguy, Grondeau, Sallenave, Chalopin, Péronnet, Toutain, Marcus, Douzans, Dassié, Buot, Westphal, La Combe, Barrot, Mlle Dienesch, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé publique, chargé de l'action sociale et de la réadaptation ; M. Jacson, Mme Ploux.

MM. Foyer, ministre de la santé publique ; Fortuit.

Etat B.

Titre III.

MM. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ; le ministre.

MM. Neuwirth, Dumortier, Mme Vallant-Couturier.

Adoption du titre III.

Titre IV. — Adoption.

Etat C.

Titre V. — Adoption.

Titre VI.

MM. le rapporteur spécial, le ministre.

Adoption du titre VI.

Art. 51. — Adoption.

Transports.

I. — Section commune.

II. — Transports terrestres.

MM. Ruais, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ; Fortuit, rapporteur pour avis de la commission de la production et des échanges.

Renvoi de la suite de la discussion.

2. — Ordre du jour (p. 4658).

PRESIDENCE DE M. FRANÇOIS LE DOUAREC,

vice-président.

La séance est ouverte à seize heures quinze.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1973 (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 1973 (n^{os} 2582, 2585).

AFFAIRES SOCIALES ET SANTE PUBLIQUE

III. — Santé publique (suite).

M. le président. Nous continuons l'examen des crédits du ministère de la santé publique.

Dans la suite de la discussion, la parole est à M. Mainguy.

M. Paul Mainguy. Monsieur le ministre, après mon collègue M. Narquin qui vous a parlé du paradoxe des infirmières, nombreuses dans les écoles professionnelles et rares dans l'exercice de leur métier, je voudrais vous parler du paradoxe que constitue à l'heure actuelle l'exercice de la médecine générale en France.

Au départ, le nombre des candidats à cet exercice est surabondant. Il n'y a jamais eu autant d'étudiants en médecine, ce qui pose un problème d'ailleurs mal résolu puisque le nombre des malades hospitalisés ne croît pas en proportion. Pour que les futurs médecins puissent faire des études valables, il a donc fallu limiter le nombre des places mises à leur disposition. Ce chiffre a été fixé à 6.000 par les commissions du VI^e Plan qui ont étudié la question. Dans un élan de générosité, vos prédécesseurs ont porté ce chiffre à 8.000, ce qui, semble-t-il, devrait permettre un recrutement surabondant.

Or que se passe-t-il à l'arrivée ? Les médecins, une fois leur diplôme obtenu, semblent disparaître dans la nature. On ne les retrouve plus dans les campagnes où les praticiens installés depuis longtemps travaillent comme des forçats, de sept heures du matin à dix ou onze heures du soir. On ne les retrouve pas non plus dans les banlieues laborieuses. Là aussi le métier de médecin est dur, et ceux qui l'exercent depuis longtemps n'ont plus les mêmes possibilités physiques qu'au temps de leurs débuts. La conséquence, et elle est grave, c'est que dans certaines communes suburbaines il devient difficile sinon impossible d'organiser un tour de garde pour la nuit et pour le dimanche.

Or, bien que la médecine soit une profession libérale, de plus en plus le public la considère comme un service public. Selon lui, en cas d'urgence, il devrait être aussi facile d'appeler un médecin que d'appeler police secours ou les pompiers. Cette exigence n'est évidemment pas facilement réalisable car ce n'est pas un mais plusieurs médecins qui devraient être de garde en permanence pour le cas où il y aurait plusieurs urgences en même temps. La seule solution consisterait donc à transporter le malade ou le blessé dans le service hospitalier d'urgence le plus proche.

Il n'en reste pas moins que le désir de la population d'avoir à sa disposition en permanence un secours médical souvent très urgent est parfaitement légitime. Peut-être sera-t-il satisfait sans bousculer le caractère libéral de la médecine française le jour où les cabinets de groupe seront plus nombreux.

La deuxième partie de mon intervention concerne les « dispensaires ping-pong ». Je veux parler de ces centres médicaux créés par d'astucieux capitalistes et qui, bénéficiant du privilège du liers payant, attirent une nombreuse clientèle. Le malade qui pénètre dans un de ces établissements n'en sort qu'après avoir été renvoyé, tel une balle de ping-pong, d'un spécialiste à l'autre. Comme ces spécialistes sont très nombreux, le consultant est évidemment enchanté car il a été examiné de la tête aux pieds sans bourse déliée. La sécurité sociale, de son côté, ne trouve rien à redire à ce système car tous les papiers qu'elle exige sont remplis dans les règles de l'art. Vos services eux-mêmes, monsieur le ministre, étudient le problème avec une telle lenteur qu'on peut se demander s'ils ne le trouvent pas à leur goût. Il n'y a que le ministre des finances ou la Cour des comptes qui pourraient dire quelque chose, et ils ne le font pas.

En vous écoutant, ce matin, monsieur le ministre, j'ai cru comprendre que l'importance de ces deux questions ne vous avait

pas échappé. Vous aurez peut-être quelques difficultés à susciter des vocations de médecins généralistes dans les régions industrielles ou rurales. Par contre votre compétence en matière juridique vous permettra certainement de trouver les mesures permettant de mettre fin à l'exploitation de la santé telle qu'elle se fait actuellement dans les centres médicaux ping-pong. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et sur divers bancs.)

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

M. Jacques Grondeau. Monsieur le ministre, la question d'actualité de M. Cousté est arrivée pour moi une demi-heure trop tôt car l'intervention de notre collègue a défilé quelque peu la première partie de mon exposé. Mais puisqu'il est permis de redire de bonnes choses, je commencerai mon propos comme je l'avais préparé, tout en tenant compte d'ores et déjà de votre réponse à M. Cousté.

Monsieur le ministre, voici un projet de budget de la santé publique bien mal parti et d'un avenir incertain, puisque vous êtes en conflit avec les médecins et que, sans la collaboration volontaire de ces derniers, il ne peut y avoir de bonne santé publique. Et c'est un procès que vous pourriez perdre car les médecins ont raison.

Il est quand même ahurissant de constater combien les meilleures décisions subissent ici l'érosion du temps. Il est stupéfiant de voir combien de lois votées restent sans effet parce que non appliquées.

Comment expliquer aux médecins que l'engagement national, qui est le texte capital, le véritable contrat social engageant le Gouvernement pour assurer la continuité d'une médecine libérale, reste en sommeil, alors que les textes existent et que les médecins ont joué le jeu puisque la convention nationale votée par nous le 19 mai 1971 a été signée et appliquée par 96 p. 100 de la profession ?

Parmi les objectifs précis de cet engagement national, outre les clauses sociales et fiscales, étaient prévus la formation post-universitaire, le développement de la médecine de groupe, l'aide à l'installation des jeunes médecins, la revalorisation harmonieuse des honoraires lors d'échecs tarifaires.

Or très peu est fait ; bien au contraire, leur situation fiscale est remise en cause par le conseil des impôts, les clauses locales ne sont pas signées. Bref, il y a désenchantement et le système conventionnel est en péril. Je ne parlerai pas des décrets d'application de la loi hospitalière élaborée sans la participation de la profession médicale qui a pourtant son mot à dire ! Et je ne parlerai pas non plus d'une politique de santé non encore définie.

Alors, le moment est venu d'arranger les choses, d'apporter les apaisements nécessaires, et vous venez de dire que vous vous y employez. Merci pour les médecins et pour ceux qui ont besoin d'eux, les malades et les assurés sociaux !

En outre, parlant de la réforme hospitalière, je voudrais rappeler que le climat, l'état d'esprit indispensable à une heureuse, efficace, harmonieuse et nécessaire complémentarité de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée n'est pas créé et que, sans cela, la machine ne tournera pas rond.

Je voulais vous demander de sortir des dossiers de votre ministère un projet de statut concernant les attachés assistants des facultés de médecine. Je n'ai pas eu de chance puisque M. Cazenave a, ce matin, interrompant M. le rapporteur, soulevé impromptu une question que je vous avais d'ailleurs posée lors de la réunion d'un groupe de travail présidé par notre ami M. Peyret et à laquelle vous avez pensé, ce dont je vous remercie. Vous avez donc préparé la réponse, vous l'avez donnée à M. Cazenave et j'en prends ma part.

Ce projet de statut élaboré depuis des années, n'a pas, lui non plus, vu le jour alors que les attachés assistants des facultés de médecine sont actuellement en situation précaire puisque, chaque année, leurs fonctions peuvent être résiliées. Vous venez de déclarer que c'était là une de vos préoccupations. Merci encore.

De même, j'appellerai votre attention sur les médecins salariés travaillant à plein temps ou à temps partiel dans le secteur public et dont la situation reste détériorée.

Madame le secrétaire d'Etat, les progrès sont appréciables dans le domaine de l'enfance inadaptée et des handicapés, et la loi du 13 juillet 1971 est une nouvelle preuve de notre volonté de bien faire. Mais nous avons une longue marche devant nous, car les besoins sont grands et se découvrent tous les jours.

Je crois qu'il convient d'accentuer la formation d'éducateurs spécialisés. L'équipement en instituts médico-pédagogiques, en ateliers protégés, etc. Il faut aussi assurer le reclassement professionnel des handicapés et leur réinsertion dans la vie active par une application plus stricte de la loi du 23 novembre 1957, améliorer les ressources de l'aide sociale et faire en sorte que le taux de majoration pour tierce personne accordé par l'aide sociale soit, à invalidité identique, aligné sur celui consenti par

la sécurité sociale à ses pensionnés. La différence, qui varie de 40 à 80 p. 100, est en effet difficilement comprise par les intéressés.

Enfin, vous avez dû apprendre, madame le secrétaire d'Etat, la création de l'union nationale pour l'insertion sociale des déficients auditifs. Je pense qu'il y a là matière à encourager.

Voilà, trop rapidement exposées, les réflexions que m'inspire, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, notre budget de la santé publique. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et sur divers bancs.)

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

M. Pierre Sallenave. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, il est remarquable qu'aujourd'hui les handicapés physiques aspirent moins à bénéficier de privilèges qui, les singularisant, les isoleraient qu'à établir avec la société des relations aussi normales que possible.

Tendre à devenir — ou à redevenir — « comme les autres », voilà le souci dominant et l'espoir profond qui habite l'infirme moleur, le travailleur accidenté et aussi le débile mental.

Adaptation ou réadaptation, intégration et réinsertion sont donc des objectifs majeurs d'une politique de l'infirmité civile qui, selon les recommandations du VI^e Plan, s'affirmerait capable de couronner la notion, désormais classique, d'équipement collectif par celle, plus nouvelle, de « fonction collective ».

Dans ce rapport de solidarité qui lie les handicapés et la société, c'est cette dernière qui occupe la position de force, et c'est par conséquent à elle qu'incombent les devoirs fondamentaux : comprendre l'infirme, l'accepter sans réticence, faciliter les conditions de son authentique accueil par l'aménagement de son cadre de vie, consentir un effort financier et matériel destiné à compenser réellement, sur les plans les plus divers, les conséquences du handicap.

Je voudrais brièvement évoquer deux aspects principaux de cette nécessaire insertion.

En premier lieu, il nous appartient d'assurer à l'enfant comme à l'adulte, pour la vie quotidienne, des possibilités d'adaptation de leur environnement intellectuel et physique qui, si elles n'entrent pas toutes dans la compétence du ministère de la santé publique, n'en relèvent pas moins de sa tutelle morale.

La scolarité, première concernée, a enregistré récemment des progrès certains dans deux directions qui, en dépit des apparences, ne sont pas antinomiques : l'admission d'élèves handicapés dans les établissements ordinaires et l'ouverture de classes spécialisées. Il reste à assouplir les limites d'âge imposées actuellement pour l'entrée en classe et les différents stades des études et à assurer des financements améliorés dans les domaines des frais de scolarité, du ramassage et des bourses. Dans le même ordre d'idées, il convient de se conformer aux intentions de la plus récente loi de programme d'équipement sportif en rendant accessibles aux handicapés des installations telles que stades et piscines.

Le logement est également un élément essentiel de l'existence des handicapés et il requiert de notre part une prise de conscience des efforts considérables à réaliser, aussi bien pour le rendre plus fonctionnel et mieux adapté, par ses normes et ses facilités d'accès, que pour inclure les infirmes parmi les demandeurs prioritaires dans les offices H. L. M.

Les moyens de transport constituent enfin un domaine d'intervention à ne pas négliger, qu'il s'agisse de l'utilisation plus aisée des transports en commun, de l'aide à la transformation des véhicules ou de la reconnaissance de droits spéciaux en matière de circulation et de stationnement.

Le deuxième aspect de notre tâche d'intégration, qui vise la réinsertion professionnelle, n'est pas moins important car actuellement, une sensibilisation croissante des intéressés apparaît sur ce plan. Cette préoccupation est partagée à la fois par les victimes des accidents du travail, par les handicapés moteurs et par les personnes qui ont la charge de débilés mentaux.

Cette réinsertion exige, tout d'abord, une meilleure application de la loi du 23 novembre 1957 relative à l'emploi obligatoire des travailleurs handicapés dans le secteur privé et surtout dans la fonction publique où l'Etat serait bien dans son rôle en donnant l'exemple. Elle suppose ensuite un examen plus rapide des dossiers par les commissions départementales d'orientation des infirmes, au sein desquelles il serait opportun de faire siéger des représentants des associations qualifiées d'invalides et d'infirmités. Elle postule, en outre, que les crédits mis à la disposition des entreprises pour l'adaptation des postes de travail soient correctement utilisés et que l'Agence nationale pour l'emploi dispose, entre autres moyens appropriés, de psychotechniciens et de placiers spécialisés dans le reclassement des handicapés. Elle devrait, enfin, pouvoir mobiliser, au profit des ateliers protégés et des centres d'aide par le travail, les possibilités offertes par les fonds d'action des caisses régionales d'assurance maladie et des Assedic.

Plus particulièrement dans le domaine de l'orientation et du placement, la réalisation du programme finalisé, instauré par

le VI^e Plan, et auquel Mme le secrétaire d'Etat a fait allusion ce matin, doit être notablement accélérée et dotée des crédits indispensables. Pour mener à bien ces opérations de reclassement professionnel, d'autant plus délicates à conduire qu'on les veut, à la fois, non ségrégatives et personnalisées, les « équipes de préparation et de suite », ainsi dénommées et préconisées par l'intergroupe « inadaptés-handicapés » du Plan, attendent une définition de leur organisation et de leur fonctionnement et un financement à la hauteur de leur mission.

Telles sont les réflexions et observations que, sur un objet très limité, m'inspire votre budget, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat.

Parce que, parmi les autorités gouvernementales qui ont à connaître de l'intégration de nos compatriotes malheureux, vous êtes celle et celui qui sont les plus proches de leur souffrance, je souhaite que les moyens vous soient donnés pour être les animateurs d'une politique effective de solidarité à leur égard. (Applaudissements sur les bancs du groupe Progrès et démocratie moderne, de l'union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

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

M. Jean Chalopin. Monsieur le ministre, mon intervention en faveur des handicapés ne vous surprendra pas. Vous savez quel intérêt sentimental et passionné je porte particulièrement aux plus défavorisés d'entre eux, je veux parler des débilés profonds. L'amitié dont vous m'honorez vous a d'ailleurs fait partager mes angoisses à ce sujet.

Les mesures favorables prises récemment pour les handicapés nous font espérer beaucoup plus encore, vous vous en doutez certainement, tant il y a à faire en ce domaine. Je me permets donc d'appeler tout spécialement votre attention sur la nécessité de s'occuper sérieusement, rapidement et sur le fond, du problème des handicapés profonds adultes.

Les progrès de la médecine maintiennent en vie des handicapés qui ne franchissaient pas autrefois le cap de la majorité. Le nombre des handicapés profonds survivant à des accidents graves fait qu'il existe une masse sans cesse grandissante d'épaves dont il est vraiment grand temps de se préoccuper.

Bien sûr, on voit partout des initiatives, tant publiques que privées, promouvoir à grand fracas des établissements qui ont pour vocation de réduire et, autant que faire se peut, de réinsérer dans le monde moderne des débilés légers ou des débilés moyens.

Il est plus facile de créer un externat médico-pédagogique pour débilés légers et débilés moyens ou un atelier protégé permettant la rééducation et la réinsertion sociale de tous ces débilés limitaires, dont d'ailleurs l'éducation nationale souhaite s'emparer, puisque chaque fois maintenant que l'on construit un C. E. S. 600 on ajoute automatiquement ou presque 90 places pour des débilés légers et des débilés moyens. Tout cela est d'autant plus facile, en effet, qu'il y a un espoir de récupération — je devrais dire de réhabilitation — presque totale et que le prix de journée est remboursé par la collectivité. Le budget peut donc aisément être équilibré.

Mais que fait-on pour les débilés profonds ? Pas grand-chose ! Quelques centres d'aide par le travail, fort peu de centres d'accueil.

L'adolescent qui, atteint par la limite d'âge, doit quitter un centre médico-éducatif et qui ne peut prétendre être admis dans un centre d'aide par le travail ou être dirigé vers un emploi réservé en raison de son quotient intellectuel trop bas ou à cause d'un handicap physique trop important, ne trouve devant lui que le désert et l'indifférence.

