

# JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
6<sup>e</sup> Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

COMPTE RENDU INTEGRAL — 67<sup>e</sup> SEANCE

1<sup>re</sup> Séance du Jeudi 15 Novembre 1979.

### SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. PIERRE PASQUINI

1. — Loi de finances pour 1980 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10065).

Santé et sécurité sociale.

TRAVAIL ET SANTÉ

I. — SECTION COMMUNE

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

COMMISSION DES FINANCES

M. Pons, rapporteur spécial pour la santé et l'assurance maladie.  
M. Fabius, rapporteur spécial pour la sécurité sociale.

Rappels ou règlement : MM. Comitl, le président, Fabius, rapporteur spécial.

COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis pour la santé et l'assurance maladie.

M. Léger, rapporteur pour avis pour la sécurité sociale.

Rappels ou règlement : MM. Gissinger, le président, Robert-André Vivien, président de la commission des finances ; Fabius, rapporteur spécial ; Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale ; Léger, rapporteur pour avis.

M. le ministre.

M. Berger.

Renvoi de la suite de la discussion budgétaire à la prochaine séance.

2. — Conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers. — Annonce des scrutins relatifs à la désignation des membres de la commission mixte paritaire (p. 10078).

3. — Nomination d'un représentant titulaire à l'Assemblée consultative du Conseil de l'Europe (p. 10078).

4. — Ordre du jour (p. 10078).

PRÉSIDENCE DE M. PIERRE PASQUINI,

vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1980  
(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 1980 (n° 1290, 1292).

## SANTÉ ET SECURITE SOCIALE

## Travail et santé.

## I. — SECTION COMMUNE

## III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

**M. Bernard Pons, rapporteur spécial.** Monsieur le ministre de la santé et de la sécurité sociale, votre tâche est considérable et chacun peut aisément reconnaître qu'elle n'est pas facile.

Vous êtes, depuis peu de temps, responsable d'un département qui se caractérise par son poids dans les finances publiques, par l'importance de son action en vue de la satisfaction de certains besoins essentiels pour la population et par les difficultés structurelles auxquelles vous avez à faire face, notamment en ce qui concerne le rééquilibrage de la sécurité sociale.

Aussi bien, mon propos sera de vous faire part de mes préoccupations et de celles de la commission des finances sur plusieurs points qui nous paraissent fondamentaux.

Ce projet de budget est important. Je rappelle que les crédits propres au ministère de la santé et de la sécurité sociale approcheront en 1980 de la somme de 29 milliards de francs, en excluant les charges communes, ce qui place ce budget au deuxième rang des budgets civils avec un pourcentage de 7 p. 100 environ dans le total des dépenses civiles, derrière l'éducation, mais devant l'agriculture et l'intérieur.

De plus, au cours de la période qui vient de s'écouler, ce budget a crû dans de notables proportions et le rapport écrit cite à cet égard des chiffres significatifs. Qu'il me suffise d'indiquer ici que le montant total des dotations a été multiplié par quatre de 1973 à 1980, soit une progression beaucoup plus rapide que celle du budget général, avec une augmentation de 13,2 p. 100 de 1979 à 1980.

À l'intérieur de ce total, les dépenses ordinaires ont crû sensiblement plus vite que les dépenses en capital. Ces dernières, en effet, qui représentaient près du sixième des dépenses ordinaires en 1973, n'en représenteront plus que 5,87 p. 100 seulement en 1980.

Je note, en particulier, la stagnation ou la réduction d'une année sur l'autre, selon qu'il s'agit de crédits de paiement ou d'autorisations de programme, des dépenses d'équipement sanitaire et d'équipement social. J'aimerais, monsieur le ministre, que vous nous donniez des éléments d'explication sur cette évolution.

Si, en effet, le ralentissement des dépenses liées à la modernisation des hôpitaux peut s'expliquer après les grands efforts accomplis ces dernières années, la réduction, à partir de sommes très modestes, des dépenses d'équipement en faveur des établissements de caractère social s'explique beaucoup moins, compte tenu de l'ampleur des besoins.

De leur côté, les dépenses d'action sociale sont passées de 5,3 milliards de francs en 1973 à 24,9 milliards de francs en 1980, c'est-à-dire qu'elle ont subi l'effet d'un coefficient multiplicateur de 4,7. Je rappellerai, pour fixer les idées, qu'une telle progression, appliquée à l'ensemble des dotations, correspondrait à un budget de l'Etat non pas de 535 milliards de francs, mais de 930 milliards de francs pour 1980.

Certes, l'action sociale est multiforme et elle couvre à la fois des dépenses de prévoyance, d'assistance et de solidarité qui constituent des formes essentielles de progrès dans une société développée comme la nôtre. Il n'est évidemment pas question de remettre en cause le principe d'interventions très nombreuses, socialement prioritaires, et qui se réalisent dans bien des cas pour compléter les initiatives prises sur le terrain par les collectivités locales.

Mais le rapporteur spécial du budget de la santé a le devoir, et il ne s'en est pas privé dans le passé, de souligner qu'une telle progression soulève un problème budgétaire important dans la mesure où elle ne peut se poursuivre indéfiniment et où, par ailleurs, la généralisation de la sécurité sociale aurait dû logiquement, au moins pour partie, conduire à la réduction en valeur relative de cette catégorie de dépenses.

Aussi la commission des finances a-t-elle émis le vœu que, avant l'établissement du budget de 1981 — et je sais que c'est là une tâche difficile, monsieur le ministre — un bilan d'ensem-

ble soit réalisé à son usage dans les différents domaines de l'action sociale pour les différents types de dépenses, permettant de prendre un recul suffisant pour apprécier les causes et les données de l'évolution passée, dont je viens de rappeler à grands traits les caractéristiques, donnant des prévisions de dépenses pour le proche avenir et proposant, le cas échéant, des actions correctrices.

Enfin, j'aimerais savoir, monsieur le ministre, pourquoi les programmes d'action prioritaires aussi essentiels que ceux concernant le « maintien à domicile des personnes âgées » et « la nouvelle politique de la famille » ne se réalisent respectivement qu'à un peu plus de 80 p. 100 et 70 p. 100, alors que les programmes d'action prioritaires ne représentent que moins de 10 p. 100 de votre budget et répondent à des objectifs reconnus comme essentiels, qui justifient précisément leur existence.

Les documents budgétaires et les explications fournies, d'ailleurs de fort bonne grâce, par vos services, à l'appui de ces documents, ne permettent pas de se faire une idée claire de l'évolution et de l'utilisation de l'ensemble des dotations correspondant à ces programmes.

Dans le domaine de l'assurance maladie, les échéances de 1980 devront être tenues, sous peine de voir se creuser de nouveau le déficit de la sécurité sociale, ce qui pourrait avoir des conséquences graves pour l'avenir d'un système que nul ne songe à remettre en question.

En effet, le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale que vous venez de transmettre — il serait d'ailleurs souhaitable qu'il puisse être dorénavant disponible dès le mois de septembre — rappelle que le montant global des dépenses des divers régimes de sécurité sociale, qui était de 344 milliards de francs en 1977 et de 407 milliards de francs en 1978, devrait passer à 464 milliards de francs en 1979 et à 529 milliards de francs en 1980, dont 343 milliards de francs pour le régime général.

Pour m'en tenir à l'assurance maladie qui entre plus précisément dans le cadre de ce rapport, la progression des cotisations du régime général a été de 84 milliards de francs en 1977, de 93 milliards de francs en 1978, elle est prévue à 113 milliards de francs en 1979 — soit une hausse de 21 p. 100 — et elle atteindra 134 milliards de francs en 1980 — soit une hausse de 18,5 p. 100.

Dans ce total, les postes de dépenses qui augmentent le plus sont, et vous avez eu raison de le souligner dans votre programme d'action de cet été, l'hospitalisation — plus 24,2 p. 100 en 1978 — et les honoraires et prescriptions médicaux — plus 20 p. 100 environ.

Les mesures que vous avez prises en décembre 1978 et juillet 1979 ont permis de dégager les ressources nouvelles qui représenteront, d'ici à fin 1980, 21 milliards de francs. Cumulés avec les mesures d'économie mises en œuvre ou annoncées et dont certaines, vous le savez, soulèvent de graves difficultés d'application — j'y reviendrai dans un instant — ces crédits permettront probablement de faire face au déséquilibre constaté pour 1978 et prévisible en 1979 et en 1980.

Bien entendu, ces dispositions de « sauvegarde », prises sans véritable préparation, sous la pression des circonstances, ne sont explicables et admissibles qu'en attente d'un programme de réformes plus profondes touchant davantage aux structures et destinées à remettre le système en position d'équilibre durable. Les mesures déjà prises engendrent des contraintes parfois très lourdes qui ne semblent pas avoir été pleinement appréciées dans leur véritable portée ni insérées dans des perspectives de réformes à plus long terme.

C'est pourquoi je souhaite que vous nous indiquiez où en sont, sur ce point, vos réflexions, vos consultations et vos travaux, et comment se dessinent, d'ores et déjà, les grandes lignes d'action envisagées.

L'Assemblée nationale a formulé au printemps dernier d'assez nombreuses propositions consignées dans le rapport de notre collègue M. Bourson. Par ailleurs, vous le savez, elle se préoccupe actuellement, suivant en cela la recommandation formulée par la commission des finances, d'améliorer les modalités d'examen des perspectives budgétaires de la sécurité sociale et de l'assurance maladie par le biais d'une meilleure information et d'un plus grand contrôle. Vos explications, monsieur le ministre, iront tout à fait dans le sens de ce souci.

La commission des finances a exprimé son inquiétude concernant, d'une part, les conséquences des mesures récentes relatives au blocage des dépenses de fonctionnement et d'investissement pour les établissements hospitaliers en 1979 et à leur limitation stricte en 1980 et, d'autre part, le principe d'une « enveloppe » globale pour les dépenses de médecine de ville. La commission a demandé que la plus large concertation s'établisse en la

matière avec les intéressés, avec toute la diplomatie et la souplesse nécessaires, pour éviter les blocages sectoriels et la baisse de la qualité des soins, et finalement que tout cela soit repensé dans le cadre des réformes attendues.

Je crois qu'il faut revenir quelques instants sur cette importante question, et d'abord sur l'hospitalisation.

Les mesures de maîtrise de la croissance des dépenses hospitalières que vous avez prises sont très strictes. Le plafonnement des dépenses au niveau prévu dans le budget établi au début de l'année est sévère. Une liste d'une centaine de dossiers de dérogations pour dépassement du budget des dépenses ordinaires — liste qui semble maintenant close — est seulement admise à l'examen pour les cas les plus significatifs. Pour les équipements lourds, vous admettez des dérogations exceptionnelles cas par cas. Ces normes, accompagnées de l'obligation de remboursement, selon un échéancier strict, des avances faites par les caisses d'assurance maladie, sauf dérogation, ont suscité des inquiétudes justifiées.

Pour la préparation du budget de 1980, la référence imposée aux établissements est celle de la progression du produit intérieur brut en valeur, soit 11,8 p. 100. Or, le rythme le plus récent de la croissance des dépenses hospitalières est proche de 25 p. 100. En conséquence, l'encadrement aura des effets très nets de réduction de plus de 10 p. 100 par rapport au rythme actuel.

Les dépenses nouvelles d'investissement, établissement par établissement, devront en outre être gagées par des économies de fonctionnement. Le respect de cette règle sera rendu plus facile lorsque existeront des excédents de capacité, mais pourra aboutir dans certains cas à des résultats particulièrement aberrants. On peut se demander, monsieur le ministre, si les possibilités de dérogation que vous avez annoncées seront suffisantes.

Compte tenu du fait que les prix de journée de certains hôpitaux ne sont fixés par les préfets qu'avec des retards atteignant parfois six mois, certains hôpitaux devraient se trouver dans une situation extrêmement difficile. S'il est vrai, en outre, que la formule classique du prix de journée est dépassée, on ne peut véritablement espérer généraliser le système du budget global sans avoir d'abord tiré tous les enseignements des expériences en cours et sans avoir prévu les transitions nécessaires. Enfin, on voit mal comment la formule de la fixation d'un budget annuel non revisable peut être appliquée dans tous les cas sans atténuation.