Les parents de ces enfants se voient contraints soit de les faire admettre dans les hôpitaux psychiatriques, immenses usines à fous, et ce n'est vraiment pas leur place, soit de les reprendre chez eux, si toutefois ils ont la chance d'habiter en banlieue un pavillon avec jardin, et le temps de s'occuper entièrement d'eux et d'eux seuls.

Chaque fois que l'on construit un institut médico-éducatif, en particulier pour les débilés profonds, on devrait toujours et obligatoirement songer à la suite. En effet, les enfants admis dans un institut médico-éducatif doivent le quitter à un âge déterminé, en principe à seize ans. Alors commence pour les parents l'abominable calvaire de la recherche d'une place quelque part, n'importe où, mais pas à l'hôpital psychiatrique départemental, et cela se comprend.

Je pense sincèrement que tout projet de construction d'un institut médico-éducatif pour débilés profonds devrait être accompagné d'un projet de centre d'accueil de ces débilés profonds à leur sortie de l'institut et des bâtiments d'habitation nécessaires pour permettre à quelques-uns d'entre eux une adaptation psychomotrice par le travail.

Vraiment, il serait temps de multiplier dans les départements les établissements destinés à accueillir les handicapés profonds adultes, uniquement pour les choyer et sans arrière-pensée de

rentabilité, pour leur assurer une existence décente dans des conditions financières qui ne dépendent pas des possibilités de leurs répondants.

Cet appel que je vous lance, monsieur le ministre, est un véritable S. O. S. Il ne faut plus que les parents des débilés profonds continuent à subir la contrainte morale et financière du devenir de leurs enfants.

Ce matin Mme le secrétaire d'Etat nous a promis des études à propos des handicapés profonds. Pourquoi ? Pour définir le type d'établissements destinés à recevoir les débilés profonds adultes alors que l'on sait bien, et depuis longtemps, ce qu'il faut faire ! Vous avez déjà eu l'occasion de voir de nombreux projets dont certains, je puis l'affirmer, sont à la pointe du progrès par rapport à ce qui est fait dans le monde. Pourquoi attendre alors ?

Il n'existe que très peu d'I. M. E. en internat pour débilés profonds et encore moins de C. A. T. et de centres d'accueil pour adolescents et adultes. Nous savons bien que les débilés profonds se partagent en deux catégories : les passifs, pratiquement grabataires et sans vie relationnelle, et les actifs, qui demandent une surveillance constante. Nous savons que, pour un I. M. E. de cent lits, il faut prévoir à la sortie un centre d'accueil qui hébergera cent débilés profonds, dont deux tiers seront grabataires et dont un tiers seulement nécessiteront un C. A. T. pour contrôler leur activité.

Pourquoi tant d'hésitations alors qu'il y a urgence ? Oui, pourquoi tant d'hésitations puisqu'il ne s'agit pas là de réadaptation ou de réinsertion sociale, mais simplement de la plus belle et de la plus élémentaire des œuvres sociales ? (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. Péronnet.

M. Gabriel Péronnet. Vous êtes, monsieur le ministre, l'autorité de tutelle du thermalisme, mais un tuteur dépouillé de la plupart de ses attributions : les cures thermales de la sécurité sociale dépendent désormais du ministre d'Etat chargé des affaires sociales, l'enseignement de l'hydrologie du ministre de l'éducation nationale, le financement des équipements thermaux du ministre de l'équipement.

Que vous reste-t-il ? Votre budget.

Or, au chapitre 66-10 réservé aux subventions, rien n'est prévu pour le secteur thermal. La chose est extrêmement grave, à la fois pour la santé publique et pour l'économie du pays.

Avec 100 stations thermales, 136 établissements thermaux et 1.200 sources exploitées, le capital thermal français est le plus riche d'Europe. Pourtant, considéré dans le contexte européen, ce capital n'est pas exploité comme il pourrait l'être. Quelques chiffres en témoignent : 400.000 curistes environ fréquentent chaque année les stations françaises. L'Italie en compte 1.250.000, l'Allemagne 1.650.000.

Le thermalisme français, il faut avoir le courage de le reconnaître, est en stagnation, et les causes de cette stagnation se situent à trois niveaux : la sécurité sociale, l'enseignement de l'hydrologie et l'équipement.

La clientèle des stations thermales se composant de 70 p. 100 au moins d'assurés sociaux, toute restriction relative à la prise en charge des cures thermales infléchit immédiatement la fréquentation des stations. A cet égard, l'ordonnance du 21 août 1967 supprimant le remboursement des indemnités journalières aux curistes assurés sociaux a porté un coup très dur au thermalisme français.

Votre prédécesseur, M. Boulin, avait annoncé en 1971 plusieurs mesures favorables au thermalisme social comprenant notamment le rétablissement des indemnités journalières et la reconstitution de la commission consultative du thermalisme social en liaison avec la caisse nationale d'assurance maladie.

Ces mesures ne sont pas encore réalisées. Il vous appartient, monsieur le ministre, d'insister auprès de votre collègue, le ministre d'Etat chargé des affaires sociales, pour qu'il applique dès maintenant ces mesures bénéfiques pour le thermalisme et pour les principaux intéressés, les curistes assurés sociaux.

L'action à mener auprès du corps médical est déterminante pour l'avenir du thermalisme français. L'objectif essentiel est que, dans le cadre de la réforme universitaire, l'enseignement de l'hydrologie soit non seulement maintenu mais développé dans les unités d'enseignement et de recherche.

Or, la situation est actuellement la suivante : sur 56 U. E. R. plus du tiers ne sont pourvues ni de chaire d'enseignement de l'hydrologie ni même de poste d'agrégé.

L'autonomie que la loi d'orientation laisse aux U. E. R. pour fixer leur programme peut aboutir, à la limite, à ce que cet enseignement soit supprimé, ou en tout cas donné dans des conditions très insuffisantes.

Il importe donc que vous obteniez du ministre de l'éducation nationale l'inscription comme matière obligatoire de l'hydrologie thermique dans le programme des études médicales.

Les difficultés que connaissent les stations thermales se situent essentiellement au niveau de l'équipement. Le retard pris dans le domaine de leur modernisation explique la récession que notre thermalisme connaît et, *a contrario*, le succès des stations thermales étrangères.

La réalisation, par paliers successifs, d'un programme de totale rénovation est une question de survie pour le thermalisme français.

Cette réalisation est soumise à trois conditions indispensables dont les deux premières sont l'assouplissement des tarifs de cure dans les établissements thermaux et le déblocage de crédits importants au titre du F. D. E. S. sous forme de prêts et de subventions accordés aux établissements thermaux publics et privés.

La troisième condition, enfin, est d'octroyer aux établissements thermaux le bénéfice du taux réduit de la T. V. A. à 7,50 p. 100 alors que le taux actuel est de 17,60 p. 100. Le bénéfice de cette mesure a été accordé à l'hôtellerie classée de tourisme. Pourquoi ne pas l'accorder de la même façon aux établissements thermaux ?

Jusqu'à présent, M. le ministre de l'économie et des finances s'est opposé à cette mesure pourtant équitable.

Pouvons-nous compter sur vous, monsieur le ministre, pour faire prévaloir notre point de vue ?

Il est essentiel que vous vous concertiez, à bref délai, avec vos collègues responsables des affaires sociales, de l'éducation nationale, de l'équipement, de l'économie et des finances pour aboutir à une politique d'ensemble cohérente du thermalisme français.

Je pense qu'un comité interministériel chargé du thermalisme devrait être institué.

Telles sont, brièvement résumées, les mesures qu'il faut prendre si l'on veut redonner au thermalisme français la place qui lui revient et qu'il mérite.

Il importe avant tout de préserver et de promouvoir, dans une compétition européenne serrée, un patrimoine qui constitue l'une de nos richesses nationales et que l'étranger nous envie. (*Applaudissements.*)

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

M. Jean-Marie Toutain. Monsieur le ministre, mes chers collègues, pour un médecin qui cherche, avant toute chose, à maintenir la vie, le fait de voir chaque année, à un rythme sans cesse croissant, des dizaines de milliers de vies fauchées sur les routes, est proprement intolérable.

Savoir, en même temps, que des sommes fabuleuses devront être votées pour la construction d'autoroutes, afin de faciliter la circulation et de diminuer les risques d'accidents et constater que le but recherché n'est pas atteint et que les autoroutes deviennent, elles aussi, d'effroyables pourvoyeuses de morts et de blessés, tout cela oblige à la réflexion.

Mais le fait que, chaque année et à un rythme qui s'accélère vertigineusement, ces accidents entraînent toujours de plus en plus de handicaps, appelle des décisions énergiques.

Oui, en France, à cause de la route, le nombre des handicapés et la gravité des cas s'accroissent ! Parce que je suis, à la fois, médecin et député de Garches où se trouve le grand centre Raymond-Poincaré, je suis obligé de pousser un cri d'alarme et de demander une action énergique et véritable.

Nous allons voter votre budget dans lequel des sommes intrinsèquement importantes vont être consacrées aux handicapés. Mais, eu égard aux besoins croissants, ces sommes sont dramatiquement insuffisantes. Qu'il s'agisse des hôpitaux, des infrastructures hospitalières, des appareillages et de la remise au travail des handicapés après réadaptation, des ateliers protégés, etc., les sommes nécessaires sont très supérieures à celles que nous pouvons apporter.

J'entends bien que la loi du 13 juillet 1971, que j'ai eu l'honneur de rapporter, a donné un commencement d'espoir aux handicapés, mais comme M. Boulin, alors ministre de la santé, nous l'avait dit lui-même, elle n'était qu'une promesse, un premier effort, et il restait beaucoup à faire.

Les sommes que nous pouvons mettre à la disposition des handicapés sont insuffisantes, mais devons-nous obligatoirement imposer plus lourdement encore le contribuable pour améliorer cette situation ? Je vais peut-être et provisoirement vous scandaliser en répondant non ! Alors que je dirais oui, de grand cœur, et tous les Français le diraient comme moi, s'il n'y avait pas d'autres moyens. Mais il y en a un, indiscutable.

Si j'ai parlé des accidents de la route au début de mon exposé, c'est parce que handicap et accident de la route sont, hélas, de plus en plus liés.

Or, après enquête, on s'aperçoit qu'une part chaque jour plus grande des accidents, donc des handicapés qui en sont la conséquence, ne doit rien au hasard mais que, seule, l'imprudence d'un des conducteurs est en cause. « Imprudence », le mot est vite dit et excuse rapidement les auteurs de ces accidents qui, dans la plupart des cas, savaient fort bien qu'ils commettaient

une infraction. S'ils l'ont faite, c'est parce que le code est déjà la loi et que pour beaucoup de Français, obéir à la loi c'est trop souvent se croire diminué.

Nous n'avons plus le droit de voir l'anarchie qui règne sur nos routes causer chaque week-end des centaines de morts, des dizaines de handicapés.

Ce n'est pas aux Français qui respectent le code, donc la loi, de payer pour ceux qui, volontairement, lorsque le gendarme n'est pas là, commettent des infractions qui entraînent ces catastrophes. Ce sont ceux-là, et d'abord ceux-là, qui doivent supporter les conséquences de leurs actes.

Il est trop facile de penser — et hélas des interviews récentes à la télévision nous montrent que cet état d'esprit existe — que « l'assurance paiera ». Oui, elle paie, mais elle ne guérit pas.

C'est pourquoi je vous demande, monsieur le ministre, d'envoyer que des fonds importants soient apportés aux handicapés, en doublant, en triplant même les amendes pour infraction grave au code de la route, chaque fois que cette infraction a été susceptible de causer un accident sérieux. Bien sûr, il faudrait qu'une sévère répression policière soit faite à ce sujet, mais qui veut la fin veut les moyens, et je pense que personne dans cette enceinte n'accepte de telles hécatombes.

Je sais qu'il va m'être opposé le principe de la non-affectation des ressources que notre législation n'apprécie guère. Mais surtout on va me dire que les handicapés de la route ne sont pas les seuls, et me demander à qui verser ces fonds ?

Les handicapés de la route ne sont pas les seuls, c'est vrai. Mais pour moi, il n'y a pas plusieurs sortes de handicapés, il n'y a que la grande famille des handicapés dans laquelle tous souffrent d'un handicap différent peut-être, mais dans laquelle le seul problème est le handicap et non la nature de celui-ci. C'est pourquoi, ce qui est fait aux uns doit en même temps être fait et servir aux autres.

Alors, me direz-vous, à qui verser ces fonds ? Lors du vote de la loi du 13 juillet 1971, je terminais mon rapport en disant : « Ceci n'est qu'un commencement. Tout ne pourra être réglé qu'en créant un fonds national pour les handicapés ». Par ce moyen, on supprimerait totalement cette sorte de ségrégation dans laquelle on maintenait les handicapés, avec la notion d'aide, de secours, que nous leur apportions. Ainsi ils seraient plus véritablement intégrés dans la nation, devenant des Français à part entière, bénéficiant d'allocations au même titre que les accidentés du travail, les mères, les retraités, etc.

On bute, je sais, sur les ressources à donner à ce fonds. Monsieur le ministre, je vous propose, avec la création rapide de ce fonds, que tous les handicapés attendent, les ressources provenant des amendes imposées aux chauffards. Par ce moyen, il est possible, je pense, et d'apporter des fonds importants aux handicapés, et de diminuer le nombre de ceux-ci, la crainte du gendarme et la ponction sur le portefeuille pouvant devenir pour beaucoup le commencement de la sagesse. (*Applaudissements.*)

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

M. Claude-Gérard Marcus. Mesdames, messieurs, l'an dernier, j'exprimais les inquiétudes des élus U. D. R. de Paris et d'une partie de la région parisienne devant l'insuffisance des crédits d'investissement accordés à l'assistance publique à Paris.

Le débat budgétaire et les arbitrages qui l'ont suivi avaient permis de dégager certains crédits indispensables.

Pour bien situer l'assistance publique, je tiens à rappeler son caractère à la fois local, régional et même national. En effet, en 1971, 44,1 p. 100 des malades venaient de Paris, 44,6 p. 100 du reste de la région parisienne, 9,3 p. 100 de la province et 2,2 p. 100 de l'étranger.

Quant aux malades des services hautement spécialisés, c'est-à-dire des plus coûteux, il n'en venait que 28 p. 100 de Paris, 50,1 p. 100 de la région parisienne, la capitale non comprise, 17,9 p. 100 de province et 4 p. 100 de l'étranger.

Je rappelle aussi que les augmentations du prix de journée pratiqué par l'assistance publique sont depuis dix ans les plus faibles de tous les centres hospitaliers régionaux et que dès maintenant, dans certaines disciplines, les prix de journée accordés aux hôpitaux de province sont supérieurs à ceux de Paris.

Je tiens par ces propos à démontrer qu'il n'existe aucune opposition entre Paris et la province mais que ce problème est non seulement local mais aussi national.

Monsieur le ministre, votre budget accompli un grand pas en avant. Je m'en réjouis. S'il ne donne pas satisfaction dans tous les domaines, il est cependant très encourageant. Il n'est malheureusement pas sans présenter certaines ombres. Très brièvement j'évoquerai quelques problèmes concernant l'équipement, le personnel et la tarification.

Les opérations d'équipement du budget de l'Etat augmentent en autorisations de programme d'un peu plus de 32 p. 100 et de 46,5 p. 100 si l'on tient compte du fonds d'action conjoncturelle, ce qui représente un progrès considérable. Pour l'assistance publique, on peut constater avec satisfaction l'inscription de

crédits correspondant à la fin des financements des hôpitaux Bichat et de Bicêtre. Par contre, il est regrettable qu'aucun crédit n'apparaisse pour Lariboisière ni pour la chirurgie infantile de Hérod. A propos de Lariboisière, je crois savoir toutefois qu'un petit crédit destiné à la clinique d'oto-rhino-laryngologie sera dégagé cette année. Mais le problème de la rénovation de cet hôpital reste entier.

Monsieur le ministre, vous devrez choisir entre les différents plans possibles. Je souhaite très vivement que votre choix se porte sur le programme le plus ambitieux.

Quant à la transformation de l'hôpital Saint-Louis, je me permets d'insister sur la volonté des élus parisiens de voir sa réalisation entreprise avant la fin du VI^e Plan. Donc, dans le domaine de l'équipement, les progrès sont notables, même s'ils ne satisfont pas toutes les demandes.

Par contre, en ce qui concerne les crédits d'humanisation des hôpitaux, l'enveloppe globale de 19,7 millions de francs pour la France entière suscite une certaine inquiétude car elle paraît insuffisante par rapport aux besoins. La part réservée à l'assistance publique est d'autant plus faible que les constructions industrialisées seront financées sur ce crédit. La dotation de 56,3 millions de francs pour toute la France concernant les établissements de soins aux personnes âgées reste, elle aussi, insuffisante quand on sait qu'il faut moderniser ou construire 12.000 lits rien qu'à Paris.

Les problèmes de personnel de l'assistance publique se posent à plusieurs niveaux, d'abord à celui des cadres de direction.

Sur 210 postes budgétaires, il y a 44 vacances. L'insuffisance numérique des cadres de direction à l'assistance publique est si grande qu'il faut envisager des mesures d'urgence: par exemple, faciliter la venue de fonctionnaires de l'Etat du niveau de l'école nationale d'administration, et d'ingénieurs du niveau de l'école des ponts et chaussées. Pour cela, il faut leur offrir des perspectives de carrière et de rémunération normales.

Il faut, par ailleurs — et je le souhaite très vivement, monsieur le ministre — augmenter les promotions de l'école nationale de la santé publique et faciliter les affectations à Paris. En effet, en 1972, il n'y a eu que trois affectations dans la capitale alors que quinze auraient été nécessaires.

Autre problème, celui des effectifs. En effet, le remplacement du personnel pendant les congés hebdomadaires n'est toujours pas définitivement réglé depuis 1968. Il faudrait, quitte à avoir recours à une inspection générale, déterminer les besoins des hôpitaux de Paris dans ce domaine et accorder si possible les emplois correspondants.

Toujours en ce qui concerne les problèmes de personnel, l'essentiel des dépenses de formation — dépenses de fonctionnement des écoles pour la plus grande part et tous les avantages accordés aux élèves — est à la charge du budget de l'établissement hospitalier.

Cette situation est anormale. Il conviendrait que l'Etat supporte une part plus importante des dépenses réelles de formation, prenne en charge les dépenses de fonctionnement des écoles et abandonne le système de subvention forfaitaire.

D'autre part, les personnels en formation selon le régime de la promotion professionnelle ne sont pas remplacés dans leur emploi. Il conviendrait, si l'on veut développer la promotion professionnelle sans perturber le fonctionnement des services, de prévoir leur remplacement nombre pour nombre, l'attribution de crédits en conséquence, c'est-à-dire la création des cadres budgétaires correspondants.

Enfin, la rémunération des personnels. Après une période pendant laquelle les salaires des infirmières se sont situés à un niveau à peu près convenable, les salaires des infirmières diplômées sont, en particulier en début de carrière, trop peu élevés — 1.550 francs par mois — pour attirer des candidates vers cette profession, aussi bien que pour maintenir à l'hôpital les infirmières diplômées.

Dans le cadre de la réforme des catégories B, le Gouvernement devrait donc attacher une importance particulière aux problèmes des infirmières, en particulier à leur traitement de début. D'autre part, un avantage très important devrait être donné à celles qui acceptent de travailler la nuit et le dimanche, les primes actuelles étant nettement dérisoires.

Enfin, j'évoquerai un autre problème, celui de la tarification des consultations, qui n'est toujours pas réglé depuis plus de deux ans malgré des promesses formelles. La situation devient même ridicule puisque, si les demandes formulées depuis deux ans et acceptées en principe étaient acceptées en fait, il faudrait aussitôt entamer une nouvelle procédure, en raison des diverses hausses de prix intervenues depuis deux ans.

En conclusion, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, je vous dirai que ce budget est, dans l'ensemble, satisfaisant, mais nous souhaitons qu'un effort soit fait dans les

directions que je me suis permis de vous indiquer. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et sur divers bancs.)

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

M. Jacques Douzans. Monsieur le ministre, mes chers collègues, mon propos sera bref. Je me contenterai de faire un plaidoyer en faveur des hôpitaux de deuxième catégorie. Je constate qu'à l'heure actuelle la politique sanitaire du pays est orientée essentiellement vers la création de centres hospitaliers universitaires.

C'est une politique assez tentante et facile. Répond-elle aux besoins du pays? Personnellement, je ne le pense pas.

Certes, en matière de soins, il est tout à fait judicieux que des maîtres éminents, entourés de leurs disciples, dispensent l'enseignement et en même temps prescrivent des soins appropriés. Seuls des maîtres éminents peuvent le faire. La sûreté du diagnostic en dépend. De plus, j'ai parfaitement conscience que dans un C. H. U. on dispose d'un matériel qui ne peut pas être dilué sur toute la superficie du territoire.

Mais lorsqu'on parle de la qualité des soins, il faut tenir compte également de l'environnement. Je ne veux pas qu'on revienne à ces pilules de mie de pain que prescrivait jadis Corvisart et qui avaient un effet mirifique, ou encore au bicarbonate de soude qu'on délivrait subrepticement dans les arrière-boutiques des officines et qui avait aussi des effets excellents. Ce qui prouve qu'en thérapeutique la foi sauve parfois.

Aujourd'hui, c'est l'usine à soins qui se caractérise par l'anonymat. Vous allez transplanter dans des centres hospitaliers universitaires les patients, souvent d'origine rurale, et qui y deviennent pratiquement des numéros.

J'admets qu'une telle politique soit séduisante pour un ministre de la santé publique désireux de dresser un bilan et d'annoncer: «Voilà ce que j'ai fait.» Mais cela, c'est la politique de vos services, monsieur le ministre.

Il s'agit de savoir si vous allez suivre la politique des services du ministère de la santé publique ou prôner une politique qui vous soit propre. Vos fonctionnaires ont beaucoup de mérite. Ce sont des gens de qualité, mais ils n'ont pas de responsabilités: ce sont des agents d'exécution.

Qui est responsable? C'est le ministre, nommé par le Président de la République, élu par le peuple et responsable devant les parlementaires, autres élus du peuple. Je voudrais savoir si, dans ce domaine, vous avez l'intention de tenir compte des besoins à venir de la santé publique en France. Effectivement existe une foule de patients en puissance: les traumatisés de la route dont le nombre va croître, les vieillards auxquels on fait souvent allusion, les enfants; mais il y a aussi tous les malades chroniques: pulmonaires, cardiaques, mentaux. Où pourront-ils être soignés demain? Allez-vous les placer dans des centres hospitaliers universitaires? C'est impensable.

Je voudrais dénoncer l'erreur commise dans la région de Toulouse — que j'ai l'honneur de représenter ici — par le préfet de région qui a délégué des crédits régionaux pour aménager en plein centre de la ville de Toulouse un hospice pour trois cents vieillards. Croyez-vous qu'en 1972 une telle implantation soit bien judicieuse?

On parle également beaucoup de la recherche. J'entends bien qu'on ne peut s'y consacrer que dans des laboratoires et que la médecine moderne exige la recherche pour progresser.

Je ne disconviens pas de l'utilité des centres hospitaliers universitaires. Mais si nous parlons de l'enseignement, le critère de ces centres hospitaliers universitaires est de le favoriser. Or que constatons-nous actuellement dans un tel centre? Un maître est quelquefois entouré de trente étudiants. Le professeur effectue sa tournée dans les salles, ausculte un malade, lui découvre une tumeur à l'anus. Combien d'étudiants pourront imiter le professeur et ausculter le patient? Bien peu. Sur trente étudiants, vingt-sept — faute de pouvoir procéder eux-mêmes à l'indispensable examen — en seront réduits à écouter leurs trois camarades plus favorisés leur rapporter les propos et observations du professeur.

A ce sujet, combien de médecins généralistes m'ont déclaré qu'à l'issue de leurs études, ils n'avaient pratiquement jamais été en contact avec des malades? C'est une des insuffisances de la politique hospitalière et médicale en France: les contacts ne sont pas assez fréquents entre les étudiants et les malades. Quels établissements pourraient mieux permettre ces contacts que les hôpitaux de deuxième catégorie, les hôpitaux périphériques?

De ce côté, j'ai l'impression que vous manquez, monsieur le ministre, d'imagination.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Oh!...

M. Jacques Douzans. Vous avez suivi une politique de facilité, mais j'ai le sentiment qu'il faut maintenant penser à toutes ces catégories de patients en puissance que j'ai définies en commençant et qu'il faudra bien accueillir demain.

Seuls les hôpitaux de deuxième catégorie pourraient le faire. Il suffirait que les médecins s'y trouvent soient en contact étroit avec les professeurs de l'Université. Là il y a un hiatus: la communication n'existe pas entre le centre hospitalo-universitaire et les hôpitaux de deuxième catégorie.

Les grands maîtres de la médecine dispensent leur enseignement à un petit nombre d'étudiants admis dans le cénacle. Les autres en profitent-ils? Non. Je voudrais que le problème soit repensé en vue d'un effort en profondeur.

Il est très important de former des médecins valables. A partir de la troisième année de médecine, il serait peut-être judicieux de permettre une orientation de certains étudiants vers la médecine générale, en les mettant en contact avec les malades dans les hôpitaux de deuxième catégorie et les hôpitaux périphériques, les autres se dirigeant vers les études chirurgicales pratiquées dans les salles d'opération.

Pour terminer je citerai un exemple. Je suis maire d'une commune chef-lieu d'arrondissement située à vingt kilomètres de Toulouse. Il y a été construit il y a quelques années avec la totale approbation de la haute hiérarchie, un institut médico-pédagogique qui constituait la première tranche d'un hôpital de deuxième catégorie, dont le programme technique et financier avait été accepté par le ministère. Cette première tranche construite comportait une salle d'opérations.

Un directeur des hôpitaux est alors arrivé, qui a trouvé particulièrement grotesque d'avoir prévu une telle salle dans cet institut médico-pédagogique et, qui plus est, dans un chef-lieu d'arrondissement. Il a finalement décidé que les opérations devaient avoir lieu à Toulouse où se trouvaient les maîtres et l'appareillage nécessaires. Résultat: depuis six ans, une salle d'opérations qui a coûté fort cher n'est pas utilisée dans le chef-lieu de canton dont je suis le maire, le conseiller général et le député.

Je tenais d'autant plus à vous signaler ce scandale que cette salle se trouve en bordure de la route nationale n° 125. Tous les jours, des traumatisés, victimes d'accidents de la route, y passent pour se rendre à l'hôpital de la métropole régionale, à trois quarts d'heure d'automobile, alors que des opérations d'urgence pratiquées beaucoup plus près du lieu de l'accident rendraient service et sauveraient des vies humaines.

A mon sens, monsieur le ministre, il conviendrait d'examiner en profondeur le problème de la médecine et surtout celui des hôpitaux périphériques. Il y a dans ce domaine beaucoup à faire. Et je forme le vœu, en terminant cette courte intervention, que la politique hospitalière envisage l'homme comme une finalité et non comme un moyen. (Applaudissements sur les bancs du groupe Progrès et démocratie moderne et sur divers bancs.)

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

M. Albert Dassié. Monsieur le président, madame le secrétaire d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, mon propos se bornera à traiter, trop sommairement bien sûr, du problème du reclassement et de la réinsertion sociale des travailleurs handicapés.

Je sais combien ce problème vous préoccupe et je reconnais que des efforts ont été accomplis ces dernières années, mais ils restent insuffisants et ce pour plusieurs raisons. En voici quelques-unes: délais trop longs pour l'instruction des dossiers, insuffisance des moyens mis à la disposition des services de l'emploi, aspect humain du problème concernant le placement des handicapés, trop souvent oublié par les commissions d'orientation, crédits mal ou non utilisés pour l'adaptation des postes de travail, réticence des employeurs à occuper des handicapés.

Je me permets de livrer à vos réflexions quelques remarques et suggestions. D'abord, pour faciliter la réinsertion des handicapés dans l'entreprise, le décès sur le lieu du travail est le plus souvent pris en charge au titre des accidents de travail, avec la répercussion qui en résulte sur le taux de cotisation de l'employeur. De ce fait, le patronat et le médecin du travail sont incités à refuser certains malades, non pas parce qu'ils sont inaptes au poste, mais simplement parce qu'ils présentent un risque de mort subite non négligeable.

Il serait souhaitable que le décès survenu sur le lieu du travail ne soit pas mis au compte de l'employeur, au moins lorsqu'il n'existe pas de traumatisme évident.

Une commission pourrait en apprécier de la même façon qu'il est apprécié de la « faute lourde ».

De nombreux postes pourraient, dans la mesure où ils seraient aménagés, être attribués à des handicapés. Cet aménagement est effectué actuellement aux frais de l'employeur. Il conviendrait de faire un plus large usage des crédits prévus à cet effet par le ministère du travail et qui restent souvent inemployés.

Il serait souhaitable que les handicapés de l'entreprise puissent participer au comité d'hygiène et de sécurité et même au comité d'entreprise, au moins avec voix consultative.

Actuellement, aux termes de la loi du 23 novembre 1956, ces 10 p. 100 de salariés ne peuvent être représentés que si leur

qualité de militants les a appelés à être élus par leurs camarades. Bien des problèmes d'étude de postes seraient ainsi plus faciles à résoudre.

L'ensemble des centrales syndicales de salariés, de même que les organisations de malades, sont unanimes à demander que les médecins du travail soient plus indépendants du patronat. Une législation en ce sens serait bien accueillie.

Voyons comment on peut faciliter la réinsertion sociale des handicapés. Nous manquons cruellement d'ateliers protégés et, de ce fait, nombre de handicapés se trouvent rejetés dans l'inactivité ou réduits à l'admission en hospice.

Il est regrettable que la sécurité sociale ne puisse intervenir dans la gestion ou dans la création de ces établissements. Il faut voir là la cause principale de leur insuffisance numérique. Une plus grande liberté d'action devrait être laissée dans ce sens aux organismes sociaux.

La carte de grand infirme civil est actuellement attribuée en fonction de critères médicaux qui paraissent inadéquats: il s'agit, avant tout, d'apprécier les possibilités de station debout et de marche des handicapés. Les textes doivent être revus dans ce sens. Le taux de 80 p. 100 d'incapacité actuellement retenu est sans valeur. Par exemple, la carte de grand infirme civil a été refusée à un homme de soixante-cinq ans amputé d'une cuisse et artérielle de l'autre, qui ne pouvait se déplacer que sur quelques dizaines de mètres. Le taux retenu pour cette attribution devrait être de 60 p. 100.

En ce qui concerne l'architecture, un effort a déjà été fait pour que des maisons et des appartements adaptés aux handicapés soient inclus dans les réalisations immobilières. Il est à poursuivre afin que tous les lieux publics soient accessibles aux handicapés. Actuellement quels sont les bâtiments officiels neufs ou en construction tels que ministères, préfectures, mairies, bureaux de la sécurité sociale, bureaux de postes, gendarmeries, adaptés aux handicapés? Bien peu, certainement, s'il en existe!

Les services chargés du reclassement manquent, de toute évidence, des moyens matériels indispensables, tels que secrétariat, équipements, matériels. On trouve là l'une des causes essentielles de la dramatique lenteur de l'acheminement des dossiers professionnels.

Enfin, examinons l'aide financière. De sérieuses économies de gestion seraient réalisées si les différents régimes de sécurité sociale étaient uniformisés en reprenant les principes émis à ce sujet en 1945. Au contraire, il est surprenant de voir la politique actuelle tendre à multiplier les régimes spéciaux. Cette même centralisation est tout aussi souhaitable pour les caisses complémentaires.

Un décret récent permet de calculer les retraites non plus en prenant comme période de référence les dix dernières années, mais les dix meilleures. Il paraît juste d'appliquer la même mesure au calcul des pensions d'invalidité.

Une comparaison, portant sur les quatre dernières années, entre le taux des pensions d'invalidité et le S.M.I.C. montre une dégradation progressive de celui-ci par rapport à celui-ci. Le S.M.I.C. a subi plusieurs revalorisations. Il serait équitable que le même taux soit appliqué aux pensions d'invalidité comme aux allocations d'aide sociale.

Par ailleurs, les facilités de gestion par ordinateur devraient permettre, sans difficulté, le paiement mensuel des pensions, leur versement trimestriel étant source de nombreuses récriminations.

Et il serait souhaitable que soient enfin mis à la disposition du public les imprimés relatifs aux décrets des 13 et 16 juillet 1972. Il semble, en effet, que cet obstacle matériel soit le seul à empêcher la perception des avantages accordés.

Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, les handicapés et leurs familles, tous ceux qui s'intéressent à leur sort — qui sera peut-être le nôtre demain — attendent beaucoup de vous dans ce domaine très particulier. Je sais qu'ils ne seront pas déçus, car vous avez beaucoup d'imagination, et d'avance, je vous en remercie. (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. Buot.

M. Henri-François Buot. Mesdames, messieurs, le temps de parole dont je dispose m'oblige à limiter mon propos à quelques questions essentielles. Bien sûr, à ce point de la discussion, je m'expose à des redites et vous m'en excuserez. Mais *bis repetita placent!*

La première partie de mon intervention sera d'ordre régional, vous me le pardonnerez, monsieur le ministre. Mais il est tout de même bon qu'un député vous entretienne de ce qui se passe dans sa région.

Par rapport aux prévisions, l'exécution du VI^e Plan en Basse-Normandie laisse beaucoup à désirer dans le domaine de la construction des hôpitaux non C.I.U. — puisque le Plan ne sera exécuté qu'à 26,56 p. 100 à la fin de 1972 — et des

hôpitaux psychiatriques, à Caen et dans l'Orne, où aucune opération n'a pu être entreprise malgré des besoins considérables.