L'évolution récente des dépenses correspondant à la médecine de ville a connu un rythme accéléré. La progression était, jusqu'en 1977, à peu près parallèle, à quelques exceptions près, à celle du produit intérieur brut en valeur. Au contraire, en 1978 et 1979, la courbe s'est brusquement infléchie en hausse, tant pour les honoraires que pour les prescriptions.

Vous entendez obtenir le respect du principe de l'enveloppe globale qui consiste à limiter l'évolution de la masse des soins, c'est-à-dire des honoraires et des prescriptions à la progression du produit intérieur brut, qui, je le répète, doit être de 11,8 p. 100 en 1980.

Certes, l'inflexion des dépenses ne peut être évitée; elle concerne toutes les professions de santé, médecins, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, officines et laboratoires pharmaceutiques. Mais, au surplus, vous avez fermement rappelé que l'application de ce système ne devait pas porter atteinte à la liberté individuelle de prescription, « principe de la médecine libérale qui ne saurait être entamé sans préjudice grave ». Je relève, pour ma part, une certaine contradiction entre cette déclaration, dont l'intention est louable, et les effets probables des mesures que vous avez prises.

L'existence d'une norme générale et arbitraire peut entraîner des conséquences graves: tendance à hospitaliser davantage les malades, tentation d'augmenter les cadences d'examen, possibilité de déséquilibre pour certains postes de consommation médicale qui n'évoluent pas de la même manière et pourraient être mieux appréciés à partir d'indicateurs spécifiques.

Je relève au passage que les praticiens non conventionnés, et ceux qui sont autorisés au dépassement, ne sont pas, ou très peu, concernés par les mesures provisoires de blocage, ce qui constitue une regrettable inégalité de traitement.

Les conditions dans lesquelles une inflexion durable des dépenses pourra être appliquée dans la pratique médicale devront être discutées entre tous les partenaires, Etat, caisses et médecins, et intégrer des données fondamentales telles que la formation, la qualité des actes, le contrôle.

En tout état de cause, il est certain que le principe d'une couverture sociale indéfiniment extensible n'est plus admissible aujourd'hui. Peut-on, monsieur le ministre, espérer que l'on

sortira rapidement de la situation actuelle, qui se caractérise, par de grandes difficultés dans le dialogue, c'est le moins que l'on puisse dire?

L'évolution de la masse des prescriptions ne peut s'apprécier sans tenir compte du prix des médicaments. Il est probable que la politique de prix très bas pratiqués en France depuis de nombreuses années exerce des effets modérateurs sur le poste pharmacie du budget de l'assurance maladie.

A l'inverse, l'insuffisante revalorisation des prix des spécialités pharmaceutiques a, très certainement, des effets pernicieux à la fois sur le fonctionnement du marché et sur le développement de l'effort indispensable de recherche dans l'industrie pharmaceutique.

La commission des finances a demandé qu'on harmonise au niveau européen les procédures d'autorisation de mise des médicaments sur le marché. Un alignement progressif permettrait d'éliminer les conséquences fâcheuses des disparités de fonctionnement des marchés nationaux.

Tels sont, monsieur le ministre, les principaux points sur lesquels je crois utile d'appeler votre attention et à propos desquels je souhaiterais obtenir les éclaircissements nécessaires. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

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

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Monsieur le président, messieurs les ministres, mesdames, messieurs, traditionnellement, la discussion des crédits d'Etat de la sécurité sociale qui, en eux-mêmes, sont peu importants — 6,700 milliards de francs — porte moins sur ces crédits eux-mêmes que sur un tour d'ensemble de la sécurité sociale.

S'agissant de ces crédits figurant aux chapitres 47-22 et 47-23 du budget de l'Etat, je vous renvoie à mes observations écrites, qu'il s'agisse de la retraite des mineurs, des agents des chemins de fer secondaires et des tramways, des Français d'outre-mer titulaires de rentes d'accident du travail ou de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon. Je consacrerai la totalité de mon temps à trois séries d'observations.

D'abord, je voudrais essayer, modestement, parce que ces questions, chacun le reconnaît, sont extrêmement complexes, de redresser un problème mal posé, celui du déficit de la sécurité sociale. Ensuite, je m'attacherai à dénoncer une idée fautive sur la prétendue catastrophe, ce loup-garou économique que constitueraient les dépenses sociales de la nation. Enfin, je porterai critique d'une politique qui, à mes yeux, paraît inadaptée.

S'agissant du déficit de la sécurité sociale, je crois traduire le sentiment de nombreux Français en avançant que le Gouvernement apparaît comme une espèce de joueur de bonneteau. En fonction des échéances politiques et selon les moments, on nous annonce des déficits énormes qui suscitent une émotion légitime dans le pays et puis, au moment du solde, on constate ou bien que ces déficits sont moindres, ou bien qu'ils sont plus importants, ou encore qu'il s'agit en définitive d'excédents.

Alors, la représentation nationale voudrait bien que les chiffres réels correspondent davantage aux prévisions. Nous voudrions aussi qu'on cesse de culpabiliser les Français à propos du déficit de la sécurité sociale.

Je rappellerai, de ce point de vue, trois causes — ce ne sont pas les seules — qui sont souvent passées sous silence par vous-mêmes, messieurs les ministres, et qui rendent compte néanmoins d'une part notable de ce déficit.

D'abord, les dettes des entreprises à l'égard des organismes sociaux. A la dernière date connue — le 31 décembre 1978 — ces dettes se montent tout de même à 9,8 milliards de francs.

Monsieur le ministre Barrot, il est légitime que le rapporteur de la commission des finances s'y intéresse et il le serait tout autant que vous lui facilitiez son travail. Or, malheureusement, cette année — espérons que l'an prochain ce sera différent — cela n'a pas été le cas en ce qui vous concerne.

La commission des finances, à l'unanimité, a tenu à voter une observation dont j'espère qu'à l'avenir il sera tenu compte :

« La commission des finances déplore que, en dépit de son droit de contrôle sur pièces et sur place, le rapporteur spécial n'ait pu avoir connaissance des dossiers relatifs aux retards de paiement de cotisations de certaines entreprises, et considère que ces dettes pèsent lourdement sur la sécurité sociale. »

Vous avez à cet égard, d'une façon que j'ai regrettée, répondu des choses inexactes lors d'une émission de télévision. Passons. Je rappellerai simplement que l'ensemble des rapporteurs de

la commission des finances essaient de faire au mieux leur travail, que l'administration leur facilite souvent les choses et qu'il est tout de même choquant que le pouvoir politique y mette obstacle.

Deuxième cause de ce déficit — j'y reviens une fois de plus, mais cela reste malheureusement vrai année après année : l'importance des charges indues. Les évaluations de ces charges varient. Elles ne sont, en tout cas, jamais inférieure à 12 milliards de francs. Vous constatez immédiatement combien ce chiffre relativise le déficit.

Troisième cause, sur laquelle je voudrais insister un peu plus : le coût du chômage. A notre sens, il n'est pas inférieur à 20 milliards de francs.

Le maintien de la couverture sociale aux chômeurs constitue une mesure de justice élémentaire à l'égard de ceux qui sont frappés par la crise, mais il n'y a aucune raison pour que le régime général serve ces prestations sans contrepartie financière. Il faut rappeler que 100 000 chômeurs font perdre à la sécurité sociale 1,4 milliard de francs de cotisations. Vous comprenez comment nous obtenons le total minimum de 20 milliards de francs.

En regard, le déficit de 11 milliards annoncé au mois de juillet apparaît — la formule vous choquera peut-être, mais je crois qu'elle traduit la réalité — surtout comme un jeu d'écritures dont la valeur n'est même pas d'ordre comptable puisque les différentes instances qui élaborent le solde des trois caisses parviennent à des écarts considérables ainsi que l'a montré le rapport de la commission de contrôle sur la gestion de la sécurité sociale.

Dans la deuxième partie de cette intervention, je voudrais essayer, je l'ai dit, de dénoncer une idée fausse que des discours gouvernementaux répétés cherchent à accréditer, l'idée selon laquelle les dépenses sociales seraient un obstacle au développement de l'économie.

Monsieur le ministre, le montant des transferts compris dans ces dépenses ne constitue pas nécessairement un coût pour la collectivité. De nombreuses études économiques ont été faites sur ce point : à activité économique constante, les transferts peuvent, bien sûr, modifier des comportements, déplacer des consommations ; ils constituent une ponction sur le revenu de certains mais ils n'amputent pas, ainsi que vous l'affirmez trop souvent, le produit intérieur brut ; bien plus, ils ont souvent une finalité économique.

Alors, de grâce, qu'on abandonne ces idées fausses, trop faciles, souvent démagogiques et qui ne correspondent pas à la réalité !

De même, qu'on ne répète pas en permanence que les dépenses de santé sont un obstacle à l'activité économique ! Elles peuvent valablement s'imputer, c'est vrai, sur le produit intérieur brut mais leur part dans le P. I. B. est très largement inférieure en France à ce qu'elle est en République fédérale d'Allemagne, par exemple : 7 p. 100 contre 8,7 p. 100 en 1975, et je ne sache pas que l'Allemagne soit à la traîne de l'économie européenne.

Du reste, gardons-nous d'oublier que le secteur de la santé quelles que soient les réformes fondamentales qu'il faudrait y apporter, est un secteur productif. Je suis choqué, pour ma part, de votre raisonnement implicite ou explicite selon lequel un hôpital dont la qualité s'améliore équivaldrait, compte tenu du coût de cette amélioration, à une défaite économique, tandis qu'une industrie qui fabriquerait des armes, par exemple, et dont la production augmenterait, représenterait une grande victoire économique. Sans doute me ferez-vous la grâce de considérer que je puis, après tout, m'exprimer en ce domaine avec une relative compétence : je crois pouvoir avancer qu'un tel raisonnement, trop souvent tenu par les autorités gouvernementales, n'a aucun fondement.

J'ajouterai que la croissance des dépenses sociales est, pour une part, une nécessité et, pour l'autre, l'effet d'un système de santé qui engendre le gaspillage.

Oui, la croissance des prestations de vieillesse est indispensable. Des améliorations ont eu lieu. Beaucoup reste à faire. Je citerai notamment l'augmentation de la pension de réversion de 50 à 66 p. 100, l'autorisation du cumul intégral de la pension de réversion et de la pension personnelle, la généralisation du paiement mensuel, l'abaissement de l'âge de la retraite, avec, bien sûr, la possibilité de continuer à travailler au-delà.

De même, personne ne contestera sur ces bancs que l'augmentation des prestations familiales est une nécessité. En dépit des diverses mesures qui sont intervenues, toutes les associations constatent, depuis des années, une dégradation sensible du

pouvoir d'achat des allocations familiales. C'est pourquoi il nous semble indispensable d'attribuer des prestations familiales dès le premier enfant, tout comme nous estimons impérieux d'amender le système du quotient familial et de prendre en compte dans le revenu imposable le montant des prestations familiales revalorisées.

Quant à la part du gaspillage — et elle est substantielle — entraînée par la progression des dépenses de santé, elle ne pourra être réduite que par une action sur les structures de production — dans l'industrie pharmaceutique notamment — et de distribution de soins.

Je prendrai pour exemple la tarification à l'acte.

Celle-ci favorise actuellement la multiplication des actes médicaux et constitue souvent une sorte de cercle vicieux : Les tarifs fixés par voie de convention tiennent compte de la tendance à multiplier les actes et, parce que ces tarifs sont à un niveau insuffisant, ils encouragent cette pratique. En outre ce système de tarification se révèle souvent de plus en plus inadapté à l'évolution de la médecine.

Voilà quelques idées fausses — et il y en a beaucoup d'autres, malheureusement — que je voulais contribuer à dénoncer.

Ma troisième série d'observations tend à porter critique d'une politique, à notre sens inadaptée, qu'il s'agisse de mesures récentes ou qu'il s'agisse, et la menace est très forte, des mesures à venir.

Pour ce qui est des premières, et sans empiéter sur le rapport de notre collègue M. Pons, je prendrai un exemple, je dirai même le plus bel exemple, que chacun connaît bien dans sa circonscription, celui des établissements hospitaliers.

Des mesures prises à la hache, d'une manière très technocratique — vous me permettez de vous le dire — et sans qu'il soit tenu compte des situations individuelles, on pourrait dresser une anthologie.