En revanche, la situation est satisfaisante en ce qui concerne le centre anticancéreux et les écoles d'infirmières et de sages-femmes; assez convenable pour l'action sanitaire en faveur des personnes âgées; légèrement en avance pour l'enfance inadaptée et handicapée; très en retard, en revanche, pour la construction de crèches et de centres sociaux, puisque le Plan ne sera exécuté qu'à 18,72 p. 100 à la fin de 1972; hélas, encore plus en retard pour la modernisation ou la réparation des hospices dont vous disiez vous-même, monsieur le ministre, qu'ils étaient la honte de la France.

Si donc en 1973 — et c'est là un point important — les crédits du fonds d'action conjoncturelle n'étaient pas débloqués, l'hypothèse basse retenue pour 1973 et déjà notifiée ne pourrait que retarder irrémédiablement l'exécution du Plan, surtout dans le secteur de la santé.

Et j'aborde maintenant la partie nationale de mon propos.

Une planification parallèle à celle des équipements s'impose pour la création des postes hospitaliers et hospitalo-universitaires. La grève des chefs de clinique vient opportunément, hélas, de vous le rappeler. Il serait infiniment préjudiciable que les efforts financiers de l'Etat, des collectivités locales et de la sécurité sociale n'aboutissent pas au plein emploi des équipements, dans l'intérêt des malades et pour une bonne formation des futurs médecins.

Sans vouloir dresser de catalogue, nous attendons toujours le nouveau décret concernant la carrière des assistantes sociales d'Etat, défavorisées par rapport à celles du secteur para-public, qui est d'ailleurs sous votre tutelle. Dois-je vous rappeler que le traitement de base d'une assistante sociale accuse une différence de 400 francs par mois, selon qu'elle dépend de la caisse d'allocations familiales ou de la mutualité agricole, sans compter que les indemnités parallèles soit pour les kilomètres parcourus, soit pour les repas pris à la cantine sont, elles aussi, supérieures dans le secteur para-public.

Nous attendons aussi l'organisation efficace, à l'échelon départemental, de la coordination des services sociaux, l'amélioration du statut et de la carrière des médecins salariés du secteur public. Qu'est-il advenu à cet égard des études faites depuis juillet 1971 par le groupe de travail animé naguère par M. Delors?

Enfin, nous souhaitons l'organisation de la profession de visiteur médical. Ils sont environ 9.000, sans statut ni sécurité, à l'heure des grandes mutations de la technique et de l'industrie pharmaceutique, du recyclage et de la formation permanente. Ils doivent être des informateurs techniques et objectifs et pas seulement des vendeurs indirects de médicaments.

Nous sommes également nombreux à souhaiter la création d'un budget annexe des prestations sociales du régime général, afin que le Parlement puisse suivre les efforts et les besoins de la sécurité sociale ainsi que les adaptations nécessaires de son code qui a besoin d'être rajeuni.

Nombre d'entre nous aussi attendent une réforme de la procédure en matière d'application de la législation sur les accidents de travail dont le congrès de Saint-Etienne a débattu en 1971.

Enfin, je ne voudrais pas terminer sans regretter une fois encore qu'aucun ministre de la santé — vous serez peut-être celui-là — n'ait jusqu'à ce jour proposé un plan global de lutte contre l'alcoolisme.

Vous connaissez, monsieur le ministre, le coût de ce fléau national en maladies, en hospitalisations médicales et psychiatriques, en accidents de travail et de la route, en absentéisme, en diminution de la productivité et de la promotion sociale.

Je me permets de vous rappeler quelques chiffres significatifs relevés au cours du congrès de Versailles en octobre 1969. Ce n'est pas si loin! Le professeur Lereboullet estimait à 41,80 p. 100 les charges réelles de l'alcoolisme sur le prix de revient hospitalier. La part de l'alcoolisme dans les dépenses d'assurance maladie était apprécié en 1968 à 750 milliards d'anciens francs.

Qu'en est-il à ce jour compte tenu de l'extension de l'assurance maladie à de nouvelles catégories de citoyens et de l'érosion monétaire?

Les incidences de l'alcoolisme sur le niveau des rémunérations et la promotion individuelle ont été chiffrées à environ 400 milliards d'anciens francs. Je sais que ces incidences sont difficiles à cerner mais il y a beaucoup de chances qu'elles dépassent encore ce montant.

Sans chercher à additionner des milliards, j'arrive tout de même à 1.150 milliards d'anciens francs, valeur de 1968.

Si l'on considère qu'en 1970 les Français ont dépensé 13 p. 100 de leur consommation alimentaire en boissons alcooliques et 3,7 p. 100 en boissons non alcooliques, combien de temps attendrons-nous encore la détaxation fiscale des eaux minérales et des boissons hygiéniques?

Vous seul, monsieur le ministre, pouvez obtenir de votre collègue des finances cette mesure indispensable.

Je terminerai en vous souhaitant bon courage. Il reste encore beaucoup à faire et notre tâche est de vous aider à supprimer ce qui est nuisible, inutile ou abusif afin de mieux nous consacrer à tout ce qui peut améliorer la santé des hommes et des femmes de ce pays. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

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

M. Alfred Westphal. Monsieur le ministre, j'ai écouté attentivement votre intervention et j'ai pris acte avec la plus vive satisfaction de votre déclaration concernant l'indépendance des médecins et l'exercice libéral de la médecine.

Vous savez, monsieur le ministre, quelle importance nous attachons à ces principes. Ce que vous avez affirmé reflète non seulement votre sentiment personnel, mais aussi la position du Gouvernement tout entier et je tiens, au nom de tous les médecins, à vous présenter nos plus vifs et nos plus sincères remerciements.

Je ne suis pas le premier médecin à prendre la parole aujourd'hui dans cette discussion et ce que je dirai ne vous apportera sans doute aucun élément nouveau.

Il y a huit jours, interpellant M. le ministre de l'économie et des finances, j'appelais son attention sur le conflit qui oppose les médecins à la sécurité sociale. Le corps médical reproche, à juste titre semble-t-il, au Gouvernement, de ne pas avoir tenu l'engagement qu'il avait pris le 19 mai 1971 d'assurer le bon fonctionnement de la convention nationale. Il serait infiniment regrettable que ce conflit aboutisse à une rupture et compromette l'application de cette convention. Mais, monsieur le ministre, vous connaissez mieux que moi le dossier, et votre formation fait sans doute de vous le meilleur avocat que l'on puisse souhaiter pour plaider et faire aboutir dans les meilleurs délais une cause assez pressante.

J'ai trouvé ce matin dans mon courrier une lettre ouverte, adressée à MM. les parlementaires, émanant de la fédération nationale des médecins salariés contractuels et fonctionnaires. Je me permettrai de vous en remettre un double, encore que je sois certain que vous en possédez déjà un exemplaire dans vos dossiers. Cette lettre cite deux ministres: M. Maurice Schumann qui avait signé, en juillet 1968, un protocole d'accord avec les médecins à plein temps du service de santé leur garantissant, à dater du 1^{er} janvier 1968, un statut au moins équivalent à celui des ingénieurs géographes; et vous-même, monsieur le ministre, qui avez pris conscience, dès votre arrivée au ministère, de la gravité du problème et qui avez promis d'agir, ce pour quoi, d'ailleurs, cette fédération vous accordera sa confiance.

Cette fédération redoute cependant, à la lumière de l'expérience, qu'une opposition systématique du ministère des finances ne bloque indéfiniment la solution des problèmes en suspens. C'est la raison pour laquelle, monsieur le ministre, je me permets d'attirer votre attention sur ce point.

M. René Le Combe. Puis-je vous interrompre, monsieur Westphal?

M. Alfred Westphal. Volontiers.

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

M. René Le Combe. Je vous remercie, monsieur Westphal, de bien vouloir me laisser vous interrompre. Je voudrais à mon tour appeler l'attention du Gouvernement sur la situation des pharmaciens.

En effet, l'évolution générale de nos campagnes et le développement des soins médicaux qu'elles connaissent, et dont on ne peut que se réjouir, justifieraient qu'on amendât, au moins en partie, le statut qui régit la profession de pharmacien.

Vous savez qu'une pharmacie ne peut être créée si la population n'atteint pas un certain chiffre dans le secteur considéré. J'estime pour ma part que ce chiffre pourrait être quelque peu abaissé. Bien entendu, mon propos n'a pas pour but de susciter les passions dans la profession des pharmaciens, et je n'entends pas remettre en cause le statut qui régit l'exercice de cette profession. Mais il est tout de même des cas où les privilèges doivent être quelque peu atténués.

C'est pourquoi je me permets de vous rappeler, monsieur le ministre, que je vous ai posé sur ce sujet une question écrite à laquelle je souhaiterais que vous acceptiez de répondre le plus tôt possible.

M. Alfred Westphal. Pour ma part, je voudrais conclure, monsieur le ministre, en vous assurant de notre confiance, comme de celle des médecins, et en vous souhaitant du courage et de l'imagination. Puissiez-vous connaître le succès dans la réalisation de vos entreprises. (Applaudissements.)

M. le ministre de la santé publique. Je vous remercie.

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

M. Jacques Barrot. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, je ne reviendrai pas sur les appréciations générales portées sur ce budget dont je me plais à

souligner, après d'autres orateurs, le caractère réellement positif en ce qui concerne les crédits d'équipement. Je partagerai simplement le vœu de la commission des finances qui aurait souhaité que soit engagée la totalité des autorisations de programme dès le début de 1973.

Mon propos traitera des équipements en faveur des personnes âgées, des risques de sous-médicalisation du milieu rural et de l'humanisation des hôpitaux.

Tout d'abord, il convient de définir une politique cohérente des équipements destinés aux personnes âgées. L'accent est mis désormais sur la nécessité de maintenir à domicile les personnes âgées afin de leur laisser une plus grande autonomie de vie, facteur important de lutte contre la passivité et la sénescence. Le programme finalisé s'insère dans cet effort et il n'est pas négligeable. A cet égard, Mme le secrétaire d'Etat a évoqué ce matin les équipements collectifs de quartier, la construction de petits logements et de logements-foyers rattachés aux restaurants et aux clubs.

Je soulèverai cependant la question de l'adaptation de ce programme finalisé au milieu rural. Je ne suis pas sûr, en effet, que l'on trouve facilement le personnel nécessaire, en particulier les aides ménagères dont la tâche sera incontestablement plus difficile en milieu rural.

D'autre part, quels seront les organismes constructeurs de petits logements là où n'existe pas de programme d'H. L. M. ?

Une circulaire ministérielle fait référence à la maison des anciens. La formule, je l'avoue, m'a quelque peu choqué. Il semble que cette circulaire ait été élaborée par des spécialistes très « urbanisés », si vous me permettez cette expression, qui n'ont peut-être pas mesuré avec exactitude ce que représente la politique du maintien à domicile des personnes âgées en milieu rural.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Monsieur Barrot, me permettez-vous de vous interrompre ?

M. Jacques Barrot. Volontiers, madame le secrétaire d'Etat.

M. le président. La parole est à Mme le secrétaire d'Etat, avec l'autorisation de l'orateur.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Puisque vous évoquez une circulaire ministérielle, je tiens à présenter une observation.

A plusieurs reprises, j'ai eu l'occasion d'apprécier les réalisations dont vous parlez. C'est pourquoi je pense que vous n'avez peut-être pas bien vu comment pouvait être réalisée l'adaptation de cette politique en milieu rural, adaptation qui, certes, pose de réels problèmes.

Dans certaines petites communes, il existe des bâtiments désaffectés — anciennes gendarmeries, anciens presbytères ou autres locaux — qui peuvent être aménagés à peu de frais pour accueillir quatre ou cinq personnes âgées qui, sans cela, resteraient isolées dans la campagne.

Ainsi se présentent les maisons auxquelles j'ai fait allusion. Je dois reconnaître que le mot « ancien » signifie peu de chose dans les grandes villes, à Paris notamment. Dans le monde rural, il suscite quand même un certain respect et une certaine sympathie. Bien entendu, on peut donner le nom de son choix à de telles maisons d'accueil.

M. Jacques Barrot. Je vous remercie, madame le secrétaire d'Etat. Votre réponse traduit votre souci de poursuivre la politique du programme finalisé en fonction des caractéristiques propres au milieu rural. J'en prends acte. Mais, à mon sens, le programme finalisé ne doit pas faire oublier la nécessité de maintenir en milieu rural des établissements plus classiques. Nous avons éprouvé quelque inquiétude lorsque nous avons constaté que la politique un peu anarchique de construction de maisons de retraite sur tout de territoire faisait place brutalement à une politique axée presque exclusivement sur le maintien à domicile.

L'une des caractéristiques du milieu rural, c'est que la ligne de partage entre personnes âgées valides et personnes âgées invalides est difficile à saisir. La création de maisons de retraite de faibles dimensions, qui serait incontestablement une erreur en milieu urbain, se justifie dans certains cas. J'insiste sur le fait que le programme finalisé ne doit pas faire oublier la nécessité de rénover les hospices. Les salles communes doivent disparaître ; elles sont la honte de la France, comme le disait ce matin M. le ministre.

Mais ces salles communes ne pourront disparaître sans l'aide de la collectivité, car les crédits d'investissement des hospices sont, en règle générale, extrêmement réduits. Actuellement, la rénovation d'un hospice suppose que l'établissement dispose de ressources propres — ce qui est assez souvent le cas, heureusement — ou que la caisse nationale de vieillesse du régime général finance la rénovation. Or l'intervention de cette caisse n'est possible que si la moitié au moins des pensionnaires relève du régime général.

Hélas ! trop souvent, la rénovation des salles communes ne peut être assurée avec les seuls moyens fournis par l'Etat.

D'autre part, le problème de la sous-médicalisation des hospices demeure. On s'accorde à affirmer que la prévention de la sénescence et de l'invalidité suppose la mise en place d'un appareil médical de réadaptation fonctionnelle et d'examen de santé systématiques.

Il est donc souhaitable que les établissements qui accueillent des vieillards invalides soient proches d'un centre hospitalier ou même intégrés à celui-ci.

Mais nous sommes dans une situation telle que, pour beaucoup, le quatrième âge se vit, et cela pour quelque temps encore, dans des hospices où la présence médicale est très aléatoire.

Comment en serait-il autrement puisque les règles de prise en charge des vieillards dans les hôpitaux publics et les hospices créent des discriminations contradictoires avec l'idée d'humanisation ?

Au-delà de trente jours, l'assuré social hospitalisé est pris en charge à 100 p. 100 par la sécurité sociale.

En revanche, dans les hospices, les vieillards doivent concourir au paiement du prix de journée jusqu'à 90 p. 100 de leurs ressources, le complément étant pris en charge par l'aide sociale.

Or c'est souvent le hasard qui dirige un vieillard ou un malade chronique vers l'hospice ou vers l'hôpital.

Il faudrait sortir de ce système soit par l'institution de deux prix de journée, l'un hôtelier, l'autre proprement hospitalier, soit par l'établissement d'une prise en charge unique pour les vieillards invalides et les vieillards valides, le ticket modérateur étant prélevé sur les ressources du vieillard et relayé par l'aide sociale.

C'est la solution que préconise le rapport de l'inspection.

Mais qui dit aide sociale, dit appel aux débiteurs alimentaires. Or l'obligation alimentaire détériore trop souvent le climat familial. Elle est parfois injuste. Un couple sans enfant, dont la vie n'a pas été trop difficile, peut disposer facilement de l'aide sociale puisqu'il n'est pas créancier de l'obligation alimentaire, alors que le couple qui a eu des enfants se trouvera pénalisé.

Il serait souhaitable, comme le suggère le rapport de l'inspection, de faire le bilan des avantages et des inconvénients que présente l'obligation alimentaire, à laquelle d'ailleurs de nombreux pays ont renoncé sans grave dommage.

Monsieur le ministre, vous avez dit ce matin — et j'en prends acte — qu'il était urgent de clarifier notre législation dans ce domaine. Elle est en effet trop complexe et, ajouterai-je, quelquefois injuste.

J'aborde maintenant ma deuxième question : le milieu rural ne risque-t-il pas de se trouver sous-médicalisé ? Une médecine préventive souvent trop démunie de crédits pour s'exercer efficacement nous le fait craindre. Aussi voudrais-je ici rendre hommage aux personnels des directions départementales d'aide sociale — ceux des petits départements notamment — qui arrivent à assumer leur mission malgré une pénurie certaine de moyens.

Vous nous avez fait part de votre intention de réorganiser la médecine scolaire. C'est une excellente initiative car il y avait là urgence : dans mon département certains enfants n'ont pas été visités depuis quatre ou cinq ans. Les médecins sont en nombre insuffisant ou trop souvent absorbés par des tâches bureaucratiques pour se consacrer à leur véritable mission. Les secteurs ont été élargis, mais les auxiliaires administratifs qui leur permettaient de se libérer de ces tâches font défaut.

J'ajoute que la sous-médicalisation du milieu rural a quelquefois pour cause une densité médicale insuffisante.

J'ai pris note, monsieur le ministre, des études entreprises pour favoriser l'installation des médecins dans les régions défavorisées. Ces études doivent aboutir rapidement. Sans doute faut-il chercher des solutions sur le plan fiscal et sur le plan des aides aux équipements.