Il s'ensuit, et vous avez pu le constater comme moi, des conséquences désastreuses pour ces établissements dont nous savons, en particulier, les besoins en personnel, et qui avaient légitimement tablé sur des crédits supplémentaires.

Monsieur le ministre, vous avez également décrété, à la fin du mois d'août, une augmentation de 1 p. 100 des cotisations sociales. Vous vous êtes alors engagé à supprimer cette majoration à la fin de l'année 1980. Je voudrais que vous renouveliez cet engagement à cette tribune et que vous nous informiez des conséquences prévisibles sur les équilibres — ou les déséquilibres — financiers.

Quant aux mesures annoncées, elles sont inquiétantes. Il serait bon que vous vous expliquiez. Vous nous avez dit que les cotisations d'assurance maladie prélevées sur les retraités et les chômeurs ainsi que l'application du ticket modérateur ne constituait pas pour les intéressés une ponction supplémentaire sur les revenus. Sans doute allez-vous nous l'expliquer de nouveau, mais cela ne nous conviendra pas davantage.

M. Teulade, au nom de la puissante fédération qu'il préside, a élevé une protestation tout à fait légitime, à laquelle nous nous associons, contre le ticket modérateur d'ordre public.

La couverture des accidents d'auto, celle des risques sportifs devraient, selon vous, être enlevée à la protection publique et donnée aux compagnies d'assurance. Vous prévoyez une limitation vraisemblablement de plus en plus autoritaire des dépenses de santé ; tout cela inquiète légitimement l'opinion et, évidemment, la commission des finances.

C'est pourquoi nous avons voté, à l'unanimité, l'observation suivante : « La commission des finances rappelle que la sécurité sociale est une institution qui doit couvrir l'ensemble des risques sociaux et se déclare hostile à tout démantèlement comme à toute réduction de la protection accordée aux assurés. » Or, malheureusement cette crainte est fondée, monsieur le ministre, compte tenu des mesures que vous avez déjà prises.

Nul ne conteste que des problèmes difficiles se posent à la sécurité sociale. Je n'ai pas voulu les reprendre tous, laissant de côté notamment ceux que j'avais abordés l'an dernier dans mon rapport.

Il aurait fallu insister longuement sur les conséquences du chômage, sur l'assiette des cotisations — malgré les innombrables rapports, malgré les promesses, rien n'a changé — sur le problème des charges indues qui n'est toujours pas résolu, sur les lacunes qui subsistent en matière de généralisation de la sécurité sociale et d'harmonisation de ses différents régimes parce que le Gouvernement n'a pas tenu ses engagements, et sur la situation très souvent médiocre du personnel des institutions sociales et des travailleurs sociaux.

Ce n'est pas en faisant reculer les droits des assurés et des travailleurs que l'on résoudra ces problèmes. Bien que vous vous en défendiez, monsieur le ministre, nous craignons que vous n'ayez choisi cette direction. Cette menace appelle une ample réplique sur trois plans :

Défendre d'abord la protection sociale et la qualité des soins ;  
Redonner, ensuite, à l'institution des perspectives financières et de répartition qu'elle n'a plus ;

Rendre, enfin, la sécurité sociale aux assurés.

Monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, nous écouterons avec attention vos réponses sur ces questions. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

#### Rappels au règlement.

**M. Joseph Comiti.** Je demande la parole pour un rappel au règlement.

**M. le président.** La parole est à M. Comiti, pour un rappel au règlement.

**M. Joseph Comiti.** Monsieur le président, le règlement prévoit dans sa sagesse que, lors d'une discussion budgétaire, les rapporteurs doivent faire état des travaux des commissions qui les ont désignés à cet effet car, bien entendu, l'ensemble des députés ne peut pas connaître tous les sujets. Ensuite, les orateurs, au nom de leur groupe et en leur nom personnel, s'expriment.

Ces précisions données, je voudrais demander à M. Fabius s'il a parlé au nom de la commission des finances ou au nom du parti socialiste. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'Union pour la démocratie française.)

**M. Antoine Gissingier.** De toute façon, pas au nom de la commission !

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Je demande la parole.

**M. le président.** Monsieur Fabius, je ne peux pas vous permettre de répondre à un rappel au règlement « marginal ».

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Je demande alors la parole pour un rappel au règlement.

**M. le président.** Je vous la donne, mais je vous la retirerai si votre intervention n'est pas un rappel au règlement.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Vous me couperez la parole dans la même mesure que vous l'avez fait pour M. Comiti ! J'interviendrai dans le même domaine. Il ne s'agit pas d'une mise en cause personnelle.

Monsieur Comiti, chacun fait, avec son sens de l'honnêteté, le rapport qu'il doit faire. J'ai soumis le mien en commission, mais je ne crois pas que vous étiez alors présent car vous avez de nombreuses obligations, comme la plupart d'entre nous...

**M. Joseph Comiti.** J'appartiens à la commission des affaires culturelles !

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Vos collègues de la majorité qui siègent à la commission des finances vous diront...

**M. Joseph Comiti.** C'est une attaque personnelle sur les obligations que les députés doivent remplir !

**M. le président.** Vous voyez, monsieur Fabius, à quoi aboutit votre intervention.

Je vous retire la parole.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Monsieur Comiti, vos collègues de la commission des finances vous confirmeront que ce que j'ai dit à la tribune reflète exactement mon rapport écrit...

**M. le président.** Monsieur Fabius, vos paroles ne figureront plus au procès-verbal.

#### Santé et sécurité sociale (suite).

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé et l'assurance maladie.

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis.** Mesdames, messieurs, ce projet de budget de la santé et de la sécurité sociale pour l'année 1980, d'un montant de près de 29 milliards de francs, présente une progression de 13,18 p. 100. Ce fléchissement, intervenant après plusieurs années de croissance soutenue, doit être analysé secteur par secteur pour en expliquer les modalités.

La plus grande partie des crédits de la section « santé » financent des dépenses obligatoires. C'est donc sur une masse de crédits très limitée que les choix peuvent effectivement s'exercer.

Outre l'analyse budgétaire, les décisions prises par le ministre pour limiter les dépenses nous imposent une réflexion sur l'évolution de celles-ci.

Tout en tenant compte des structures budgétaires, l'analyse porte sur les principales actions dont le ministère a la charge.

En ce qui concerne la section commune, les dépenses ordinaires augmentent de 15,7 p. 100 dont 4,5 p. 100 sont imputables à des mesures nouvelles. On compte quatre-vingt-trois créations d'emplois, dont quinze sont affectées à la direction de la sécurité sociale.

Le renforcement des services centraux répond indiscutablement à un besoin réel. La localisation de l'effort dans les divisions qui doivent contribuer à une meilleure connaissance et donc à une possibilité de maîtriser les coûts est opportune. Cependant le taux de vacance des postes budgétaires existants nous paraît excessif : ainsi pour les inspections générales des affaires sociales, il y a vingt vacances sur quatre-vingt-deux postes.

En ce qui concerne les services extérieurs, l'efficacité de la politique sanitaire et sociale nécessite un renforcement des moyens dont dispose le ministère. En effet, ceux-ci ont longtemps été très limités ; ce qui se traduisait par une grave insuffisance sur le terrain où les services extérieurs n'exerçaient que faiblement les pouvoirs de tutelle sur les établissements sanitaires et sociaux, publics ou privés.

Depuis quelque temps, la situation évolue grâce à un effort notable consenti pour la croissance des moyens en personnel et en matériel, dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 16.

Cet effort se manifeste sous deux formes : d'une part, le renforcement des services extérieurs, avec la création prévue au budget pour 1980 de 408 emplois ; d'autre part, la réforme des services extérieurs, par la création des directions régionales des affaires sanitaires et sociales et de la sécurité sociale. Les deux tiers de ces fusions seront réalisées en trois ans, cette réforme ayant également des incidences sur les services départementaux.

Les dépenses obligatoires représentent 84 p. 100 des crédits du ministère affectés à cinq chapitres provisionnels.

Je soulignais l'an dernier dans mon rapport l'importance de ces masses financières et surtout le rythme particulièrement rapide de leur croissance. Il importe que le développement des interventions que financent l'aide sociale et l'aide médicale soit mieux connu, car on peut difficilement admettre que des masses financières croissent continuellement d'une façon aussi considérable, alors qu'un certain nombre de facteurs devraient logiquement en limiter l'amplitude, d'autant que la discussion prochaine de la réforme des collectivités locales posera le délicat problème de la répartition des compétences. Afin de clarifier la situation, il est nécessaire de délimiter parfaitement les différentes actions, leur volume, leur taux annuel de progression en perspective de cette réforme.

L'aide à l'enfance est de loin le poste le plus important et confirme l'étude de rationalisation des choix budgétaires qui insiste sur la nécessité d'apporter une aide et un soutien importants aux familles afin d'éviter la prise en charge physique de l'enfant. Cette action volontariste est liée à l'évolution des concepts en la matière et se traduit par une moindre réalisation du P.A.P. n° 14.

Parmi les actions à caractère sanitaire, on relève un certain nombre d'actions nouvelles, notamment pour les problèmes sanitaires induits par l'environnement et pour l'extension des services d'urgence. Au sujet des problèmes sanitaires de l'enfance, nous notons les précisions apportées par le ministère à propos des controverses engagées sur les risques de divulgation du système de gestion G.A.M.I.N.

En milieu scolaire, deux initiatives méritent d'être signalées : la campagne pour l'hygiène bucco-dentaire et la création des « clubs santé ». Il a été question de confier à ces clubs l'information contraceptive, mais il importe d'être prudent, dans la mesure où ce problème semble plutôt relever de l'éducation parentale. Il y aura lieu de préciser les compétences des responsables de ces clubs : personnel médical ou éducatif ?

Pour les personnels soignants, l'importance de l'effort engagé depuis six ans en vue de la revalorisation de la profession d'infirmière dans les hôpitaux a porté ses fruits.

De substantiels crédits seront affectés aux études du coût de la santé. Nous souhaitons que le Parlement soit tenu informé régulièrement des résultats de cet engagement financier.

Pour terminer sur ce chapitre, nous relevons avec étonnement que la ligne « stock de sécurité de vaccin et médicaments » ne figure que pour mémoire au projet de budget.

Votre prédécesseur, monsieur le ministre, s'était engagé, il y a quelques mois, dès l'adoption de la loi suspendant l'obligation de la vaccination antivariolique, à constituer des stocks importants de vaccin.

Dans les actions à caractère social, nous notons les augmentations sensibles des crédits affectés à l'accueil des réfugiés du Sud-Est asiatique et des dotations finançant les actions engagées au titre du P.A.P. n° 15.

Pour les personnes handicapées, la plupart des dispositions de la loi d'orientation de 1975 sont maintenant entrées dans la réalité; 49 décrets sont publiés, une dizaine de textes réglementaires exigeant une concertation approfondie restent en suspens. Nous souhaitons qu'ils paraissent le plus rapidement possible.

Nous avons obtenu du ministre de l'éducation des précisions intéressantes sur l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire. A ce propos, monsieur le ministre, quelles modifications envisagez-vous d'apporter au statut et à la formation des assistants sociaux ?

Les équipements sanitaires et sociaux. Après les importants moyens qui ont été mis en œuvre pendant la présente décennie et compte tenu du niveau d'équipement maintenant atteint, les crédits consacrés à l'équipement sanitaire et social enregistrent une diminution en valeur absolue. Les principaux objectifs étant atteints, il reste à concentrer les efforts sur les secteurs déficitaires.

Pour l'ensemble de l'équipement hospitalier, les crédits ne varient pas. Les centres hospitaliers régionaux et les établissements d'intérêt national voient leurs autorisations de programme augmenter de 21 p. 100. Malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir, ce qui était la règle précédemment, la liste des opérations programmées.

En ce qui concerne la réalisation du P.A.P. n° 15, dans les hôpitaux généraux, malgré certaines contraintes techniques, il apparaît que l'objectif de suppression des salles communes sera atteint. En revanche, dans le secteur psychiatrique, le retard est considérable. M. le ministre nous a précisé son désir de lier l'humanisation à la sectorisation, ce qui expliquerait ce retard. Nous devons, dans ce domaine, nous attacher à faire disparaître rapidement certaines conditions d'hospitalisation désastreuses.

La recherche médicale et pharmaceutique garde une place prioritaire dans ce projet de budget. L'I.N.S.E.R.M. bénéficiera de la création de quatre-vingt-dix-sept postes et d'une augmentation des crédits d'équipement de 14 p. 100. En réponse à une question, une précision intéressante nous a été donnée sur les points forts et les points faibles de la recherche médicale.

Enfin, comme l'ont souligné mes collègues, il importe de se pencher d'urgence sur la situation de la recherche pharmaceutique et de définir en la matière une politique du médicament avant qu'il ne soit trop tard.

Dans la seconde partie du rapport, nous avons tenté une approche de la politique de la santé, et notamment des problèmes posés par l'assurance maladie. Devant la situation alarmante du régime maladie de la sécurité sociale, avec un écart d'environ 10 p. 100 entre la progression des recettes et celle des dépenses, il est urgent de faire un choix entre une augmentation des premières et une diminution des secondes.

Augmenter les recettes ? C'est le moyen qui a été jusqu'à présent le plus souvent utilisé, mais il contribue à alourdir les prélèvements obligatoires, qui atteignaient plus de 40 p. 100 en 1978. Le pourcentage de prélèvements obligatoires par rapport à la P.I.B. a augmenté de 3,7 points en quatre ans, dont un demi-point par la hausse des impôts locaux et 3,7 points par la hausse des cotisations sociales. Jusqu'où peut-on aller dans ce prélèvement dont on connaît les effets pervers sur la part consacrée aux investissements productifs qui sont garants d'une certaine croissance économique ?

Il semble que le taux actuellement atteint constitue une limite et les récentes mesures nécessitées par la situation ont provoqué des protestations de tous côtés. La part de prélèvement social faite sur le secteur productif, si elle continuait d'augmenter, remettrait en cause le système de société dans lequel nous vivons.

Limiter les dépenses de sécurité sociale ? Il faut lever l'ambiguïté souvent entretenue entre les dépenses nationales de santé et les dépenses de sécurité sociale. Pour certains, le contrôle des dépenses de sécurité sociale peut se faire par le biais d'un non-alignement sur les dépenses globales de santé, en s'efforçant de briser le système de solidarité nationale qui est la base de notre sécurité sociale, et tout spécialement en soustrayant du système de garantie certains risques spécifiques.

Si, dans l'immédiat, cette orientation ne serait pas à proprement parler dramatique, elle n'en constituerait pas moins une mesure anti sociale dont le développement ne saurait être admis. Il apparaît donc indispensable, si l'on souhaite préserver le système de protection actuel, d'agir sur les dépenses globales de santé.

Les mesures prises depuis un an vont dans ce sens.

Cette action sur les dépenses doit se répartir sur chaque secteur, proportionnellement à la part qu'il prend au déséquilibre. Elle peut se faire en pesant sur la demande, mais surtout en contrôlant l'offre, principalement pour le secteur hospitalier, mais aussi pour les soins ambulatoires.

Dans un cas comme dans l'autre, les premières actions doivent rechercher à supprimer les abus, dont il est certes difficile de chiffrer l'importance, mais qui, cumulés, ne peuvent être considérés comme négligeables.

Ne pas augmenter les recettes, ne pas contrôler les dépenses ne peuvent aboutir qu'à la faillite du système. Cette faillite est bien entendu recherchée par les tenants d'une médecine fonctionnarisée et il n'est pas étonnant d'entendre leurs voix s'élever contre toute mesure prise pour sauvegarder le système actuel.

Sous les accusations démagogiques de « casser les hôpitaux », de « porter atteinte à la santé des Français », il ne faut pas perdre de vue la volonté d'une transformation fondamentale du système de santé dans laquelle ni les médecins ni surtout les malades ne trouveraient leur compte.

L'attachement des Français au système libéral de soins est profond et les mesures de sauvegarde sont comprises par l'immense majorité. Le corps médical témoigne lui aussi de son attachement au système conventionnel et il ne peut ignorer le contexte général et les difficultés ; il se doit de réagir en responsable, sans tomber dans le piège d'un corporatisme déguisé.

La voie est étroite pour ceux qui cherchent à maintenir la médecine libérale, il importe que tous ceux qui le veulent travaillent ensemble à la recherche des solutions qui passent inévitablement par des limitations quantitatives par rapport aux tendances actuelles.

**M. Bernard Pons, rapporteur spécial.** Très bien !

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis.** En conclusion, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a donné un avis favorable à l'adoption du projet de budget de la santé et de l'assurance maladie du ministère de la santé et de la sécurité sociale. (Applaudissements sur les bancs de l'Union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

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

**M. Alain Léger, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, monsieur le ministre, liée aux problèmes de la santé, de l'enfance, de la famille, de la vieillesse, c'est-à-dire aux problèmes humains les plus fondamentaux, liée aux luttes et aux acquis les plus importants de l'histoire du mouvement ouvrier français, la sécurité sociale est au cœur de la sensibilité populaire et des préoccupations des travailleurs.

Il est à remarquer d'ailleurs que la sécurité sociale devient, pour le Gouvernement, au même titre que le pétrole, un moyen central d'explication des difficultés de notre pays et un terrain de recherche d'un consensus sur les dispositions annoncées. C'est la politique des deux déficits : la facture pétrolière et la facture sociale devront être réglées par une aggravation continue de l'austérité, par de nouveaux et massifs transferts des salaires vers les profits.

De nombreux rapports officiels récents ont apporté quelques éclaircissements sur l'alibi du pétrole, la vérité finissant toujours par se frayer un chemin.

Pour ce qui est de la protection sociale et de son financement, le rapport montre bien combien il serait hasardeux de chercher un autre bouc émissaire, à savoir la sécurité sociale, pour justifier une politique. C'est pourquoi les dispositions prises par le Gouvernement en juillet dernier retiennent l'attention et mettent la sécurité sociale au premier plan de l'actualité. Nous nous sommes interrogés sur le point de savoir si les mesures prises entraîneraient, à terme, des modifications structurelles de l'institution qu'est la sécurité sociale. En clair, allons-nous vers une autre sécurité sociale ?

**M. Joseph Comiti.** Est-ce la commission ou le parti communiste qui s'est posé la question ?

**M. Alain Léger, rapporteur pour avis.** Nous avons le sentiment que le système de garantie élaboré en 1945 est en train de se transformer en un système de rationnement.

Avant les mesures de juillet 1979, la politique du Gouvernement avait dégradé peu à peu le système de 1945, mais elle n'avait pas touché au principe d'une garantie du financement des besoins sociaux fondée sur la solidarité. Avec les mesures de juillet 1979, fondées sur un accroissement de la participation financière des assurés, le démantèlement de la sécurité sociale pour certains risques et le plafonnement des dépenses de santé, nous entrons dans une autre sécurité sociale, et cela se vérifie dans les trois secteurs principaux concernés par ces dispositions. Ces trois secteurs sont le financement l'offre et la demande de soins, l'étatisme et l'autoritarisme.

En ce qui concerne le financement, pour la première fois, au mois de juillet, les entreprises ont été totalement exonérées d'une participation au financement de la sécurité sociale. La contribution ne provient que du salaire direct et de la fiscalité. Ce processus, largement enclenché, aboutit ainsi à la remise en cause fondamentale du principe même de la sécurité sociale et du salaire socialisé.

Cette orientation résulte d'un principe qui voudrait que les charges sociales mettent en cause la compétitivité des entreprises françaises. Or le rapport met en évidence que ce postulat n'a pas de fondement sérieux. Un récent document de l'O. S. C. E. — l'Office statistique des communautés européennes — indique qu'il n'existe pas véritablement de relations mécaniques entre le poids des charges et la compétitivité des entreprises.

Le manque de compétitivité réelle des entreprises françaises tient, au contraire, de plus en plus à la faiblesse des dépenses pour les hommes, qui sont inférieures chez nous à ce qu'elles sont dans d'autres pays comparables. Les entreprises peuvent et doivent financer la protection sociale. En effet, outre que l'amélioration de la protection sociale est un mouvement naturel dans les pays développés, il faut souligner qu'elle comporte de nombreux aspects positifs pour l'économie d'un pays.

J'en viens au deuxième point des orientations gouvernementales qui, en enfermant l'offre et la demande de soins en ville et en milieu hospitalier dans une enveloppe fixée a priori et liée à l'augmentation de la production intérieure brute, tendent à réguler la protection sociale sans tenir aucun compte des besoins.

Il faut noter, d'abord, que, comparée aux autres pays de développement analogue, la France se situe dans le peloton de queue en ce qui concerne l'évolution des dépenses de santé.

Il faut savoir que la consommation globale des ménages, dépenses sanitaires et de santé incluses, n'évolue pas plus vite que la production intérieure brute. Si les dépenses de santé évoluent plus vite en valeur que la P.I.B., cela n'est pas dû à l'augmentation de la consommation des soins mais à l'inflation des coûts dans ce secteur. Cette inflation ne profite pas tant aux médecins — eux aussi voient leur pouvoir d'achat diminuer — qu'aux grands monopoles privés qui fournissent les matériels et qui ont investi l'hôpital.

Un récent document d'un groupe de travail interministériel sur le rôle des transferts sociaux confirme le point de vue développé dans le rapport, en faisant apparaître que la limitation de la dégradation du pouvoir d'achat des salariés dépend de plus en plus des transferts sociaux dont le rôle dans le soutien de la demande en matière sanitaire se trouve renforcé.

A cet instant, il convient de souligner l'importance du secteur de la santé, et particulièrement de l'hôpital, qui, en intégrant les techniques médicales, constitue une entreprise de main-d'œuvre qualifiée, répartie de façon équilibrée sur notre territoire — près de 7 p. 100 de la population active travaille dans le secteur sanitaire.

On ne doit pas oublier non plus que les dépenses de santé sont à l'origine d'une industrie qui emploie 100 000 personnes et que l'assurance maladie, en garantissant une demande solvable en croissance régulière, entre dans le processus économique de la nation.

J'ajoute que la production des biens et services médicaux fait partie intégrante de la production intérieure brute.

Le rapport indique, par exemple, qu'en 1975 la croissance en valeur de la P.I.B. aurait été inférieure de plus d'un point à celle qui a été constatée si la consommation médicale finale était restée constante.

Les mesures prises en juillet 1979, en prenant prétexte de l'évolution de la P.I.B., n'en sont donc que plus révoltantes. Tous les observateurs ont noté qu'elles auront un effet récessif supplémentaire sur cette P.I.B., ce qui servira à nouveau de prétexte pour prendre de nouvelles mesures anti-santé.

Ce sont là quelques éléments du rapport qui montrent que la gestion d'un système de transferts sociaux n'obéit pas à la même

logique que celle d'un patrimoine privé. De même, son déséquilibre financier ne s'apparente pas au déficit d'une entreprise. Tout dépend des engagements que la société a contractés envers ses membres.

Pendant trente-cinq ans, le pacte social des Français a prévu que le financement collectif des dépenses de santé devait être assuré, quelles que fussent les circonstances économiques. Dorénavant, le financement collectif couvrira les dépenses de santé dans la limite de la croissance de la P.I.B. Désormais donc, les Français ne pourront être malades qu'en fonction du niveau de leur production. Ils auront le droit d'être un peu plus malades s'ils produisent beaucoup; ils devront l'être un peu moins s'ils produisent moins.

Or quel rapport existe-t-il entre l'évolution de la production intérieure brute et le coût des soins donnés aux 10 p. 100 de grands malades qui représentent 70 p. 100 des dépenses d'assurance maladie? Aucun!

**M. Jean Delaneau.** Tout cela ne reflète en rien l'avis de la commission!

**M. Alain Léger, rapporteur pour avis.** Quel rapport y-a-t-il entre l'évolution de la P.I.B. et le refus de la mort et de la maladie, le vieillissement démographique, l'aspiration de tous les Français à une médecine de plus en plus sûre parce qu'intégrant toujours plus de progrès technique? Aucun!

Alors, monsieur le ministre, pour justifier les conséquences désastreuses d'une telle orientation, vous prétendez que le plafonnement se situe au niveau du financement collectif, non au niveau des dépenses de santé elles-mêmes. Ce faisant, vous vous enfermez un peu plus en avançant que le système aboutit à un désengagement progressif de la sécurité sociale et à un accroissement des inégalités. En effet, ce recul de la solidarité n'empêchera pas les gens de se soigner au-delà de ce que la collectivité consent à financer. La seule limite sera celle des moyens dont ils disposent. Mon rapport montre que toutes les catégories de Français perdront le bénéfice d'une médecine de haute qualité dont l'essor scientifique et technique ne peut être fondé que sur un financement de masse et une volonté collective.