Nous avons enregistré avec satisfaction les mesures prises en faveur de la médecine de groupe et que vous nous avez annoncées ce matin. Mais il faut — comme le disait M. Westphal — que les engagements du 19 mai 1971 soient tenus, car ils traduisent notre attachement profond à cette médecine libérale dont les efforts pour participer à une politique de la santé mieux concertée méritent, en retour, la compréhension des pouvoirs publics.

Troisième point, les services hospitaliers doivent être humanisés. Vous avez insisté ce matin sur l'œuvre législative accomplie et vous avez marqué combien elle est importante. Pour que les grandes orientations qui ont été définies se traduisent dans les faits, les textes d'application de la loi hospitalière doivent être publiés à un rythme rapide. Vous nous l'avez promis ce matin. Je pense en particulier aux décrets concernant la concession du service public hospitalier, l'association du

secteur privé à ce service, le fonctionnement financier et comptable des établissements assurant le service public et hospitalier.

Il faut aussi se donner les moyens d'une politique d'humanisation authentique et faire paraître le décret relatif aux nouvelles sources de financement des investissements publics. Une caisse d'aide à l'équipement hospitalier doit être créée.

J'appelle également votre attention sur l'indispensable augmentation des prix de journée. Je sais que vous en êtes convaincu. Cette augmentation devra tenir compte de la hausse du coût de la vie et permettre de poursuivre la politique d'humanisation. Et nous savons qu'une telle politique, évidemment, coûte cher, à moins que l'humanisation ne relève du gadget ! Une humanisation véritable suppose toute une politique de formation, de déroulement des carrières, de rémunération des médecins et des personnels paramédicaux sans laquelle l'humanisation de l'hôpital restera un vain mot.

Le rapport de l'inspection des affaires sociales a très bien résumé d'une phrase ce dont il s'agit : sensibiliser tous les personnels aux problèmes des malades suppose une politique dynamique de formation, de recyclage, de promotion du personnel paramédical, dont je vous épargnerai le détail.

Telles sont les quelques observations et les quelques questions que je tenais à formuler dans cette rapide intervention. Je dois maintenant conclure.

En présentant ce budget de façon très dynamique et avec beaucoup de conviction, vous avez souligné que les destinataires des crédits de la santé ne se manifestaient pas et ne constituaient pas un groupe de pression. Pour cette raison ils doivent demeurer les privilégiés de notre préoccupation constante car, là plus qu'ailleurs, la solidarité, vous l'avez rappelé, peut aller plus loin encore lorsqu'elle est relayée par la générosité. Le budget de la santé requiert des sacrifices financiers que nous souhaitons toujours plus importants, mais aussi l'affirmation de l'éminente dignité de ceux qui souffrent. Puisse ce nouveau débat nous aider à traduire dans les faits cette conviction. (Applaudissements.)

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

M. William Jacson. Mesdames, messieurs, voilà un an exactement, je montais à cette tribune pour attirer l'attention du Gouvernement sur les impératifs d'équipement sanitaire qu'appelle le développement de la région lorraine.

J'ai l'espoir, en tant que médecin et en tant que parlementaire, de faire entendre enfin mon appel.

En effet, certaines réalités sont tellement évidentes qu'il est impossible de les méconnaître.

Alors qu'un souffle de modernisme imprègne la vie entière de la France, on ne peut se résoudre à ne pas appliquer ces méthodes à la protection de l'individu.

J'évoquerai trois aspects de ce problème d'équipement sanitaire.

Premièrement, le dossier de la pédiatrie revêt une grande importance pour la région de l'Est de la France et plus particulièrement pour la Lorraine.

Notre équipement sanitaire souffre de l'absence d'un centre spécialisé destiné aux soins particuliers à donner aux malades du premier âge.

Je ne vous apprendrai pas que les soins réservés aux enfants font partie d'une thérapeutique très spéciale de même que leur étiole.

D'autre part, on connaît la nécessité, en pédiatrie, de conserver des contacts réels et fréquents entre les enfants et leurs parents. Cette humanisation de la médecine permet d'augmenter, dans une très forte proportion, les chances de guérison.

Je suis intervenu à cette tribune le 4 novembre 1971 pour appeler l'attention du Gouvernement sur ces problèmes.

Devant le climat d'incompréhension et d'indifférence qui n'a pas permis jusqu'ici d'obtenir les appuis budgétaires indispensables, je profite, monsieur le ministre, de votre venue parmi nous pour plaider ce dossier des enfants, qui ne peut vous laisser insensible. La médecine moderne exige, en effet, une différenciation des techniques, lesquelles doivent être adaptées à chacun des trois âges.

J'ai envoyé à vos services toute une documentation ayant trait à l'étude d'un centre de pédiatrie, notamment une copie de la lettre du professeur Pierson du 22 avril 1972 et une notice sur le financement.

Les Lorrains mettent tout leur espoir dans un changement de politique du ministère de la santé publique et espèrent obtenir, grâce à votre appui, la réalisation de l'hôpital de pédiatrie de Nancy-Brabois, indispensable aux familles de notre région.

Le deuxième volet de mon exposé est relatif au centre hospitalier universitaire qui représente une part importante de l'équipement sanitaire de notre région.

En effet, nous avons été frappés par le petit nombre de places réservées — 2,5 p. 100 — à un département aussi important que celui de l'oto-rhino-laryngologie, comparativement à

la part qui lui est attribuée — 5 p. 100 — dans les autres pays occidentaux. Ce faible pourcentage correspond à peine à l'effectif d'une « antenne médicale » et non à un service indépendant ayant à sa tête un directeur. Il faudrait que les spécialistes aient la possibilité de disposer, en dehors des dix ou quinze lits occupés par des malades chroniques, d'un nombre supplémentaire de lits pour illustrer les multiples diagnostics et les méthodes thérapeutiques employées. Cette façon de procéder a constitué la richesse de l'enseignement que nous avons reçu au cours de nos jeunes années d'études médicales.

Mon opinion a d'ailleurs été confirmée par le professeur Larcen dans son rapport sur les « perspectives hospitalières » présenté lors de la réunion de la commission médicale consultative du 21 janvier 1972, et explicitée par le professeur agrégé Wayoff dans son exposé présenté au C. H. U. de Nancy.

En conclusion, il paraît nécessaire de porter ce pourcentage de 2,5 p. 100 à 5 p. 100, laux à peine suffisant, soit soixante lits pour le C. H. U. de Nancy. C'est d'ailleurs pour parvenir à ce résultat que la commission médicale consultative de Nancy s'est adressée au docteur Charbonneau, directeur général de la santé.

Le troisième volet du triptyque de l'équipement sanitaire de la Lorraine consiste en une création dont l'importance ne vous échappera pas en raison des problèmes très délicats qu'elle soulève.

Il s'agit, en effet, de la création de nouveaux services de psychiatrie. Ce projet est approuvé par le docteur Charbonneau. Il répond à une nécessité pour une population de 70.000 habitants dont les communes de Saint-Nicolas-de-Port, Haroué et Vézelise constituaient au début l'embryon. Par la suite, la carte de la région a compris la commune de Colombey-les-Belles et Nancy-Ouest moins la ville de Vandœuvre.

J'ai eu l'occasion d'examiner les plans de cette construction, qui me paraît remarquable en tout point, et le rapport des architectes, que je vous ai fait parvenir le 31 juillet 1972 avec l'étude préliminaire à la construction du quartier psychiatrique de l'hôpital Saint-François.

Le médecin qui se trouve à la tête de cette réalisation est un homme remarquable. Je ne puis mieux faire à son sujet que de citer l'opinion émise par le docteur Charbonneau lui-même : « Toutes les œuvres humaines se développent en fonction des hommes : vous êtes l'homme créateur de cette institution originale. Je vous en félicite. »

La documentation complémentaire que je me suis permis de vous faire parvenir, monsieur le ministre, ainsi que le rapport médical remis par le docteur Poiré à M. le préfet de Meurthe-et-Moselle, vous éclaireront sur l'importance de cet établissement et la qualité exceptionnelle des soins qui y sont prodigués. Il n'est pas exagéré d'affirmer que Saint-Nicolas-de-Port possèdera un centre psychothérapique unique au monde, ce qui fera honneur à la Lorraine et à la médecine française.

Je suis particulièrement fier de vous présenter ce dernier dossier. Vous connaissez les efforts que j'ai accomplis à Saint-Nicolas où j'ai implanté le premier foyer-village pour personnes âgées et infirmes et où j'ai pu résoudre le problème de la construction d'un établissement destiné à l'enfance délinquante et caractérielle, primitivement installé à Jarville. La solution financière qui nous permettra de réaliser un ensemble complet comportant des « services » et non pas des « quartiers » dans un hôpital général sera à l'origine de la formule la plus moderne dans la conception des traitements médicaux.

Nous plaçons notre espoir dans votre compréhension des besoins de la Lorraine en équipements sanitaires. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

M. le président. La parole est à Mme Ploux, dernier orateur inscrit.

Mme Suzanne Ploux. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, les trois observations que je veux présenter n'ont qu'une importance très modeste à côté des problèmes traités par les orateurs précédents.

La première concerne les hôpitaux parisiens. Dans ceux que je connais — seule une enquête permettrait d'établir si c'est vrai dans tous — les patients qui viennent consulter des professeurs ou des spécialistes sont convoqués pour neuf heures et attendent quelquefois jusqu'à midi. Or il s'agit de personnes fatiguées, malades. Aussi est-il navrant de les voir attendre si longtemps alors que l'on pourrait fixer de façon précise l'heure de la consultation.

De plus, les patients sont tous convoqués à la même heure ; ne pourrait-on échelonner les convocations tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, selon le temps que le médecin doit consacrer à chacun de ses malades ? C'est là un aménagement simple à opérer, qui faciliterait le déroulement des consultations en même temps que l'administration des soins dans nos hôpitaux. Une étude devrait être faite à ce sujet.

Ma deuxième observation portera sur le respect de la diététique dans les cantines scolaires et dans les établissements qui accueillent des personnes âgées. Je ne formule pas ici une critique, mais j'ai le sentiment que les repas servis dans ces établissements sont souvent établis de façon telle qu'ils peuvent nuire à la santé des enfants ou des vieillards.

Certes, il est extrêmement difficile pour les personnes âgées d'abandonner des habitudes acquises au cours d'une longue existence, mais un effort dans ce sens mérite cependant d'être tenté. Très souvent, le maire ou le directeur de la maison de retraite n'a aucun pouvoir dans ce domaine. Des diététiciens ou des diététiciennes ne pourraient-ils venir régulièrement prendre connaissance des menus qui sont offerts, donner des indications précises et, surtout, s'assurer que les conseils prodigués sont suivis ?

Pour les cantines scolaires, on se heurte à une difficulté supplémentaire : en effet, on hésite à augmenter le prix des repas, alors que, dans les maisons de retraite, celui-ci est compris dans le prix de journée. Il est certain que des menus où figureraient davantage de fruits et de légumes verts coûteraient plus cher que ceux que l'on offre actuellement mais qui ne conviennent pas aux enfants. Sur ce point aussi, une enquête effectuée dans l'ensemble des cantines permettrait de voir comment on pourrait remédier à cet état de choses.

Ma troisième observation sera très brève. Monsieur le ministre : ne vous semblerait-il pas opportun d'affecter des professeurs de gymnastique médicale dans certains établissements scolaires particulièrement importants ? J'ai acquis la conviction que bien des déformations osseuses assez graves, des scoliozes par exemple, seraient évitées si un professeur de gymnastique médicale était à la disposition des élèves. On ferait par là même l'économie de traitements ultérieurs plus longs et plus coûteux.

Monsieur le ministre, je vous remercie de votre attention. *(Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique.

M. le ministre de la santé publique. Mesdames, messieurs, beaucoup d'idées ont été agitées, beaucoup de suggestions ont été présentées, et il me faudrait un temps très long si je voulais apporter à chacun des intervenants les réponses qu'appelle l'intérêt de leurs propos. Le temps dans lequel je me trouve enfermé m'empêchera de le faire avec tout le détail que j'aurais souhaité. A l'avance, je leur demande de bien vouloir m'en excuser.

Mais ma tâche sera quelque peu facilitée, certaines des questions posées, celle de M. Buot en particulier, relevant de la compétence du ministre d'Etat chargé des affaires sociales et non de la mienne. J'invite donc leurs auteurs à les repcher dans quelques jours, lorsque le budget des affaires sociales viendra en discussion devant l'Assemblée.

Essayant de classer les divers points qui ont été soulevés et m'excusant à nouveau auprès de ceux à qui je ne répondrai pas en détail, je parlerai d'abord des professions, ensuite des équipements, puis de certaines actions de santé et, enfin, de l'action sociale.

En ce qui concerne les problèmes actuels — j'allais dire : brûlants — de la médecine libérale, une question d'actualité posée par M. Cousté m'a fourni tout à l'heure l'occasion de traiter le sujet. Je n'y reviendrai pas maintenant, me permettant de vous renvoyer à la réponse que j'ai déjà faite. Je renouvellerai seulement le souhait que la concorde s'établisse bientôt et formerai, du haut de cette tribune, un vœu d'irénisme, m'adressant ainsi à MM. Grondeau, Buot, Westphal et Barrot.

M. La Combe a posé une question, à laquelle j'avais cru répondre par avance ce matin, à propos de la réglementation de l'ouverture des officines pharmaceutiques. Je lui dirai que la limitation du nombre des pharmacies ne vise pas, à proprement parler, à défendre un privilège ; c'est une disposition qui a été édictée dans l'intérêt de la santé publique.

Cette législation n'est d'ailleurs pas aussi rigoureuse qu'on pourrait le penser. Car si l'ouverture d'une officine est subordonnée à la délivrance par le préfet d'une licence et si ce dernier doit obéir à certaines dispositions très précises du code de la santé publique, lesquelles exigent une population minimale, il existe tout de même, dans certaines circonstances, une possibilité de dérogation. Mais, dans le cas qui nous occupe, M. La Combe et moi, il ne fallait pas, me semble-t-il, faire jouer une dérogation qui a été prévue pour des villages que la neige, à certaines périodes de l'année, prive de tout moyen de communication avec le centre où se trouve une pharmacie. Tel n'est pas le cas de la commune de La Pouéze.

J'ajoute que l'agitation me paraît se développer dans le vague car, en application de la loi, le préfet n'autorise pas l'ouverture d'une officine ; il accorde une licence à un pharmacien qui sollicite l'autorisation de s'installer dans un lieu déterminé.

La querelle de La Pouéze est maintenant devenue presque uniquement idéologique puisque aucune licence n'est sollicitée et qu'une population tout entière s'enflamme sur le thème de l'ouverture d'une pharmacie dont on ne sait pas encore, à l'heure actuelle, qui pourrait en être le titulaire et si même il y en aurait un.

J'aborde maintenant les diverses questions qui ont été soulevées à propos des médecins. La limitation, qualifiée de malthusienne par M. Bustin, du nombre des étudiants en médecine n'a pas pour objet essentiel de limiter systématiquement et par malveillance le nombre des médecins, mais de garantir une formation de qualité aux futurs praticiens, en tenant compte précisément de la capacité hospitalière.

A M. Douzans, qui souhaitait que l'on utilisât les hôpitaux de deuxième catégorie, je répondrai que cela est parfaitement possible en vertu des textes en vigueur. La formule est déjà en cours d'application et sera généralisée.

A la suite d'une interruption de M. Cazenave, j'ai déjà traité ce matin du problème que posent les chefs de clinique et assistants des universités, assistants des hôpitaux. J'ai dit que la revendication de ces jeunes et brillants médecins était tout à fait justifiée et que nous travaillions à leur donner satisfaction. En effet, un premier train de mesures doit intervenir très bientôt, suivi assez rapidement d'un second destiné à réaménager la carrière. De ce côté-là, je crois que l'horizon va s'éclaircir totalement.

Pour ce qui est de la médecine de groupe, j'ai précisé à M. Cousté que le groupe de travail, dont M. Boulin m'avait confié la présidence alors que je siégeais dans cette assemblée, était sur le point de terminer ses travaux.

Quant au problème des gardes et urgences, un avant-projet de loi avait soulevé quelque émotion dans le corps médical. J'ai donc décidé de remettre la question à l'étude ; elle fera l'objet d'une concertation entre l'administration et les représentants des médecins.

En ce qui concerne les dispensaires, le ministère de la santé publique avait élaboré un projet de loi. Le Conseil d'Etat l'a jugé inutile, estimant que l'article 16 du code de déontologie médicale permettait de résoudre les problèmes posés. C'est ce à quoi nous nous employons, en liaison avec le conseil de l'ordre.

M. Narquin et quelques-uns de ses collègues se sont préoccupés, à très juste titre, du sort des infirmières. On ne rendra jamais assez hommage au mérite des membres de cette profession, à leur dévouement et à la remarquable technicité qui est généralement la leur.

Le problème des indices a été exactement posé par l'un des orateurs. Si les indices de début de carrière sont convenables, ceux de fin de carrière ne le sont pas. J'indique aux intervenants qu'un projet de décret portant sur ce point particulier est actuellement soumis à l'arbitrage du Premier ministre.

Quant à l'institution du temps partiel dans les hôpitaux, le principe en a été posé par l'article 3 de la loi du 31 décembre 1970, modifiant l'article L. 792 du code de la santé publique.

Les retards constatés dans l'application sont dus à une différence d'interprétation entre le ministère de la santé publique, qui considèrerait qu'il y avait possibilité de service à temps partiel — trois quarts du temps par exemple — et le ministère des finances, qui estimait que le texte n'autorisait que le travail à « mi-temps ».

Un arbitrage a été rendu, le 6 mai 1972, qui a donné gain de cause au ministère des finances, et un nouveau texte a été élaboré, l'accord ayant été obtenu des divers départements intéressés, y compris celui des finances. Un projet de décret sera soumis au conseil supérieur de la fonction publique à la fin du mois.

Plusieurs orateurs, dont M. Marcus, ont évoqué le cas du personnel de direction des établissements hospitaliers. L'évolution des effectifs a été considérable puisqu'ils sont passés de 1.015 en 1966 à 2.121 en 1972. Néanmoins, au 1^{er} octobre 1972, un certain nombre de postes restaient vacants et l'on constatait notamment une certaine difficulté à décider les candidats à accepter des postes à Paris.

Des mesures ont été prises à l'effet de redresser la situation. A l'échelon national a été menée une campagne d'information sur la carrière de directeur d'hôpital, et ses résultats ont été très spectaculaires.

En 1971, il y avait 167 candidats pour 41 places à l'Ecole nationale de la santé publique. A la suite de la campagne dont je viens de parler, on a enregistré, en 1972, 480 candidatures, et 79 candidats ont été reçus. Cette progression tout à fait satisfaisante est garante de la qualité des candidats admis.

Les modalités de recrutement des assistants de direction ont été élargies par un arrêté du 17 octobre dernier.

En ce qui concerne les assistantes sociales, dont a parlé M. Buot, notamment, la disparité des statuts entre le secteur

public et le secteur semi-public ou privé demeure, en effet, une cause importante de difficultés pour le fonctionnement du service public.

Une commission interministérielle a siégé en 1972 afin de rechercher les solutions possibles. Elle est arrivée à la conclusion qu'un relèvement des traitements était nécessaire. La décision, en cette affaire, est soumise actuellement à l'examen des services de la fonction publique et du ministre de l'économie et des finances.

Plusieurs intervenants ont parlé des inadaptés et des handicapés, dont Mlle Dienesch vous a largement entretenus ce matin, mesdames, messieurs.

M. Sallenave a fait une excellente synthèse du problème des handicapés, que je ne reprendrai pas dans le détail.

M. Toutain a présenté une proposition intéressante, celle de la création d'un fonds national de solidarité au profit des handicapés. Mais il sait combien il est difficile de mettre au point une telle formule, car elle implique une affectation des recettes qui est contraire à un principe fondamental du droit budgétaire.

M. Fouchier a bien souligné que la pleine indépendance souhaitée par les handicapés impliquait non seulement une aide financière, mais aussi une intégration dans la vie économique et sociale du pays, par la réadaptation sociale et professionnelle, et un aménagement progressif de l'obligation alimentaire, dont il semble bien — j'en parle ici en retrouvant mon ancien caractère de juriste — qu'on l'ait quelque peu étendue au-delà de ce que le code civil de 1804 avait voulu faire en prévoyant toutes sortes de récupérations sur les personnes qui sont tenues à l'obligation alimentaire envers tel ou tel bénéficiaire de l'aide sociale.

La réforme de l'aide sociale que nous envisageons devrait comporter l'égalité pour tous des prestations qui seraient servies par les organismes de sécurité sociale, la fonction de l'aide sociale consistant alors à supporter la charge des cotisations pour les bénéficiaires de cette aide. Enfin, elle devrait comporter un aménagement considérable de l'obligation alimentaire.

Telles sont, à mon avis, les grandes lignes de cette œuvre de simplification et de justice.

M. Chalopin a suggéré que chaque fois que l'on ouvre un établissement pour handicapés mineurs, on se préoccupe également de la création d'un établissement pour handicapés majeurs et adultes. Il a cent fois raison.

Les progrès de la médecine sont tels que, désormais, de nombreux handicapés ne sont plus condamnés à mourir jeunes, comme ils l'étaient dans le passé. Il est très bon de se préoccuper des handicapés mineurs, certes, mais il n'est pas suffisant de s'occuper d'eux.

A cet égard, si les candidatures sont nombreuses quand il s'agit de créer des établissements pour mineurs handicapés, on peut regretter de ne pas constater un même entraînement, un même enthousiasme, pour la création d'établissements destinés aux handicapés adultes. C'est tout à fait regrettable, et un courant dans ce domaine est à créer.

Le thermalisme, dont plusieurs orateurs ont parlé — M. Morellon et M. Péronnet, notamment — n'est nullement dédaigné ni oublié dans les pensées — j'allais dire : dans les prières — du ministre de la santé publique et du Gouvernement.

Des opérations ont été programmées au titre du VI^e Plan. Certaines d'entre elles ont été lancées en 1971, d'autres en 1972, d'autres le seront en 1973.

Certes, un développement de l'enseignement de l'hydrologie est souhaitable, voire nécessaire. Il convient d'examiner cette question avec le ministère de l'éducation nationale.

Quant aux prix des prestations des établissements thermaux, je rappelle à M. Morellon qu'ils sont fixés par la direction du commerce intérieur et des prix, laquelle relève de l'autorité du ministre de l'économie et des finances. C'est donc à ce dernier que devraient s'adresser les demandes d'explications qui m'ont été présentées ce matin, en quelque sorte par procuration.

A propos des crédits d'équipement, si M. Benoist s'est appliqué à en nier l'importance, d'autres orateurs ont bien voulu reconnaître, au contraire, et avec raison, que ces crédits étaient considérables.

M. Marcus a admis, cette fois, que l'Assistance publique de Paris n'avait pas été oubliée et ne sera pas obligée, cette année, de me menacer des voies de rigueur dont, l'an dernier, elle avait menacé mon prédécesseur, M. Boulin.

Pour ce qui est de Lariboisière, s'il n'est possible, cette année que d'entreprendre la réalisation d'une petite tranche, je suis personnellement favorable au projet ambitieux plutôt qu'au projet restreint.

M. Claude-Gérard Marcus. Je vous remercie de cette précision, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé publique. Diverses questions ont été posées à propos du centre hospitalier universitaire de Besançon

Château-Farine, que nous avons l'intention de financer en 1973 si les crédits du fonds d'action conjoncturelle sont débloqués. Il pourrait en être de même pour la réalisation des projets évoqués par M. Jacson. Quant au financement de l'institut Gustave-Roussy, ce problème fait actuellement l'objet d'un nouvel examen. Les autres opérations dont M. Benoist a parlé, tel l'hôpital de Decize, sont de catégorie 2. C'est donc au préfet de région qu'il faudrait poser la question.

Quant aux textes d'application de la loi hospitalière, j'en ai déjà parlé ce matin. Sept décrets ont été publiés, six sont en cours de contreseing et quinze autres font l'objet d'une élaboration qui est déjà relativement avancée.

Je n'ai pas non plus oublié — je parle maintenant à bâtons rompus — les problèmes qui se posent, par exemple, dans la région du Nord, avec laquelle j'ai eu des liens — que je n'oublie pas non plus — lorsque, dans mon plus jeune âge, j'enseignais le droit à la faculté de Lille. Des opérations avaient été prévues pour résoudre ces problèmes; plusieurs d'entre elles n'ont pu être entreprises, mais c'est, je dois le dire, parce que certains dossiers n'ont pas été préparés en temps utile.

M. Jeannil Dumortier. C'est erroné, du moins pour Boulogne !

M. le ministre de la santé publique. Plusieurs orateurs m'ont interrogé à propos des hôpitaux parisiens.

A Mme Ploux, qui a fait d'utiles suggestions sur la nécessaire organisation des consultations, je dirai que, dans certains services, cette organisation est déjà en place, notamment à l'hôpital Cochin où les rendez-vous sont donnés de quart d'heure en quart d'heure aux malades qui, de ce fait, ne sont pas obligés d'attendre pendant des demi-journées. En visitant ces services, j'ai pu constater qu'en ce qui concerne les horaires, la régulation — pour parler comme M. Neuwirth (*Sourires*) — fonctionnait très bien.

Quant à la diététique, elle a fait l'objet d'une circulaire. C'est assurément une question à laquelle il faut penser.

En ce qui concerne les grandes actions, M. Buot a plaidé la cause de la lutte anti-alcoolique. Qui ne lui donnerait raison ?

D'autres orateurs ont évoqué le douloureux problème de la myopathie, affection devant laquelle nous sommes actuellement assez désarmés et dont l'étiologie n'est pas encore déterminée avec précision.

M. Jean-Claude Fortuit. Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur le ministre ?

M. le ministre de la santé publique. Je vous en prie.

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

M. Jean-Claude Fortuit. Vous savez, monsieur le ministre, que le nombre des enfants myopathes est estimé à 15.000; on avance même des chiffres plus élevés encore. Je vous remercie donc d'évoquer cette maladie au caractère particulièrement douloureux et dramatique, puisqu'elle touche surtout, malheureusement, les jeunes enfants et que son évolution est, pour le moment, irréversible.

Or, en France, des équipes de chercheurs se sont livrées à des travaux remarquables. Si elles n'ont pas encore, hélas ! obtenu des résultats décisifs, elles n'en ont pas moins accompli de grands progrès, notamment dans le diagnostic, et chacun sait que, dans des maladies de ce genre, il est très important de pouvoir établir un diagnostic rapide et précoce.

Et pourtant personne ne parle de ces enfants myopathes, alors que tout le monde parle des drogués ou de nombreuses autres catégories de malades, tout aussi dignes d'intérêt, j'en conviens, puisque, à partir du moment où un homme est malade, on ne saurait établir une sorte de hiérarchie dans la douleur.

Mais ces enfants n'ont personne pour les défendre. La question se pose donc, et je me permets, monsieur le ministre, de vous la poser aujourd'hui d'une manière tout à fait instantanée, en pensant à ces milliers d'enfants dont il faut bien que le sort soit évoqué dans cette Assemblée: qu'entendez-vous faire en leur faveur, quelles mesures comptez-vous prendre en faveur des familles pour lesquelles la présence d'un enfant myopathe est un sujet de préoccupation très douloureux dans la vie quotidienne ?

Des projets sont à l'étude à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. La Grande-Bretagne compte trois unités de recherches; les Etats-Unis consacrent à des recherches analogues des sommes considérables, de l'ordre de 30 millions de francs. Des travaux très importants sont donc en cours dans des pays étrangers.

Entendez-vous donner suite aux projets qui ont été évoqués dans notre pays, dans le cadre, d'abord, du V^e Plan, puis du VI^e Plan, qui prévoyaient la constitution d'une unité de recherche sur la myopathie ?

M. le ministre de la santé publique. Je suis tout à fait d'accord avec M. Fortuit.

Je lui indique que des unités de l'I.N.S.E.R.M. étudient actuellement les troubles musculaires, tandis que d'autres ont orienté leurs travaux vers la génétique, et qu'une partie des crédits que l'Assemblée va voter permettra précisément d'entreprendre, en 1973, une étude que l'on qualifie, dans le jargon de l'I.N.S.E.R.M., de « thématique programmée », sur la myopathie.

Notre préoccupation rejoint donc la vôtre, monsieur Fortuit. Nous souhaitons élucider les causes de cette affectation afin de trouver les moyens de la vaincre.

M. Jean-Claude Fortuit. Je vous remercie, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé publique. Enfin, M. Neuwirth a abordé les problèmes qui lui sont chers. Il l'a fait avec talent, fougue, par moments avec émotion, mais aussi, presque constamment, avec une grande injustice.

Qu'il me permette de lui dire que j'ai regretté qu'il s'en prit à mes services en les taxant de sclérose. Il avait tort pour deux raisons : en premier lieu parce que, devant le Parlement, seul le ministre existe et peut recevoir les reproches des parlementaires ; en second lieu parce que, objectivement, cette accusation est tout à fait injuste, mes services ne méritant pas — j'en porte témoignage — un tel reproche.

M. Lucien Neuwirth. Je n'ai pas accusé vos services !

M. le ministre de la santé publique. Sur le fond de l'affaire, M. Neuwirth m'a fait aussi, il faut le dire, un véritable procès de tendance.

J'ai, sur certains sujets, des convictions et une appartenance que je n'ai jamais dissimulées ; mais je ne pense pas qu'elles me conduisent nécessairement à l'ignorantisme et à l'obscurantisme. Par ailleurs, lorsqu'une loi a été votée par le Parlement, j'ai la loyauté de l'appliquer : c'est le devoir même que commande ma fonction.

Je dirai donc à M. Neuwirth peu de choses, et des choses simples.

Tout d'abord, si je suis opposé à des exhibitionnismes qu'il condamne certainement autant que je le fais, je ne suis nullement hostile à une information, à une instruction sur des problèmes que l'on a certainement tort de dissimuler puisqu'ils ont un caractère purement scientifique et objectif.

Nombre d'entre nous ont pâli, en classe terminale — que l'on appelait à l'époque la « philosophie » — sur les mystères de la reproduction de la presse ou de la sclérogénèse, alors que l'on ne disait mot de la reproduction humaine.

C'était là une attitude absurde, et je ne suis pas du tout partisan de son maintien.

En deuxième lieu, j'estime que, dans l'application de la loi de 1967, un rôle privilégié appartient au dispositif hospitalo-universitaire, dont je suis bien décidé à me servir en même temps que de celui de la protection maternelle et infantile. Je suis d'ailleurs décidé à lier les consultations sur la contraception et les consultations sur la stérilité.

M. Lucien Neuwirth. C'est très bien !

M. le ministre de la santé publique. Enfin, je ne crois pas à l'utilité d'un office qui diffuserait, en cette matière, une sorte de doctrine officielle.

La question de savoir s'il convient ou s'il importe, pour un couple ou pour une femme, d'utiliser les moyens contraceptifs relève de sa conscience. Il y a des désaccords qui sont d'ailleurs parfaitement légitimes. J'affirme avec la plus grande netteté qu'il importe de respecter, à cet égard, le pluralisme indispensable. (Applaudissements sur divers bancs de l'union des démocrates pour la République.)

M. Lucien Neuwirth. J'en suis d'accord.

M. le ministre de la santé publique. Si, dans ce domaine, l'Etat doit avoir une doctrine, ce doit être pour rappeler que la France est un pays relativement sous-développé et qu'il serait absolument stupide, voire criminel, et contraire à l'intérêt national d'engager des campagnes antinatalistes que, d'ailleurs, la loi votée en 1967, à l'initiative de M. Neuwirth, a expressément condamnées.

Je rappelle de surcroît à l'honorable parlementaire qu'à l'exception du décret d'application de l'article 2, qui concerne précisément la propagande antinataliste, et du texte d'application aux départements d'outre-mer, lequel est resté jusqu'à maintenant en suspens parce que je n'ai pas voulu faire, dans ces départements, des choses différentes de celles que l'on faisait en métropole, l'ensemble des textes d'application de la loi de 1967 ont été signés et publiés.

Il reste maintenant à appliquer cette loi. S'il appartient à la puissance publique de mettre en place un dispositif médical, dans la mesure où l'intervention du médecin est indispensable, je répète que ce qui relève de la morale individuelle n'appartient pas, dans ce domaine, à l'Etat.

M. Lucien Neuwirth. Je n'ai jamais dit le contraire !

M. le ministre de la santé publique. Voilà, mesdames, messieurs, l'essentiel des réponses que je voulais faire. Je crois avoir répondu, au moins rapidement et sommairement, à

l'ensemble de vos interventions, dont je vous remercie. Elles ont manifesté le souci et l'intérêt que votre Assemblée porte aux problèmes de la santé publique.

Je remercie vivement la commission des finances d'avoir volé à mon secours en s'employant à accroître les moyens qui me seront donnés pour faire fonctionner le service de santé scolaire. Grâce à votre concours, je pense que, dès le début du mois de janvier, il sera possible de faire fonctionner ce service d'une façon convenable, non seulement dans les grands centres, mais aussi dans les campagnes. (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. Personne ne demande plus la parole ?...

J'appelle maintenant les crédits du ministère de la santé publique :

ETAT B

Répartition des crédits applicables aux dépenses ordinaires des services civils (mesures nouvelles).

« Titre III : + 36.106.641 francs ;

« Titre IV : + 82.498.500 francs. »

ETAT C

Répartition des autorisations de programme et des crédits de paiement applicables aux dépenses en capital des services civils (mesures nouvelles).