Il faut bien que nous prenions conscience de l'ampleur des conséquences qu'aurait une indexation définitive sur l'évolution de la P.I.B. Ramener de 20 p. 100 à 12 p. 100 la progression des dépenses d'assurance maladie limitera peut-être les gaspillages, mais on remettra aussi en cause la satisfaction des besoins légitimes des Français en matière de santé et l'avenir du progrès médical.

Mais cela est de mieux en mieux perçu par l'opinion, ce qui suscite d'ailleurs dans le pays protestations et actions. D'où votre empressement à faire discuter et adopter une série de textes de loi, à mettre en œuvre un dispositif autoritaire et centralisateur, et c'est le troisième point sur lequel le rapport insiste beaucoup.

En fait, les mesures de juillet, après la fusion entre la santé et la sécurité sociale sous l'autorité des préfets, survenue en 1977, mènent à terme à l'étatisation totale de toute la protection sociale et de toutes les structures de santé.

Les conseils d'administration des hôpitaux et des caisses de sécurité sociale, les collectivités locales se voient retirer leurs prérogatives et leurs pouvoirs. Vous voilà maître du jeu, maître des dépenses de santé, maître des options, de l'abaissement du niveau sanitaire, de la protection sociale du pays.

Mais, pour boucler la boucle, il convient que le Parlement donne son aval à une telle politique. C'est le sens qu'il faut accorder à l'adoption d'un amendement au projet de loi de finances, amendement qui fixe le principe d'une réforme du contrôle parlementaire sur le budget de la sécurité sociale. Certes, le contrôle parlementaire doit pouvoir s'exercer. Mais il s'exercera d'autant mieux que le Gouvernement fournira toutes les indications utiles dans des documents clairs, en prenant en compte les besoins exprimés par les usagers, les responsables locaux et les assemblées élues.

Il est certain qu'actuellement le contrôle parlementaire sur le budget de la sécurité sociale ne s'exerce pas dans des conditions satisfaisantes et qu'il appelle certaines améliorations. La mauvaise présentation de l'information mise à la disposition du Parlement entraîne des lacunes dans le contrôle et conduit à des anomalies. Par exemple, les documents annexés au projet de loi de finances sont toujours déposés avec retard. Plus grave est le fait que ne figurent pas dans l'effort social de la nation certaines subventions de l'Etat à divers régimes.

Par ailleurs, il est impossible de disposer d'un solde unique pour les exercices clos des trois caisses du régime général.

Enfin, il convient de relever l'extraordinaire dispersion, dans différents chapitres budgétaires, des aides de l'Etat aux régimes de sécurité sociale.

Le présent rapport, comme celui de la commission des finances sur la sécurité sociale, ne concerne que deux chapitres du budget du ministère de la santé et de la sécurité sociale, dotés de 6,7 milliards de francs sur un total de 44 milliards de francs d'aides de l'Etat.

Le rapport envisage une autre conception du contrôle parlementaire. Les quelques exemples développés dans ce rapport montrent qu'il serait hautement souhaitable de remettre de l'ordre dans les comptes, d'en assurer une meilleure présentation et de rassembler les aides de l'Etat sous l'autorité d'un seul ministre. Mais le Parlement n'obtiendra une meilleure information sur le budget de la sécurité sociale que lorsqu'il fera mieux respecter sa compétence et l'application des lois. Cette insuffisance de l'information du Parlement n'est, en effet, que le corollaire d'une certaine désinvolture de l'exécutif à l'égard du législatif et du droit.

De ce point de vue, mon rapport donne quelques exemples de situations édifiantes, de manquements à l'application des textes votés par le Parlement et de vides juridiques maintenus par la volonté du Gouvernement. Est-ce dans ce cadre que se déroulerait l'examen du budget de la sécurité sociale ?

En vérité, la fixation par le Parlement d'une enveloppe globale des dépenses sociales serait un engrenage inacceptable qui préparerait le désengagement de la sécurité sociale, limiterait la solidarité et accroîtrait les inégalités sociales.

De plus, que se passerait-il en cas de contradiction de vote sur les interventions de l'Etat, celles-ci étant adoptées lors de la session d'automne de 1980, dans le cadre de la loi de finances, et refusées lors de la session d'automne de 1981, dans le cadre de l'examen de l'effort social de la nation ? Il faut, en effet, supposer que le Parlement « se prononcera » sur l'effort social de la nation en émettant un vote. Il serait alors en fait pratiquement impossible de contredire un vote émis précédemment. Au surplus, l'adoption de l'effort social de l'année en cours interviendrait en fin de parcours, et ne ferait qu'enregistrer des résultats non modifiables.

Voilà pourquoi mon rapport présente une autre conception du contrôle parlementaire. Le Parlement doit être le témoin des besoins collectés et partie prenante dans la définition de ceux-ci. Il doit se prononcer *a posteriori* sur les engagements financiers. Mais ce contrôle ne peut-être envisagé que parallèlement à une démocratisation du fonctionnement de la sécurité sociale qui en redonnerait la gestion aux travailleurs, avec la possibilité d'un contrôle *a posteriori* de toutes les assemblées élues.

Est-il exagéré d'affirmer que ce n'est pas dans cette voie que vous entendez vous engager, monsieur le ministre ?

En renforçant le rationnement et la centralisation, avec ce que cela suppose de bureaucratie et de freinage de l'expression des besoins, la consultation du Parlement serait un véritable simulacre du contrôle parlementaire.

Je n'ai pas le temps de traiter longuement du plan de redressement annoncé. J'indiquerai simplement qu'il repose essentiellement sur un nouvel effort des assurés : douze milliards de francs leur seront demandés par la voie d'une cotisation supplémentaire exceptionnelle de 1 p. 100 prélevée sur la totalité des revenus perçus pendant dix-huit mois à compter du 1<sup>er</sup> août 1979, et cela en plus des cotisations sociales normales prélevées sur les salaires. On procédera aussi à un prélèvement de 1 p. 100 sur les retraites de base et de 2 p. 100 sur les retraites complémentaires.

Le rapport montre bien que ces mesures ne peuvent résoudre durablement le problème du financement de la sécurité sociale et qu'elles sont contraires à une bonne protection sociale et à la limitation des dépenses de santé.

En fait, tout le débat tourne autour de cette question : l'étendue du système de prise en charge doit-elle dépendre principalement de l'évolution des besoins de santé ou de l'évolution de l'économie ?

Répondre qu'elle doit être liée d'abord à l'évolution des besoins de santé, c'est reconnaître le droit à la santé comme une priorité fondamentale. Répondre qu'elle doit être liée d'abord à l'évolution de l'économie, c'est considérer que le droit à la santé n'est pas une priorité fondamentale.

Ce que le Gouvernement présente comme une décision inévitable à laquelle il n'y aurait pas d'alternative relève, en réalité, d'un choix de société entre deux logiques opposées.

En vérité, les mesures prises par le conseil des ministres du 25 juillet 1979 vont bien au-delà d'un simple redressement financier de la sécurité sociale. C'est pourquoi j'avais invité la commission à repousser ce projet de budget.

Elle n'a pas cru devoir me suivre, et, ce faisant, elle a déjà pris une lourde responsabilité. (*Applaudissements sur les bancs des communistes.*)

#### Rappels au règlement.

**M. Antoine Gissinger.** Je demande la parole, pour un rappel au règlement.

**M. le président.** La parole est à M. Gissinger, pour un rappel au règlement.

**M. Antoine Gissinger.** Monsieur le président, au nom de la majorité de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, je suis obligé de protester contre la manière dont a été présenté ce rapport.

**M. Jacques Delhalle.** Très bien !

**M. Antoine Gissinger.** Je demande à nos collègues de se reporter au communiqué à la presse n° 63 publié le 9 novembre dernier et portant sur la séance de commission du jeudi 8 novembre.

M. le rapporteur a parlé de démocratie, mais il est très difficile à un député communiste de se conduire en démocrate dans notre régime. (*Protestations sur les bancs des communistes.*) Je lui reproche surtout de n'avoir, à aucun moment, fait mention des interventions, de dix membres de la majorité qui se sont exprimés au sein de la commission. Il est certes normal que M. Léger ait présenté le programme du parti communiste, mais son devoir était de faire au moins allusion aux critiques présentées par ses collègues de la majorité. Je ne veux pas les citer ici, mais je vous renvoie, mes chers collègues, au communiqué à la presse.

De telles pratiques sont scandaleuses ! (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

**M. Alain Léger, rapporteur pour avis.** Cela figure dans mon rapport écrit !

**M. Gilbert Millet.** En présentant son rapport, M. Barbier n'a pas fait non plus état des interventions des députés de l'opposition devant la commission !

**M. le président.** Monsieur Gissinger, votre observation rejoint celle qu'a exprimée tout à l'heure M. Comiti.

**M. Joseph Comiti.** Elle est pertinente !

**M. le président.** Elle est peut-être pertinente, mais j'ai déjà indiqué qu'elle constituait un rappel au règlement en quelque sorte marginal.

Il n'en reste pas moins qu'il conviendrait d'appeler de nouveau l'attention du bureau de l'Assemblée sur cet aspect du règlement. De tels incidents se produisent, en effet, chaque fois qu'un rapporteur n'est pas du même avis que la majorité de la commission au nom de laquelle il rapporte.

**M. Alain Léger, rapporteur pour avis.** Bien sûr !

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission des finances.

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Monsieur le président, je demande la parole en tant que président de la commission des finances, mais surtout en tant qu'inspirateur de l'initiative qui, en 1973, avait conduit à confier la présentation de rapports à des membres de l'opposition.

Jusqu'à présent, les rapporteurs spéciaux ont joué normalement leur rôle. Je viens d'apprendre que M. Fabius, rapporteur spécial de la commission des finances, avait repris devant l'Assemblée l'intervention qu'il avait faite en commission, et c'est son droit. Mais il n'a pas suffisamment souligné le fait qu'il n'avait pas été suivi par la commission qui a adopté les crédits. Là encore, il y a des errements, monsieur le président.

MM. Pons et Gissinger se souviendront qu'en 1973, avec l'accord de M. Roger Frey, qui était à l'époque président du groupe de l'union des démocrates pour la République, j'ai demandé que des rapports soient confiés à l'opposition pour que celle-ci puisse sortir de son silence.

Cela dit, quelques arbres ne doivent pas cacher la forêt : dans leur grande majorité, les rapporteurs spéciaux effectuent leur mission dans des conditions convenables.

Profitant de l'audience dont bénéficient les rapporteurs, M. Fabius s'est plaint des conditions dans lesquelles il avait été conduit à user du droit, quelque peu exorbitant, de contrôle sur pièces et sur place que la loi reconnaît aux rapporteurs spéciaux et que je leur ai demandé instamment d'exercer. Ce droit, je le rappelle, n'est pas dévolu aux rapporteurs pour avis, dont le rôle a été quelque peu modifié par notre nouveau règlement.

Le fait que M. Chevènement, M. Fabius, M. Rocard aient décidé, le même jour, d'exercer leur droit de contrôle — ce qui a été à l'origine d'incidents entre M. Chevènement et le

ministre des universités — tendrait à prouver que l'on a voulu se servir des rapports pour une opération politique. Je ne peux que le regretter et j'informe solennellement l'Assemblée nationale que, fort de l'appui de tous les députés du rassemblement pour la République, je demanderai que soit étudiée de nouveau la répartition des rapports. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

**M. le président.** La parole est à M. Fabius, pour un rappel au règlement.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Mon rappel au règlement sera très court, monsieur le président. Il portera sur les deux points qui ont été abordés par M. Robert-André Vivien, président de la commission des finances.

En premier lieu, l'opposition a-t-elle le droit de s'exprimer ? Si ce droit lui est reconnu, il doit pouvoir s'exercer dans la liberté, dans des conditions convenables.

**M. Joseph Comiti.** Dans la discussion qui suit les rapports, au cours de laquelle vous pouvez alors parler au nom du groupe socialiste !

**M. le président.** Monsieur Comiti, veuillez laisser M. Fabius terminer.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Je souhaite seulement que l'on ne porte pas atteinte à la liberté d'expression de l'opposition !