TITRE V. — INVESTISSEMENTS EXÉCUTÉS PAR L'ETAT

« Autorisations de programme, 33 millions de francs ;

« Crédits de paiement, 20 millions de francs. »

TITRE VI. — SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT ACCORDÉES PAR L'ETAT

« Autorisations de programme, 1.063 millions de francs ;

« Crédits de paiement, 233.700.000 francs. »

La parole est à M. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, sur le titre III.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. Monsieur le ministre, souhaitant voler encore à votre secours, je vous demande de bien vouloir confirmer votre déclaration de ce matin relative au dépôt, lors de l'examen en deuxième lecture de ce budget, d'un amendement tendant à augmenter de 12 millions de francs les crédits affectés à la médecine scolaire.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique.

M. le ministre de la santé publique. Sur le principe d'un amendement qui tendrait à augmenter la dotation du ministère de la santé publique relative au service de santé scolaire, j'ai dit que le Gouvernement était d'accord avec la commission des finances et que le ministre de la santé publique, personnellement, remerciait M. Bisson de son aide.

Mais le Gouvernement estime préférable, comme réalisation pratique, d'attendre que l'ensemble des fascicules des divers ministères aient été examinés par l'Assemblée pour déposer tout un train d'amendements, avant le vote final, lors d'une seconde délibération. Je demande donc à M. Bisson d'avoir un peu de patience : dans une quinzaine de jours, un amendement répondant à ses vœux sera déposé par le Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. Neuwirth, premier orateur inscrit sur le titre III.

M. Lucien Neuwirth. J'interviens uniquement sur la troisième partie du titre III.

J'ai apprécié à sa juste valeur l'augmentation de 18 p. 100 des crédits consacrés à la périnatalité et plus particulièrement à la vaccination antirubéolique scolaire. Cette mesure est très judicieuse pour les enfants d'âge scolaire, mais quid du reste de la population, alors qu'il existe déjà un moyen que l'on peut utiliser ?

Depuis l'ordonnance du 2 novembre 1945, les résultats de la recherche font que désormais la médecine dispose d'armes diagnostiques et thérapeutiques efficaces contre un certain nombre d'affections dangereuses pour le fœtus.

J'estime donc — et je traduis aussi ce que pensent de nombreux médecins — que le moment est venu d'en finir avec un examen prénuptial dépassé.

Un triple bilan sérologique s'impose, qui maintiendrait, certes, la recherche de la syphilis, mais y ajouterait la recherche de la rubéole et de la toxoplasmose. En outre, il apparaît incompréhensible — et j'y insiste — qu'à notre époque un couple sur le point

de s'unir ne puisse être mis en garde contre une éventuelle incompatibilité des facteurs sanguins, ni être informé des précautions élémentaires à prendre.

Enfin, je reprends ce que j'ai dit dans la discussion générale : il convient de tirer rapidement toutes les conséquences des possibilités que nous offre le dépistage prénatal des anomalies chromosomiques.

Je me réjouis donc de l'augmentation de 18 p. 100 des crédits relatifs à ce secteur, dont une partie serait réservée à l'intensification de l'action en faveur de la vaccination antirubéolique scolaire. Mais le dépistage des jeunes femmes qui vont se marier et qui risquent d'être atteintes n'est pas résolu. Or, l'examen pré-nuptial nous permettrait d'ajouter, à l'examen sérologique unique concernant la syphilis, la recherche de la rubéole et la toxoplasmose, et de prévenir les jeunes couples des incompatibilités des facteurs rhésus lorsqu'elles risquent de provoquer les troubles les plus graves.

M. le président. La parole est à M. Jeannil Dumortier.

M. Jeannil Dumortier. Monsieur le ministre, je ne comptais pas prendre la parole; ce sont vos propos qui m'obligent à retenir quelques instants encore l'attention de l'Assemblée nationale.

Vous avez été très mal informé sur la présentation des dossiers d'hôpitaux dans la région du Nord et en particulier dans le Pas-de-Calais. Depuis de nombreuses années, les dossiers concernant l'hôpital classique de Boulogne, d'une part, et l'hôpital psychiatrique, d'autre part, ont été déposés en temps et en heure.

Mais chaque fois que les dossiers sont techniquement prêts, il n'y a pas de crédits; et lorsqu'il y a des crédits, on envoie de Paris un technicien du ministère qui nous informe d'un changement de la texture de ces hôpitaux. Ainsi, depuis dix ans, nous attendons la construction de l'hôpital de Boulogne et du centre psychiatrique. Vous connaissez les départements du Nord, monsieur le ministre. Vous devez savoir que leur population, qui atteint presque trois millions d'habitants, dispose seulement du centre hospitalier et psychiatrique de la région Lille-Saint-André et qu'il n'existe rien sur la côte. *(Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)*

M. le président. La parole est à Mme Vaillant-Couturier.

Mme Marie-Claude Vaillant-Couturier. Je veux simplement préciser, M. Bustin ne l'ayant pas fait ce matin — mais son exposé l'indiquait — que le groupe communiste votera contre le budget de la santé publique, qui ne correspond nullement aux exigences d'une véritable politique nationale de la santé.

M. André Delelis. Le groupe socialiste votera également contre ce budget.

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

Je mets aux voix le titre III.

(Le titre III est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le titre IV.

(Le titre IV est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les autorisations de programme du titre V

(Les autorisations de programme du titre V sont adoptées.)

M. le président. Je mets aux voix les crédits de paiement du titre V.

(Les crédits de paiement du titre V sont adoptés.)

M. le président. Sur le titre VI, la parole est à M. le rapporteur spécial.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. Monsieur le ministre, la commission des finances, répondant par anticipation au vœu exprimé ce matin par M. Neuwirth, vous demande de prévoir par voie d'amendement en deuxième lecture un crédit supplémentaire en autorisations de programme de quatre millions de francs, à inscrire au chapitre 66-20, en faveur des établissements pour adultes handicapés ou inadaptés.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique.

M. le ministre de la santé publique. Monsieur Bisson, à titre personnel, je vous remercie vivement.

Mais si j'ai pu tout à l'heure vous donner mon accord sur le supplément de crédits que vous aviez souhaité en faveur des services de santé scolaire — j'avais l'autorisation de M. le Premier ministre — je n'ai pu m'entretenir du second point avec le chef du Gouvernement et je n'ai pas d'instruction à ce sujet. Je ne peux par conséquent que transmettre votre demande avec — n'en doutez pas — un avis très favorable.

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

Je mets aux voix les autorisations de programme du titre VI.

(Les autorisations de programme du titre VI sont adoptées.)

M. le président. Je mets aux voix les crédits de paiement du titre VI.

(Les crédits de paiement du titre VI sont adoptés.)

Article 51.

M. le président. Je donne lecture de l'article 51 rattaché au budget de la santé publique :

II. — Mesures d'ordre financier.

« Art. 51. — Sont prises en charge en totalité par l'Etat les dépenses afférentes aux frais de la visite médicale obligatoire, préalable à la délivrance du titre de séjour, des ressortissants des Etats membres de la communauté économique européenne et de leur famille bénéficiant du droit de libre circulation ou de libre établissement. »

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 51 rattaché au budget de la santé publique.

(L'article 51 est adopté.)

M. le président. Nous avons terminé l'examen des crédits du ministère de la santé publique.

TRANSPORTS

I. — Section commune.

II. — Transports terrestres.

M. le président. Nous abordons l'examen des crédits du ministère des transports (I. — Section commune, et II. — Transports terrestres).

La parole est à M. Ruais, rapporteur spécial de la commission des finances, le l'économie générale et du Plan, pour la section commune et les transports terrestres.

M. Pierre Ruais, rapporteur spécial. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le budget des transports que le Gouvernement nous propose pour 1973 atteindra 10,75 milliards de francs répartis entre quatre sections d'importance fort inégale représentant respectivement : section commune, 0,2 p. 100 ; transports terrestres, 63,8 p. 100 ; aviation civile, 21,8 p. 100 ; marine marchande, 14,2 p. 100.

Le présent rapport, qui couvre les deux premières sections — section commune et transports terrestres — représente environ les deux tiers des crédits totaux du ministère des transports.

La section commune ne représente qu'une très faible part du budget : 0,2 p. 100. En effet, les dépenses de fonctionnement relatives à l'aviation civile et à la marine marchande sont inscrites dans les deux sections correspondantes et celles de la direction des transports terrestres dépendent du ministère de l'équipement à la suite des divers mouvements qui ont affecté la répartition des compétences ministérielles dans les années récentes.

La section commune ne comporte donc que les dotations relatives au ministre et à ses collaborateurs immédiats, ainsi qu'à des études ou subventions pour études intéressant simultanément les différents modes de transport.

En 1973, les crédits de la section commune regressent de 8 p. 100, passant de 26,6 à 24,3 millions de francs. Cette diminution résulte de deux mouvements de sens inverse.

D'une part, les crédits de fonctionnement augmentent, en partie du fait d'un transfert en provenance de l'I. N. S. E. E. Il s'agit de créer auprès du ministre une cellule d'études statistiques spécialisée dans les questions de transport.

D'autre part, les crédits d'investissement intégralement consacrés à des études diminuent. Cette diminution concerne la dotation pour les études générales de transports — moins 4,9 millions de francs — et la subvention à l'institut de recherche des transports — moins 1,2 millions de francs. Ce dernier organisme recevra des crédits lui permettant de continuer les recherches en cours, mais aucune mesure nouvelle n'est inscrite au budget de 1973.

Le budget de la section des transports terrestres — près de 6,6 milliards de francs — est essentiellement constitué de transferts intéressant deux grandes entreprises nationales, la S. N. C. F. et la R. A. T. P., et plus accessoirement la batellerie. Les transports routiers, qui ne reçoivent pas de crédits publics, doivent être également étudiés, car, économiquement, ils sont liés à ce budget et, réglementairement, ils en dépendent. Enfin, en 1973, les subventions d'investissement pour les infrastructures de transport dans les grandes agglomérations de Paris et de province marquent une augmentation spectaculaire.

Il convient donc d'examiner brièvement ces différents secteurs.

Comme les années précédentes, les crédits relatifs à la S. N. C. F. constituent la part essentielle des dépenses ordi-

naires, soit 5.548 millions de francs sur un total de 6.583 millions, et représentent des interventions à finalité économique ou sociale.

Je rappelle que la politique financière du Gouvernement, en ce qui concerne les transports en général et la S. N. C. F. en particulier, est fondée, d'une part, sur la normalisation des comptes, c'est-à-dire sur la réalisation de conditions de concurrence égales entre les trois modes de transport : route, fer, eau ; d'autre part, sur la suppression de la subvention d'équilibre à la S. N. C. F. en 1974.

Jusqu'à maintenant, la S. N. C. F. a tenu le contrat. La subvention d'équilibre se trouve effectivement réduite à 186 millions de francs pour 1973 — moins 197 millions de francs — mais les charges nouvelles résultant de la normalisation ont considérablement augmenté : plus 380 millions de francs pour le maintien des services omnibus déficitaires, plus 125 millions de francs au titre de l'égalisation des charges d'infrastructure avec la route, plus 280 millions de francs pour les charges de retraites.

L'augmentation de 380 millions — plus 172 p. 100 par rapport à l'exercice actuel — correspond à une inscription au budget pour 1973 de 600 millions de francs à ce titre, qui ira encore en augmentant en 1974. Précisons que ce chiffre ne comprend plus le déficit des lignes de banlieue parisienne qui, en 1973, se trouve résorbé par la taxe de 1 p. 100 à la charge des employeurs parisiens.

Le programme initial de suppression des services omnibus déficitaires, qui comportait 22.000 kilomètres de lignes en 1969, avait prévu la disparition de ces services en six tranches annuelles de 3.700 kilomètres, chacune de ces tranches étant d'ailleurs, comme il est compréhensible, d'un poids financier croissant, puisqu'on surseoit le plus possible à la suppression de celles de ces lignes qui sont les plus fréquentées, mais aussi les plus lourdes financièrement.

On doit donc rester très attentif à cet accroissement de la charge qui résulte des interventions faites auprès du Gouvernement : quand un service de voyageurs passe sur route, son prix de revient au voyageur-kilomètre devient 1, en moyenne, quand celui du service correspondant d'autorail est de 3.

Sur les 10.000 kilomètres de lignes qui doivent être fermées entre 1969 et 1972, 6.700 kilomètres l'ont été. Pour l'instant, on en reste là.

La somme globale des efforts consentis en faveur des transports ferrés de province — ils n'apparaissent pas tous dans le budget des transports — se répartit comme suit, en chiffres ronds, dans le budget pour 1973 : maintien des lignes omnibus déficitaires, 600 millions ; correctifs régionaux pour les réseaux breton, d'Auvergne et de divers autres départements, 40 millions ; déficit des lignes secondaires du réseau de Corse et de Vivarais-Lozère, 5 millions, soit, au total, 645 millions de francs.

Ce chiffre de 645 millions doit être complété par celui d'une dotation difficilement évaluable, car elle se fonde dans un chapitre complexe, relative aux compensations pour tarifs réduits des cartes hebdomadaires de travail en province.

La seconde augmentation importante concerne les charges de retraite. Par un paradoxe qui n'est qu'apparent, elle résulte des compressions de personnel que continue à faire progressivement la S. N. C. F. pour améliorer sa productivité.

En vertu de la normalisation des comptes, la compensation ainsi versée à la S. N. C. F. représente la différence entre ce que lui coûte normalement son régime de retraite diminué des charges qui sont celles de toute industrie, c'est-à-dire les cotisations normales de sécurité sociale et les avantages supplémentaires accordés aux cheminots retraités par rapport aux salariés du régime normal de la sécurité sociale, au premier rang desquels se trouve évidemment un âge de retraite plus précoce.

Il est évident que dans une conjoncture marquée, d'une part, par une plus grande longévité et, d'autre part, par la réduction des effectifs sur le nombre desquels sont assises les cotisations, la perspective de diminution de ce poste n'est pas encore proche.

Le contrat de programme actuellement en vigueur, pour la période 1969-1973, et par lequel la S. N. C. F. s'est engagée, en particulier, à ne pas augmenter ses capacités routières, à normaliser ses comptes, à respecter le programme d'investissement fixé à l'avance, à réduire progressivement à zéro la subvention d'équilibre, est donc honoré. Grâce aux efforts de son personnel et de ses dirigeants, la S. N. C. F. a pris résolument le chemin de la compétitivité avec les autres modes de transports et elle y réussit.

Il est bon de citer à ce titre l'exemple du Sernam, autrement dit l'organisme à gestion autonome créé par la S. N. C. F. pour exécuter et gérer le service des transports de détail — expéditions de capacité inférieure à un wagon — qui prend un remarquable essor et qui est bénéficiaire, ce qui, avec les autres améliorations de productivité, a permis à la S. N. C. F. de tenir son engagement de réduire la subvention d'équilibre.

Que se passera-t-il puisque le Gouvernement a décidé de bloquer les tarifs ? Dans quelles conditions pourra être renouvelé, en 1973, le contrat de programme ? Autant de questions, monsieur le ministre, qui appellent une réponse.

Après la S. N. C. F., le poste le plus important du budget résulte de la participation de l'Etat aux dépenses d'exploitation de la R. A. T. P., qui, par décision du Parlement, a été fixée, après affectation du versement des employeurs, à 70 p. 100 pour l'Etat et à 30 p. 100 pour les collectivités locales. Pour 1973, son montant est de 830 millions de francs, en augmentation de 147 millions de francs par rapport à 1972.

L'impossibilité d'arriver à une réduction de cette insuffisance d'exploitation apparaît lorsqu'on examine la composition des dépenses de la R. A. T. P. En effet, les salaires et retraites représentent 60 p. 100 ; les frais financiers, 15 p. 100 et les frais de fonctionnement et divers, 25 p. 100.

Le premier poste, relatif à la masse salariale, augmente de 10 p. 100 par an ; le deuxième est à la mesure des investissements nouveaux et on considère que le troisième augmente de 6 p. 100 par an, comme le coût de la vie.

Il n'est évidemment pas concevable d'augmenter les tarifs plus rapidement que n'évolue le coût de la vie ; tous les ans, un retard nouveau est donc pris. D'ailleurs, le Gouvernement a décidé également de stopper l'augmentation des tarifs.

La seule solution possible et rentable résulte de l'amélioration de la circulation, mais, à cet égard, on aborde le grave problème de l'automobile, qui ne se pose ni à New York où des zones entières sont interdites au stationnement, ni à Londres où la même politique est appliquée, ni évidemment à Moscou où la circulation automobile n'a pas la même densité.

En fait, la vitesse de circulation à Londres est de 17 kilomètres à l'heure, alors qu'elle est de 9,5 kilomètres à l'heure à Paris, en constante décroissance chaque année. Des mesures sont à prendre en ce domaine, mais il n'est pas d'exploitation de réseau de surface possible sans une autorité ayant à la fois pouvoir sur la R. A. T. P. et sur la circulation. Cette autorité unique existe d'ailleurs, dans toutes les communes de France, sauf Paris : c'est le maire.