**M. Joseph Comiti.** Parlez au nom de la commission et non pas du groupe socialiste !

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Pour ce qui est du compte rendu des débats en commission — argument qui a été repris par M. Robert-André Vivien — il est indiqué, dans la deuxième partie de mon rapport écrit, consacrée aux travaux et décisions de la commission, que plusieurs commissaires sont intervenus : M. Alain Bonnet, membre de l'opposition, M. René Rieubon, également membre de l'opposition, M. André Rossi, membre de la majorité — qui s'est demandé si un véritable débat sur la sécurité sociale devrait s'ouvrir dans le cadre de l'examen du budget — et M. Arthur Dehaine, également membre de la majorité, qui a évoqué les notions d'assurance et de solidarité. Un point, c'est tout.

En second lieu, je suis surpris des propos que M. Robert-André Vivien a tenus sur l'exercice du pouvoir de contrôle sur pièces et sur place que la loi reconnaît depuis 1958 aux rapporteurs spéciaux, qu'ils appartiennent à la majorité ou à l'opposition.

Des députés, qui se trouvaient être socialistes, ont voulu, cette année, parce que tel est leur rôle de rapporteurs spéciaux, contrôler, sur pièces et sur place, dans les ministères, l'exécution des budgets qui dépendent d'eux. Dans deux cas sur quatre, alors que l'administration avait très honnêtement fait ce qu'elle devait faire, ces députés se sont vu opposer, sur instruction du pouvoir politique — c'est-à-dire des ministres intéressés — un refus de communication des pièces demandées.

Je trouverais très étonnant que M. Robert-André Vivien demande — ce qui n'est d'ailleurs pas en son pouvoir — que l'on retire aux rapporteurs spéciaux la possibilité de contrôler les dossiers sur pièces et sur place sous prétexte que deux d'entre eux, qui se trouvent appartenir à l'opposition, ont fait savoir que le Gouvernement leur avait opposé illégalement le secret.

J'ajoute que cette manie du secret que les députés socialistes dénoncent a été dénoncée par d'autres, et notamment par un collègue de M. Robert-André Vivien à propos du rapport Hannoun, dont la communication a été refusée à tous les parlementaires.

La commission des finances, à l'unanimité, s'est associée à ma protestation. Il serait pour le moins singulier que le président de la commission des finances veuille, par une incidente, porter atteinte aux pouvoirs légitimes des parlementaires ! (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Les parlementaires savent de longue date, qu'un rapporteur s'exprime au nom de la commission.

Nous n'avons pas à reprocher à M. Fabius d'avoir repris pour partie, en séance publique, le rapport qu'il avait présenté en commission. Il avait conclu au rejet des crédits. La commission ne l'a pas suivi. C'est un premier point.

Cela dit, les rapporteurs de l'opposition ont toujours la possibilité, que j'ai souvent utilisée dans le passé, de s'inscrire dans la discussion pour exprimer leur point de vue personnel.

L'opposition n'est pas muselée ! Mais, bien entendu, si les collègues de M. Fabius considèrent qu'il parle trop souvent au nom du groupe socialiste, ce n'est pas notre affaire ! (Protestations sur les bancs des socialistes.) Après tout, il se peut que mon groupe estime que je parle trop. C'est une question de répartition du temps de parole et là n'est pas notre problème.

**M. le président.** Je vous en prie, monsieur Robert-André Vivien, revenez au sujet.

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Que l'on ne détourne pas le problème et surtout que l'on n'oublie pas que c'est à la majorité et singulièrement à l'union des démocrates pour la République que l'opposition doit de s'être vu confier des rapports en 1973.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.

**M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Vous me permettez, monsieur le président, de faire une mise au point, sans esprit de polémique.

M. Fabius est venu à mon ministère sans avoir prévenu.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Evidemment !

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur Fabius, j'ai la parole, vous me répondrez ensuite ; respectez le règlement et tout ira bien.

Je ne vous ai fait aucun reproche. Je vous ai simplement fait remarquer que le directeur de la sécurité sociale, ici présent, n'était pas prévenu de votre arrivée. Vous êtes arrivé inopinément ; vous avez d'ailleurs rendu hommage à l'administration et, je vous en sais gré. M. Schopflin, directeur de la sécurité sociale, a de lourdes tâches. L'administration est certes au service du Parlement et des parlementaires lorsqu'ils sont dans leurs fonctions — et vous l'étiez — mais, si vous vouliez bien prévenir, les choses seraient facilitées.

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** C'est une règle de courtoisie, ce n'est pas une obligation, monsieur le ministre.

**M. le président.** Cela facilite les choses.

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur le président de la commission des finances, je crois qu'il faut s'expliquer clairement sur l'incident qui s'est produit. Je n'ai formulé aucun grief. J'ai été moi-même parlementaire suffisamment longtemps pour respecter cette fonction.

J'ai demandé à M. Schopflin, avec qui je devais tenir une réunion ce matin-là, de consacrer immédiatement son temps à M. Fabius.

M. Fabius a été reçu pendant deux heures. Nous avons apporté à la plupart de ses questions tous les éléments d'information qui étaient en notre possession et je tiens à préciser que, plus nous avancerons en besogne, plus je m'efforcerai d'ouvrir la maison très librement à tous les contrôles parlementaires, car la nation a besoin d'y voir clair dans les problèmes de sécurité sociale.

Je doit cependant préciser, parce que le Parlement doit être informé, comment les choses se sont passées. M. Fabius, après avoir recueilli divers renseignements qu'il souhaitait obtenir, a exprimé son désir de connaître le montant des dettes patronales à la sécurité sociale des entreprises de sa circonscription.

Je ne dispose pas, au ministère, du dossier de chaque entreprise de la circonscription de Seine-Maritime dont M. Fabius est élu. Au demeurant, sommes-nous en droit de donner de tels détails sur chaque entreprise de France ? L'affaire est délicate.

Néanmoins, par souci de concertation, j'ai fait savoir à M. Fabius qu'il pourrait éventuellement me communiquer le nom de quelques entreprises et que nous verrions si nous étions en droit de porter à sa connaissance l'état de leurs dettes vis-à-vis de la sécurité sociale.

De toute façon, ma bonne foi n'est pas en cause, car nous ne pouvions lui fournir immédiatement ces précisions qui ne figurent pas dans les dossiers sur lesquels M. Schopflin a compétence directe au ministère.

Je ne souhaite pas prolonger cet incident, monsieur le président, mais je tenais à fournir ces explications, car il doit être bien entendu que dans cette affaire je n'ai rien à cacher. Plus le débat sur la sécurité sociale sera clair, mieux la nation pourra choisir, et c'est ce que je souhaite personnellement. Il ne faut donc voir dans mon propos aucune volonté de polémique, mais simplement le souci de prouver ma bonne foi. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

**M. le président.** La parole est à M. Léger.

**M. Alain Léger, rapporteur pour avis.** Il est évident que l'intervention orale du rapporteur n'est que le résumé du rapport qu'il a présenté à la commission. Il ne saurait donc tout dire et, pour ce qui le concerne — vous en conviendrez, mes chers collègues — il était exclu que je donne lecture d'un texte de trente-deux pages en dix minutes. Je ne pouvais donc faire état de l'ensemble du débat contradictoire qui s'est instauré au sein de la commission.

Cela dit — M. Robert-André Vivien l'a d'ailleurs reconnu — le rapporteur peut s'appuyer à la tribune sur la présentation qu'il a faite de son rapport devant la commission. A notre sens, c'est une bonne chose, car l'opposition doit également pouvoir s'exprimer par le truchement de ses rapporteurs.

La remise en cause de l'attribution de certains rapports à l'opposition, et particulièrement à des députés communistes, me semble troublante et même inquiétante.

**M. Joseph Comiti.** Ce qui est inquiétant, c'est votre conception du rapport !

**M. Alain Léger, rapporteur pour avis.** Voudrait-on aseptiser le débat ? Il ne semble pas que ce soit une bonne voie.

Mon intervention devant la commission, a suscité un débat fort intéressant. Pour critique qu'elle ait été, elle n'en a pas moins retenu l'attention de la commission.

Enfin, j'ai mentionné que celle-ci avait repoussé l'avis que j'avais émis.

**M. le président.** M. Fabius et M. Robert-André Vivien me demandent encore la parole. Je vais la leur donner, mais je les prierai d'être brefs, car je souhaiterais que l'incident soit clos.

La parole est à M. Fabius.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Je crois utile de compléter l'information de l'Assemblée, et peut-être aussi celle de M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.

Depuis 1958, les rapporteurs spéciaux de la commission des finances bénéficient d'un pouvoir de contrôle sur pièces et sur place. Doivent-ils prévenir lorsqu'ils ont l'intention de se rendre dans un ministère — ce qui n'est pas souvent le cas ? S'il s'agit de courtoisie, vertu à laquelle je suis très attaché, la réponse est certainement oui. Mais du point de l'efficacité, et c'est ce que l'on attend d'un rapporteur spécial, je pense qu'elle est non.

**M. Antoine Gissinger.** C'est faux !

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Lorsque la Cour des comptes ou l'inspection des finances effectuent un contrôle, elles ne préviennent pas ! Il doit en être de même pour les rapporteurs spéciaux. C'est dommage pour la courtoisie, mais c'est mieux pour l'efficacité. (*Protestations sur plusieurs bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*) C'est vrai, mes chers collègues, et peu importe à cet égard que l'on appartienne à la majorité ou à l'opposition !

Pour le cas qui nous occupe, que s'est-il passé ?

J'ai demandé trois dossiers précis qui intéressent les Français.

Le premier concernait l'application de la réforme en matière de dépenses hospitalières. J'ai eu communication des éléments qui étaient disponibles sur place. Très bien.

Le deuxième dossier était relatif à la mensuralisation des pensions. J'ai obtenu des éléments et vu le fonctionnaire compétent. Très bien.

Le troisième dossier était celui des cotisations impayées. Là, s'est passée la scène la plus surprenante, la plus choquante, peut-être. Un fonctionnaire a très aimablement sorti un dossier assez épais, de couleur orange, je crois, puis il m'a demandé de patienter quelques minutes, le temps qu'il téléphone.

Ce coup de téléphone s'adressait à votre cabinet, monsieur le ministre.

**M. Louis Mexandeau.** Il ne voulait pas ouvrir le dossier !

**M. Laurent Fabius.** J'étais venu, comme c'est la règle, avec un administrateur de la commission des finances qui a fait très honnêtement son travail.

Après cela, on m'a fait savoir que je ne pouvais pas consulter le dossier en question. Je m'en étonnai : c'est que le cabinet du ministre s'y opposait. Alors, que l'on ne vienne pas prétendre que ce dossier n'existe pas, puisqu'il était sur la table !

Cela soulève tout de même un problème de fond. Il faut être clair sur ce point aussi. Les rapporteurs spéciaux, puisqu'ils détiennent des pouvoirs particuliers, sont aussi tenus à des

obligations spéciales. En particulier, ils sont liés par le secret lorsqu'ils ont eu à connaître de documents à caractère confidentiel, par exemple concernant telle ou telle entreprise.

Cela dit, monsieur le ministre, je n'ai jamais reçu de votre part la moindre lettre dans laquelle vous m'auriez indiqué tenir à ma disposition tous renseignements que je souhaiterais obtenir sur mon département ou sur un autre.

**M. le président.** Monsieur Fabius, cette question ne relève plus des travaux de l'Assemblée. Veuillez conclure, je vous prie.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** La vérité doit être rétablie. Malheureusement, elle ne correspond pas aux informations que M. le ministre a données. Nous partageons son souci de transparence. Au Gouvernement, pour la sécurité sociale comme dans les autres domaines, de montrer l'exemple.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Monsieur le président, ce débat est fondamental pour l'avenir de nos travaux, et notamment pour l'exercice des dispositions de l'article 164 de l'ordonnance du 31 décembre 1958 que M. Fabius vient d'évoquer.

D'abord, monsieur Fabius, je vous invite solennellement, en qualité de président de la commission, à prendre place au banc de la commission. C'est de cette place que les rapporteurs doivent s'exprimer, ce qui rappelle qu'ils sont les porte-parole de la commission.

**M. Alexandre Bolo.** Cette place est symbolique !

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** J'ai dû le rappeler l'année dernière à M. Rocard et ma remarque vaut aussi pour M. Léger.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Il n'y a pas de place !