Nonobstant ce nouveau handicap, la comparaison des prix de transports, en se fondant sur le prix du ticket de métro pour un parcours équivalent à Porte Maillot—Porte de Vincennes, situe Paris dans les capitales favorisant le plus les voyageurs. En effet, le ticket coûte 1,30 franc à Hambourg, 1,15 franc à Munich, 1,90 franc à New York, 1,25 franc à Londres et, certes, seulement 0,30 franc à Moscou, mais il s'agit d'un ticket « modérateur ». A Paris, en revanche, son coût est de 0,80 franc et il ne revient qu'à 0,70 franc pour les utilisateurs de cartes hebdomadaires de travail.

En fait, le prix de revient à Paris est de 1,35 franc, T. V. A. comprise ; 1,35 franc est le module d'équilibre, mais le tarif est de 0,80 franc et 0,60 franc sans la T. V. A., si bien qu'actuellement les dépenses de la R. A. T. P. sont couvertes seulement à 52,5 p. 100 par les recettes propres à la régie, les 47,5 p. 100 restants étant couverts par les compensations de tarifs réduits et la subvention d'équilibre. La charge totale est répartie entre l'Etat, les collectivités locales et les employeurs.

Les programmes d'investissements pour 1973 sont très importants : 1.405 millions de francs pour la seule R. A. T. P. et 1.900 millions de francs en incluant la S. N. C. F. banlieue et le programme spécial financé avec l'aide de l'Etat et du district.

Le détail est le suivant :

Poursuite de la jonction du R. E. R. Auber—Nation, qui sera terminée en 1977, et de la jonction des lignes 13 et 14, entre les Invalides et Saint-Lazare, de façon à créer un axe ininterrompu nord-sud.

Opérations nouvelles : jonction de la ligne de Sceaux au Châtelet ; prolongement de la ligne n° 13, du carrefour Pleyel à Saint-Denis ; prolongement de la ligne n° 14 de la Porte de Vanves à Châtillon.

Pour le R. E. R., engagement des travaux concernant la bretelle de Fontenay-sous-Bois à Noisy desservant la ville nouvelle de Marne-la-Vallée.

Au titre de la modernisation, les travaux de mise sur pneus de la ligne 6, Etoile-Nation, se poursuivent. Les travaux des viaducs et des tunnels sont achevés et on en vient maintenant à la transformation de la voie. L'ouverture est prévue pour avril 1974.

Sur les lignes 9, mairie de Montrouil-pont de Sèvres, et 12, porte de la Chapelle-mairie d'Issy, on procède à la rénovation en matériel classique à bandages métalliques.

S'agissant des installations fixes, on poursuit, en vue d'améliorer le confort des voyageurs, la modernisation des stations et l'installation de nombreux escaliers mécaniques. On augmente le nombre de lignes à départs programmés et on poursuit les expériences de pilotage automatique.

Sur le réseau routier, 250 autobus standards sont prévus. Ces nouveaux autobus auront les accès plus faciles, surtout pour les personnes âgées, avec eux, le parc d'autobus se trouvera entièrement renouvelé.

J'en viens maintenant aux transports routiers.

A partir du moment où l'égalité de la concurrence se réalise progressivement entre le fer et la route, par la normalisation des comptes pour le premier et par le jeu de la taxe à l'essieu pour la seconde, l'évolution normale doit être la libéralisation des contingents routiers.

C'est dans cet esprit que les transports à faible distance, c'est-à-dire à moins de 150 kilomètres, ont été libérés et que, pour les transports qui restent contingentés — au-delà de 150 kilomètres et transports internationaux — une libéralisation des contingents est en vue.

C'est ainsi que la capacité des licences en zone longue sera augmentée par différents procédés; par exemple, les loueurs pourront devenir transporteurs publics.

Il va de soi que le problème de l'égalisation des charges entre la S. N. C. F. et les transports routiers ne saurait être résolu pour ces derniers par le seul jeu des taxes à l'essieu. Il faudra adapter cette taxe en fonction de l'usure réelle produite par les essieux lourds sur les routes.

Il faut également exercer un contrôle sérieux sur les transports publics routiers, du point de vue tant de la charge totale que des obligations sociales. Cette dernière question concerne entre autre les heures de travail du personnel; elle est également liée à des problèmes de sécurité. Sur ce dernier point, est envisagée la pose sur les lourds véhicules de contrôlographes, qui enregistreront tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour vérifier si les transporteurs respectent les règlements. Ces appareils remplaceront avantageusement le cahier de route dont la tenue est évidemment plus sujette à caution.

Poursuivant l'intégration complète des transports dans le Marché commun, dont la normalisation et l'égalisation des charges financières ne sont qu'un aspect de la politique commune, le Gouvernement français a arrêté des positions en accord avec ses partenaires sur le poids total en charge des véhicules et sur la charge à l'essieu.

Pour le poids total des véhicules, l'accord de principe est réalisé entre les Six sur une charge totale de 40 tonnes et une charge à l'essieu de 11 tonnes, intermédiaire entre le 10 tonnes étranger et le 13 tonnes français, mais il reste, bien entendu, à se mettre d'accord avec les nouveaux entrants.

Il faudra évidemment un certain délai d'application pour permettre aux transporteurs d'amortir leur matériel et aux industries automobiles de reconvertir leurs fabrications.

Dans ce sens, d'ailleurs, la circulation des convois de 38 tonnes, qui n'était pas autorisée en France, alors que le matériel permet cette charge, va l'être incessamment, ce qui permettra de faire passer la charge des convois lourds à semi-remorque de 35 à 38 tonnes.

En ce qui concerne la navigation intérieure, le problème essentiel reste celui de la petite navigation sur les voies navigables secondaires, et des 6.000 automoteurs de 38,50 mètres qui sillonnent ces voies. On estime généralement que ce chiffre doit être réduit à 4.000 pour que la situation économique de la batellerie soit meilleure.

Pour cela, des primes de déchirage, des indemnités de cessation d'activité et des possibilités de logement à terre sont offertes aux bateliers, mais la profession, très attachée au système réglementaire actuel, n'entend pas renoncer à la protection tarifaire.

Cependant, les avantages offerts, financés conjointement par le Gouvernement et la profession, peuvent atteindre un chiffre de 50.000 à 60.000 francs.

La situation de la profession reste préoccupante car, pour ne pas ruiner son activité, le Gouvernement ne peut augmenter les tarifs de frets de la batellerie comme celle-ci le désire, sous peine de voir le trafic passer à la S. N. C. F. ou à la route.

Il conviendrait que des conversations approfondies aient lieu avec la profession. Il s'agit d'un problème essentiellement social, intéressant une catégorie qui, elle aussi, se trouve écrasée par l'évolution économique.

En ce qui concerne les transports urbains divers, le Gouvernement a demandé, pour les métropoles régionales et pour les villes de moindre importance, de passer du stade des études à celui des réalisations.

C'est ainsi que 24 millions de francs d'autorisations de programme sont consacrés à la réalisation du système Val, c'est-à-dire à la liaison de 9 kilomètres entre Ascq et Lille. La subvention d'investissement est de 60 p. 100.

Une autorisation de programme de 3 millions de francs est également inscrite en faveur de la même métropole régionale, pour la mise sous tunnel d'une ligne importante de tramway, dans le sud-est de Lille.

Cinquante-quatre millions de francs d'autorisations de programme sont prévus pour le début des travaux des réseaux métropolitains de Lyon et de Marseille, soit 27 millions de francs pour chacun.

Je rappellerai pour mémoire les chiffres du réseau parisien: 126 millions de francs pour le R. E. R. Auber—Nation; 21 millions de francs pour le réseau ferré de la R. A. T. P. — jonction des lignes 13 et 14 et prolongement Sceaux—Châtelet; 51,8 millions de francs pour la ligne nouvelle desservant Evry, la gare nouvelle de Trappes, une station souterraine de banlieue à la gare de Lyon, la liaison Aulnay—Roissy pour la desserte du nouvel aéroport; 20 millions de francs pour l'aérotain Cergy—La Défense.

Cet ensemble représente un effort sans précédent pour les transports urbains en France et, en ce qui concerne la région parisienne, un effort financier qui, comme l'a rappelé le Premier ministre, n'a pas actuellement son équivalent dans les plus grandes capitales du monde, fussent-elles Tokyo, Londres New York ou Moscou.

En résumé, les points essentiels à retenir, à propos de ce projet de budget, sont les suivants:

L'augmentation inquiétante des compensations accordées à la S. N. C. F. pour le maintien des services omnibus de province; une gestion de la S. N. C. F. qui a permis de respecter le contrat de programme; un problème financier d'équilibre de la R. A. T. P. qui ne pourra trouver sa solution que par des mesures administratives et techniques concernant la circulation automobile; un effort sans précédent sur les transports collectifs urbains dans les grandes agglomérations françaises. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, des républicains indépendants et du groupe Progres et démocratie moderne.*)

M. le président. La parole est à M. Fortuit, rapporteur pour avis de la commission de la production et des échanges, pour les transports terrestres.

M. Jean-Claude Fortuit, rapporteur pour avis. Monsieur le ministre, après le brillant exposé de mon excellent collègue M. Ruais, je me garderai bien d'entrer dans le détail de votre projet de budget. Je me bornerai à présenter quelques observations de caractère général.

Si votre budget ne peut pas être considéré comme vraiment enthousiasmant, néanmoins il est raisonnable et, de manière générale, satisfaisant.

Il est raisonnable parce que son évolution, telle qu'on peut l'apprécier dans le cadre du budget global, s'adapte à l'évolution de notre système de transports. Celle-ci est caractérisée par une évolution intéressante du trafic des voyageurs et des marchandises, que l'analyse des comptes de la S. N. C. F. souligne avec beaucoup de netteté.

En effet, l'évolution du trafic de la S. N. C. F. laisse apparaître, derrière une apparente stabilité du trafic général des voyageurs, un phénomène très intéressant. Je veux parler de l'augmentation assez nette du trafic des voyageurs de banlieue. Et c'est un phénomène qui serait encore plus sensible si l'on faisait entrer en ligne de compte le trafic de banlieue des grandes agglomérations provinciales. Vous avez du reste très bien perçu ce phénomène puisque votre budget prévoit un effort important d'investissements pour résoudre précisément les problèmes de transport dans les régions à forte densité démographique que sont les grandes agglomérations urbaines.

De même, il est intéressant de constater, au-delà de cette apparente stabilité, que le trafic voyageurs augmente également, bien que dans une moindre proportion, en ce qui concerne les trains rapides. Ce résultat est tout à l'honneur de la grande société nationale et c'est le plus visible — mais ce n'est pas le seul — de la politique commerciale qu'elle suit. Il convenait donc de le souligner, car cela prouve que nous avons eu raison de consentir des efforts dans ce domaine.

Evidemment, il y a une contrepartie à ce résultat positif, c'est le déficit accusé par plusieurs lignes d'omnibus dont le trafic est en sensible régression — il est passé d'environ 5.890.000 voyageurs à 5.190.000 — déficit dont nous devons supporter la charge financière. Cette charge devrait du reste atténuer l'impopularité de certaines entreprises régionales qui font chaque année les frais de ce débat budgétaire.

Voilà pour les aspects les plus raisonnables de votre budget. Nous devons cependant bien percevoir les conséquences d'un autre type d'évolution qui concerne le trafic marchandises. En effet, pour la première fois, en 1971 le trafic marchandises assuré par les transports routiers a dépassé le trafic assuré par les chemins de fer. C'est un point sur lequel j'aimerais, monsieur le ministre, que vous nous fassiez connaître votre sentiment, notamment pour ce qui est de la réversibilité ou de l'irréversibilité de cette tendance.

En tout cas, l'évolution budgétaire est satisfaisante parce qu'elle est conforme à la réalité. Elle est d'autant plus satisfaisante que, au fond, juger le budget du ministère des transports, où les dépenses d'investissement sont en très faible augmentation, c'est avant tout juger la gestion des deux grandes entreprises nationales de transports que sont la S. N. C. F. et la R. A. T. P., celle-ci étant une entreprise régionale, certes, mais dont personne ne conteste la dimension nationale.

En ce qui concerne la S. N. C. F., qu'on me permette cette formule : si on ne paie pas moins, au moins sait-on pourquoi on paie !

On nous accuse souvent, et on nous accusera encore de saborder nos grandes entreprises nationales. En réalité, l'évolution budgétaire montre clairement que, depuis plusieurs années, on a su donner sa chance à la S. N. C. F. et que celle-ci a su la saisir. Il y a lieu d'en être satisfait, et l'on trouve d'ailleurs d'autres sujets de satisfaction dans l'analyse des différents postes budgétaires de la société nationale.

Les postes qui exigent l'effort le plus important sont les suivants :

D'abord la participation aux charges d'infrastructures. La gestion de la S. N. C. F. n'est pas en cause. On pourrait même, à la limite, dire que c'est là une conséquence du régime fiscal des transports routiers européens. Mais, en tout état de cause, cette dépense est parfaitement justifiée et on ne saurait en faire reproche à la S. N. C. F.

Ensuite, il y a les retraites. Mais on paie bien pour d'autres catégories de Français, et il n'y a pas de raison pour qu'on ne fasse pas aussi un effort social pour le personnel de la S. N. C. F. S'il y a effectivement des problèmes pour la prise en charge de certains services déficitaires, ce qui est important c'est qu'on s'achemine sûrement, en respectant le calendrier, vers la suppression de cette fameuse subvention qui fait encourir tant de reproches à la société nationale.

Que peut-on dire de la R. A. T. P. ? Si l'on établit une comparaison, on ne peut que regretter de ne pouvoir nourrir pour elle l'espérance que suscite le régime de la S. N. C. F. Certes, la R. A. T. P. bénéficie de circonstances atténuantes : on ne saurait lui reprocher de ne pas améliorer plus rapidement sa gestion aussi longtemps que lui seront imposées des conditions de fonctionnement aussi dures et aussi injustes, qui tiennent à la difficulté de la circulation dans Paris et dans l'agglomération parisienne.

Il convient donc de tenir compte de la contrainte qui pèse sur sa gestion. Mais un effort de clarification s'impose. Quel que soit le délai nécessaire à son accomplissement, il sera possible de rendre un jour la R. A. T. P. plus sympathique aux yeux de nos collègues de province, pour peu qu'on sache présenter ses comptes aussi clairement que vos prédécesseurs et vous-même, monsieur le ministre, avez su le faire pour la S. N. C. F.

M. Marc Bécam. Ce sera une bonne chose !

M. Jean-Claude Fortuit, rapporteur pour avis. Je trouve un autre motif de satisfaction dans le fait que le versement mis à la charge des employeurs de la région parisienne a, dès cette année, produit des effets plus heureux que ceux qu'on escomptait à un certain moment. Il s'agit là d'un point positif sur lequel il est permis d'insister, avant d'examiner maintenant — très brièvement — les raisons pour lesquelles je pense que ce budget n'est pas très enthousiasmant.

On peut regretter, monsieur le ministre, que les interventions publiques ne soient pas plus vigoureuses et plus rapides. La modernisation de notre réseau de transports en commun aurait dû être accélérée. Mais les décisions ne sont prises qu'après de

longs délais qui pèsent parfois très lourdement sur la marche de notre économie tout entière. Il ne faut pas se laisser tenter par certains arguments qui sont toujours avancés lorsqu'il s'agit de mener une action d'adaptation. Il faut savoir résister aux pesanteurs, aux contraintes, mais il faut aussi pouvoir les vaincre si l'on veut aller de l'avant.

Je sais, monsieur le ministre, que cette volonté ne vous manque pas. Aussi suis-je particulièrement à l'aise pour vous demander ce que deviennent, en matière de modernisation de nos moyens de transport, certaines techniques nouvelles, et notamment l'aérotrain.

Allons-nous laisser l'étranger développer avant nous nos propres techniques ?

Il y a quelques années, au cours d'un voyage aux Etats-Unis, j'ai eu le privilège d'être reçu par le maire d'une des plus grandes villes de ce pays. J'ai survolé, dans son hélicoptère personnel, les sites sur lesquels il entendait installer une ligne d'aérotrain. Depuis, les choses ont évolué, les projets ont changé. Allons-nous courir le risque de voir des techniques nouvelles concurrencer celles que nous n'avons pas su développer en temps utile ?

Ce problème est préoccupant, et pas seulement d'un point de vue intellectuel, mais aussi matériellement pour tous les travailleurs concernés par les aspects industriels du progrès. Nous le savons mieux que personne, nous qui, dans d'autres domaines, n'avons jamais refusé d'en payer le prix. Je vous demande donc, monsieur le ministre, dans ce secteur comme dans les autres, de continuer dans la bonne direction. Soyez certain que cette année encore nous saurons vous aider. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.*)

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

— 2 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures, quatrième séance publique :

Transports (*suite*) :

I. — Section commune :

II. — Transports terrestres :

(Annexe n° 34. — M. Ruais, rapporteur spécial ; avis n° 2590, tome XVII, de M. Fortuit, au nom de la commission de la production et des échanges.)

Transports (*suite*) :

IV. — Marine marchande :

(Annexe n° 36. — M. Pierre Lucas, rapporteur spécial ; avis n° 2590, tome XIX, de M. Miossec, au nom de la commission de la production et des échanges.)

La séance est levée.

(*La séance est levée à dix-neuf heures.*)

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

VINCENT DELBECCHI.