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Il y a six places !

Ce détail a son importance car il montre que le député qui s'exprime parle au nom de la commission.

M'adressant maintenant à M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale, je lui ferai observer qu'aux termes de l'article 164 de l'ordonnance de décembre 1958 « les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur le budget des départements ministériels, suivent et contrôlent de façon permanente, sur pièces et sur place, l'emploi des crédits inscrits au budget de ce département. »

Or les fonds de la sécurité sociale sont des fonds privés, qui ne sont pas inscrits au budget du ministère de la santé.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Les impayés le sont !

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Dès lors vous n'avez pas, monsieur le ministre, à diffuser les renseignements. Si vous ne l'avez pas fait, je vous en félicite.

Il ne faut pas déborder le cadre des compétences.

**M. Alexandre Bolo.** Les rapporteurs vont-ils enfin prendre place au banc de la commission ?

**M. le président.** Un seul des deux incidents me paraît concerner les travaux accomplis par l'Assemblée dans cet hémicycle, c'est celui qu'ont provoqué les deux députés de la majorité qui ont reproché à deux rapporteurs de ne pas avoir, dans leur rapport oral, rendu compte avec suffisamment de fidélité de l'ensemble des opinions exprimées en commission.

**M. Antoine Gissinger.** Ils n'y ont pas mis de fidélité du tout !

**M. le président.** Pour résoudre ce problème, point n'est besoin de s'abandonner à la passion et d'en venir à des solutions extrêmes.

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Nous verrons !

**M. le président.** Comme M. Robert-André Vivien l'a rappelé, une solution, qui fut employée naguère avec profit, consiste pour le rapporteur à s'inscrire dans la discussion.

Le bureau de l'Assemblée, saisi en ma personne aujourd'hui, ou le président de l'Assemblée, en liaison avec les présidents de groupe, veillera à ce que des incidents de ce genre ne se reproduisent plus.

Celui de ce matin a fait perdre presque une demi-heure de travail à l'Assemblée.

**M. Robert-André Vivien, président de la commission.** Ce temps n'a pas été perdu, monsieur le président !

**M. Joseph Comiti.** Très bien !

**Santé et sécurité sociale (suite).**

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, vos rapporteurs, MM. Pons, Fabius, Barbier et Léger ont analysé dans le détail ce projet de budget. Cela me permettra de n'en souligner que les aspects essentiels.

Je voudrais surtout exprimer combien, à mon sens, notre système de santé se trouve aujourd'hui à un tournant important.

Nous avons construit un système de protection sanitaire et social de haut niveau, que beaucoup de pays nous envient. Il est fondé sur l'accès de tous aux soins grâce à la sécurité sociale, sur des équipements hospitaliers de qualité et sur la valeur des prestations médicales, grâce à l'exercice libéral de la médecine.

Pour préserver et développer cet acquis, en dépit du ralentissement de la croissance économique, qui est aujourd'hui une donnée mondiale, nous devons faire preuve d'une grande rigueur dans la maîtrise des dépenses de santé. Certains ne voient dans cette obligation nouvelle que des contraintes et des freins. Au contraire, à condition que nous sachions nous adapter et trouver des axes nouveaux de développement, je suis convaincu que ce contexte de croissance moins rapide peut offrir de nouvelles chances de progrès pour notre système de santé. Le choix fondamental de notre politique, c'est de chercher, en liaison étroite avec le monde de la santé, et particulièrement les professions médicales, à déceler ces nouvelles orientations et à leur permettre de s'affirmer.

J'exposerai d'abord les traits importants du projet de budget qui vous est soumis, et dont les crédits s'élèvent, je le rappelle, à 28 970 millions de francs. Je reviendrai ensuite sur la mise en œuvre de la politique de redressement de la sécurité sociale.

S'agissant du projet de budget lui-même, je ferai quatre observations générales : il assure la poursuite de l'effort de solidarité nationale ; il est orienté vers la prévention ; il marque une inflexion de notre système de soins vers une meilleure qualité ; enfin, en dépit des difficultés financières présentes, il favorise la recherche médicale.

En premier lieu, ce projet de budget assure la poursuite de l'effort de solidarité nationale.

Je rappelle que les dépenses dites obligatoires d'aide sociale et d'aide médicale représentent 80 p. 100 des dépenses ordinaires du budget « santé ».

Les dépenses obligatoires d'aide sociale et médicale proprement dites progressent de 16,8 p. 100. Je précise, à l'intention de M. Pons et de M. Barbier, que les dépenses d'aide sociale avaient progressé de 26,4 p. 100 en 1975, de 22,7 p. 100 en 1976, de 15,8 p. 100 en 1977. D'après les chiffres dont nous disposons actuellement, cette progression se situerait à la hauteur de 15 p. 100. Il y a donc bien un effort de maîtrise, mais celui-ci doit être poursuivi.

J'ai noté le souhait de la commission, exprimé par M. Pons, de disposer, sur ce budget d'aide sociale proprement dit d'informations plus nombreuses et plus précises. A cet effet, nous devons développer une série d'instruments de mesure, élaborer des ratios et comparer les coûts. Et je puis vous annoncer que l'année prochaine verra de nouvelles améliorations dans ce sens. D'ailleurs, la maîtrise des dépenses d'aide sociale devrait être facilitée, comme M. Pons l'a lui-même reconnu, par la généralisation de la sécurité sociale, que je m'applique à mettre en œuvre, en veillant notamment à la parution des derniers textes d'application.

M. Barbier a évoqué le problème de l'aide à l'enfance : 550 000 enfants ont besoin de nos services et il faut, là aussi, œuvrer, c'est vrai, dans le sens de la qualité. Ce dont ces enfants ont besoin, c'est, dans toute la mesure du possible, d'être placés dans des familles et non de bénéficier d'un hébergement spécialisé. Le coût de cet accueil sera moindre et sa qualité bien meilleure.

Il faut améliorer profondément le dispositif d'aide sociale à l'enfance, qui, vous l'avez rappelé, absorbe la moitié des crédits d'aide sociale. Je puis vous assurer que je vais m'attacher à promouvoir cette réforme.

Quant aux dépenses obligatoires de santé proprement dites, elles ne progressent que de 4,6 p. 100, car elles concernent des préventions sociales traditionnelles, qui, comme la lutte antituberculeuse, n'exigent plus les mêmes moyens. Par ailleurs, monsieur Barbier, je me suis assuré, depuis que vous m'avez posé la question, que nous reconstituons bien les stocks de

vaccins. Le fait que nous n'ayons pas maintenu le caractère obligatoire de certaines vaccinations ne doit, en effet, pas empêcher un vigoureux effort d'éducation et d'information tendant à maintenir, en fait, la pratique de la vaccination.

Je ferai une mention spéciale pour l'effort en faveur des réfugiés. Nous consacrons 14 millions de francs pour leur fournir, par l'intermédiaire des associations, les premiers moyens d'accueil et d'insertion. Ces crédits ne traduisent pas, bien entendu, l'ensemble de l'effort consenti en faveur des rapatriés, dont M. Hoefel rendra compte. M. le secrétaire d'Etat vous expliquera, avec toute la conviction qu'il apporte à l'étude de ce dossier, que les crédits, qui avoisinent en fait le milliard de francs, à des titres divers, sont consacrés à l'accueil des réfugiés.

En deuxième lieu, ce projet de budget est orienté vers la prévention.

L'urbanisation rapide, la mobilité géographique, la société de consommation risquent de faire oublier aux Français qu'une bonne santé est d'abord fondée sur une bonne hygiène de vie. Il serait désastreux qu'ils abandonnent toute discipline dans l'équilibre de la nutrition et dans l'exercice corporel pour se livrer ensuite, lorsque le mal est irrémédiable, à la médecine de haute technologie, et même — certains croient pouvoir l'annoncer — à la chirurgie des robots.

Il faut que chaque Français trouve sur sa route des guides pour l'inciter à une bonne hygiène de vie et, si je puis dire, des avertisseurs sonores de danger qui le préviennent lorsqu'il crée un milieu favorable à l'apparition de la maladie.

Voilà pourquoi ma politique de santé sera d'abord une politique de prévention.

Il faut d'abord développer les recherches épidémiologiques, pour se donner les moyens de dépister le plus tôt possible la maladie. Nous avons, à cet effet, inscrit des crédits au budget.

Il faut parallèlement promouvoir une bonne médecine préventive, bien coordonnée avec la médecine de soins. A cet égard, l'organisation actuelle de la médecine scolaire n'est pas satisfaisante. Je compte prochainement entreprendre la rénovation de la santé scolaire.

Bien entendu, j'entends poursuivre la lutte contre les grands fléaux sociaux — toxicomanie, tabagisme, alcoolisme.

**M. Daniel Goulet.** Très bien !

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Le groupe de travail qu'anime désormais le professeur Jean Bernard a pour mission de nous donner un véritable plan d'ensemble pour mener la lutte contre l'alcoolisme dans les dix années qui viennent.

Mais, d'ores et déjà, je souhaite que toute cette campagne « grand public » puisse trouver, en nos médecins et en nos animateurs sociaux, des relais capables de personnaliser les messages. L'heure est venue de donner à cette politique de prévention les dimensions d'une véritable éducation sanitaire globale. C'est pourquoi, l'année prochaine, le comité d'éducateur pour la santé s'adressera aux enfants et aux adolescents, en particulier pour l'éducation nutritionnelle et l'hygiène bucco-dentaire.

Tout cela nécessite la participation active du médecin généraliste, qui deviendra de plus en plus le pivot de notre système de santé et d'éducation sanitaire. Je suis déterminé à revaloriser sa fonction, à inciter les Français à redécouvrir le médecin de famille.

**M. Joan Royer.** Très bien !

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** J'évoquerai enfin un exemple de cette politique de prévention : les efforts menés pour permettre aux personnes âgées de se prendre en charge elles-mêmes le plus longtemps possible sans recours systématique à un hébergement médical ou social.

Nous leur offrons pour cela un ensemble de services — aide ménagère à domicile, restaurants, clubs — créés dans le cadre du quartier pour leur permettre de rester à leur domicile en facilitant leur insertion dans la vie sociale.

Cette politique de création de « secteurs » et de développement de l'aide ménagère à domicile a progressé rapidement. J'ai noté tout à l'heure les questions des rapporteurs, en particulier celle de M. Pons, sur le programme d'action prioritaire n° 15. Certes, nous n'atteignons que 80 p. 100 des sommes prévues, mais, malgré cela, nous avons réussi à créer 140 secteurs, au lieu des 100 prévus, et les subventions aux secteurs sont passées de 16,9 millions de francs en 1976 à 102 millions en 1980.

Les efforts en matière d'aide ménagère seront poursuivis ; 300 000 personnes bénéficient cette année, sous une forme ou sous une autre, d'une aide ménagère ; en 1980, 270 000 per-

sonnes âgées bénéficieront d'un ensemble de services de proximité et un million d'entre elles seront concernées, à un titre ou à un autre, par ces services de proximité.

Voilà l'illustration d'une politique de progrès social authentique, qui permet de graduer les réponses médico-sociales aux besoins de la population. Elle démontre que l'intérêt des personnes âgées et les solutions les moins coûteuses pour l'assurance maladie et l'aide sociale peuvent se concilier.

En troisième lieu, ce projet de budget marque une inflexion de notre système de soins vers une meilleure qualité.

L'ère quantitative du système de santé est aujourd'hui achevée. Il faut désormais penser en termes de qualité.

La qualité implique d'abord la connaissance du secteur de la santé, ce qui exige une série d'études approfondies. Nous ferons en 1980 un effort exceptionnel dans ce domaine. Les crédits correspondants progresseront de près de 200 p. 100. Ils permettront notamment de réaliser l'enquête décennale sur la consommation médicale des ménages et une série d'études portant notamment sur les effets économiques des équipements lourds, l'analyse de la prescription et de la consommation des produits pharmaceutiques, la mise au point d'expertises médicales relatives au choix de matériels de haute technicité.

Parallèlement, l'adaptation de l'appareil de soins nécessite une administration de qualité — je n'hésite pas à le dire — qui rénove l'exercice de la tutelle des établissements de soins en établissant des relations de conseil et de confiance. Je sais gré à M. Barbier de l'avoir rappelé tout à l'heure et de nous avoir, à cet égard, apporté l'appui de la commission.

Oui, nous devons renforcer l'administration de la santé, notamment dans les services extérieurs. En 1980, le ministère de la santé bénéficiera de 450 créations d'emplois, le même nombre qu'en 1979, alors que les créations nettes d'emplois du budget de l'Etat diminueront de 35 p. 100.

J'attache surtout une grande importance à la formation des cadres de l'administration et des établissements hospitaliers. Elle constitue une condition nécessaire pour la mise en œuvre d'une politique rigoureuse conciliant la maîtrise des dépenses de santé et la promotion de la qualité des soins.

Nous disposons, avec l'école nationale de la santé publique de Rennes, de l'instrument approprié pour ces formations. Encore faut-il que cette école adapte en permanence ses structures et ses programmes. C'est dans cet esprit que j'ai fixé à son nouveau directeur des orientations précises : affirmer son caractère de grande école d'application de santé publique et d'administration sanitaire et sociale, développer la formation continue et le recyclage, renforcer les liaisons entre l'école de Rennes et les services extérieurs du ministère, enfin encourager les innovations technologiques et le développement de passerelles entre l'école et l'administration active.

En ce qui concerne les techniciens, je souhaite développer le rôle et les moyens du laboratoire national de la santé, pour asseoir la politique de la santé sur des données rigoureuses et incontestables et pour nous assurer en permanence de la qualité des produits à usage thérapeutique. J'ai fixé comme objectif le doublement des effectifs du laboratoire national de la santé pendant les dix prochaines années.

Toujours dans cette préoccupation de qualité, j'en viens maintenant aux équipements sanitaires et sociaux, et je répondrai plus particulièrement à M. Pons, qui m'a interrogé à ce sujet. Dans ce domaine, l'effort considérable accompli depuis quinze ans a permis de satisfaire les besoins sur le plan quantitatif : plus de 100 hôpitaux neufs ont été réalisés durant cette période, plus de 160 000 lits ont été ouverts, ce qui représente 30 p. 100 d'augmentation dans toutes les disciplines.

Simultanément, le nombre de praticiens hospitaliers a triplé et un effort sans précédent de formation de personnels médicaux et paramédicaux a été conduit. Chaque malade hospitalisé en France dispose aujourd'hui d'un personnel deux fois plus nombreux qu'il y a dix ans.

Aujourd'hui, il s'agit donc plus d'améliorer, ce qui existe que de l'accroître systématiquement.

Les crédits d'équipement sanitaire que je vous propose sont donc stables. Ils permettront d'achever la réalisation du programme d'humanisation des hôpitaux dans les délais prévus par le VII<sup>e</sup> Plan. Sur les 210 000 lits en salles communes en 1975, 70 000 seulement restent à humaniser.

Il est exact, monsieur Barbier, qu'un effort particulier doit être accompli dans le domaine psychiatrique. Pour cela, il faut que les responsables des établissements psychiatriques nous aident dans notre œuvre d'humanisation. Nous avons les moyens, mais il faut qu'il y ait une volonté à la base.

Dans le secteur de l'équipement social, les besoins sont globalement satisfaits : les équipements sont même surabondants dans certains secteurs, compte tenu des progrès sanitaires en matière de prévention. La diminution des crédits s'accompagne d'une redistribution au profit des secteurs prioritaires : celui des personnes âgées et celui des handicapés adultes. M. Hoeffel aura l'occasion de vous en reparler.

C'est également à un objectif de qualité des soins et de sécurité que répond notre politique des secours d'urgence : 6 300 millions de francs y seront consacrés en 1980.

Certes, nous souhaitons couvrir progressivement l'intégralité du territoire avec les S.A.M.U. et faciliter l'accès au système de secours, grâce à la mise en place progressive, actuellement à titre expérimental, de « centres 15 ».

Mais il est indispensable aujourd'hui de réaliser une coordination des différentes interventions publiques et privées et de prévoir des modalités de liaison entre les S.A.M.U. et les associations de médecins spécialisées dans la médecine d'urgence.

Là aussi, nous devons maintenant préférer les préoccupations qualitatives aux préoccupations quantitatives.

En quatrième lieu, ce projet de budget, en dépit des difficultés financières présentes, ne sacrifie pas la recherche médicale, qui est, pour l'avenir, le gage d'un authentique progrès médical.

C'est un domaine dans lequel je ne transigerai pas, quoi qu'il en coûte.

En 1980, comme c'est le cas depuis quelques années, le financement de la recherche bio-médicale représente une part croissante de l'enveloppe « recherche », tous secteurs confondus : 12,6 p. 100 en 1980 contre 9,9 p. 100 en 1975. La contribution du ministère prend essentiellement la forme de subventions de fonctionnement et d'équipement aux grands organismes de recherche, tels l'institut national de la santé et de la recherche médicale, le service central pour la protection contre les rayonnements ionisants l'institut Curie et les instituts Pasteur, notamment celui de Paris.

L'essentiel de notre dispositif de recherche est constitué par l'I.N.S.E.R.M., dont les crédits destinés au fonctionnement passent de 362 millions à 420 millions de francs, ce qui représentent une progression de 16 p. 100. L'accroissement des autorisations de programme qui lui sont ouvertes, en augmentation de 14,7 p. 100, ainsi que la création de quatre-vingt-dix-sept emplois nouveaux permettront de renforcer son potentiel de recherche.

Les vingt-six actions programmées lancées en 1978 et 1979, plusieurs actions européennes et l'action franco-américaine sur le cancer sont poursuivies. Mais de nouvelles priorités sont actuellement étudiées ; il convient de citer tout particulièrement des actions en matière de nutrition, de technologie bio-médicale, de recherche clinique, de pharmacologie moléculaire et d'économie de la santé.

En outre, conformément aux souhaits des rapporteurs, notamment de M. Pons et de M. Barbier, je compte mettre en œuvre une politique dynamique du médicament.

La France dispose, dans ce domaine d'une industrie solide, qui a su rivaliser avec les plus grands sur le marché mondial. Nous devons assurer son développement. Mais celui-ci doit, bien entendu, rester compatible avec l'effort que nous entreprenons pour modérer la consommation intérieure de médicaments.

Cela suppose une concertation étroite avec la profession pour définir une politique économique du médicament, fondée sur la recherche et l'exportation. J'aurai l'occasion de m'expliquer prochainement devant l'Assemblée nationale sur ce sujet.

Une politique dynamique du médicament, orientée vers la recherche et vers l'exportation, me paraît compatible avec les exigences de maîtrise des dépenses de santé. Pour cela, il faut, d'une part, améliorer les conditions de prescription, en développant la formation initiale et continue des médecins, et, d'autre part, prévenir les excès de consommation médicamenteuse, nuisibles à la santé, grâce à une éducation du public sur le bon usage du médicament. Je compte organiser prochainement, dans ce domaine, des campagnes d'information destinées au grand public.

Oui à une politique dynamique du médicament orientée vers la recherche et l'exploitation, dans la mesure où elle s'avère compatible avec un effort tendant à éviter l'hyper-consommation en France.

Mes réflexions sur le budget n'empêcheront pas chacun d'entre vous de questionner M. Hoeffel, M. Farge et moi-même sur celui-ci.

J'en viens à la sécurité sociale.

Je n'ai pas la prétention de tenir à cet égard le discours complet que vous souhaitez. Celui-ci prendra naturellement sa place au cours de la session de printemps puisque le Gouvernement a accepté, accédant au vœu de l'Assemblée, d'organiser un grand débat sur ce sujet.

Les trois axes principaux de ma politique de santé — préserver le haut niveau de protection sanitaire, maîtriser l'évolution des dépenses et donner le pas à qualité sur la quantité — se retrouvent dans la politique que nous conduisons plus particulièrement à l'égard de l'assurance maladie.

Jé m'expliquerai d'abord sur le diagnostic.

Nous sommes partis d'un diagnostic incontestable, celui du déficit actuel de l'assurance maladie. Cette branche de la sécurité sociale connaît, depuis plusieurs années, une dérive continue des dépenses par rapport aux recettes, compensée périodiquement par des majorations des cotisations.

Une telle évolution, que je ne pense pas avoir la prétention d'évoquer en quelques mots, s'explique par des causes inévitables : le progrès technique, le vieillissement de la population ; par des erreurs qui, si nous n'y prenons garde, accentueraient le déficit sans pour autant garantir un progrès dans le domaine de la santé des Français : hospitalocentrisme envahissant, démographie médicale galopante ; et par des comportements abusifs : consommation de médicaments exagérée, excès d'analyses ou d'examen exploratoires.

À début du mois de juillet 1979, M. Farge et moi-même avons constaté que le taux annuel de croissance des dépenses d'assurance maladie avait été de 21 p. 100, en 1978 et sur les six premiers mois de 1979, alors que les recettes s'accroissaient seulement de 11 p. 100. Or, un point de dérapage des dépenses représentait plus d'un milliard de francs en 1978 et plus encore en 1979 !

Pour faire face au déficit de 1978 et aux déficits prévisionnels de 1979 et de 1980, il fallait trouver 24 milliards environ sur dix-huit mois.

À supposer que ce déficit soit épongé par des recettes nouvelles, un déficit ne manquerait pas de se créer de nouveau dès 1981 si les dépenses continuaient de croître à un rythme aussi rapide. Si rien n'était fait, c'est un déficit tendancier de 70 à 80 milliards qu'on pourrait prévoir pour 1985.

Une trésorerie au bord de la cessation de paiements, des perspectives très inquiétantes, telle était la situation en juillet dernier.

Ce diagnostic ne peut pas être mis en doute. Le rapport remis récemment à la commission des comptes de la sécurité sociale, et qui vient de vous être transmis, confirme ces estimations. Il fait d'ailleurs état des commentaires de tous les partenaires sociaux, aussi bien des syndicats ouvriers que des syndicats de médecins.

Il est vrai, monsieur Pons, que ce rapport vous a été remis un peu tard, mais il s'agit d'une procédure nouvelle qui a été mise en place cette année. M. Farge et moi-même ferons en sorte que la transmission d'un document aussi complet que possible intervienne plus rapidement.

La clarté des comptes et la précision des prévisions sont en bonne voie de réalisation. M. Farge s'y attache particulièrement. Nous en ferons un impératif de notre action. Lors du débat qui est prévu pour le printemps prochain, nous souhaitons apporter toutes les précisions nécessaires, notamment la décomposition des dépenses et l'analyse des ressources.

Quant aux solutions possibles, monsieur Fabius, monsieur Léger, après avoir écouté attentivement vos propos, je vous indique nettement qu'il n'en existe que trois. Je ne vois pas comment, monsieur Léger, on pourrait en inventer une quatrième. Faute d'en avoir une quatrième, il faut choisir parmi les trois solutions envisagées. Le choix que nous avons fait, monsieur Fabius, a respecté la priorité que vous avez à juste titre mise en avant dans votre intervention, à savoir le maintien de notre système de protection.

Soyons réalistes. Quelles sont les solutions possibles, dans la situation actuelle, pour un homme de bon sens ?

La première voie est celle de la majoration des recettes. Il était inévitable d'y recourir, faute de quoi les paiements se seraient arrêtés le 10 octobre.

Le Gouvernement a décidé de procéder à cette majoration de la manière la plus juste possible, en mettant d'abord à contribution l'Etat qui prend désormais à sa charge le coût de formation des personnels médicaux et paramédicaux. Vous avez parlé des charges indues, monsieur Fabius. Ce sont quatre milliards qui ont été prélevés sur le budget. Cette méthode vise à associer les Français, en tant que contribuables, à cet effort.

Le Français, en tant qu'assuré social, a été aussi sollicité sous la forme d'une contribution limitée volontairement à dix-huit mois. En effet, on ne saurait trouver une solution définitive dans l'augmentation indéfinie des recettes.

Enfin, le Gouvernement fait appel à la contribution des professionnels de santé. Vous serez appelé dans quelques jours à vous prononcer sur ce point.

En effet, le niveau des cotisations est tel qu'il paraît difficile de le dépasser sans danger. Si la croissance des dépenses de l'assurance maladie ne se modérât pas, il faudrait augmenter chaque année les cotisations de 0,7 p. 100 des revenus.

La deuxième voie est celle de la baisse des remboursements de l'assurance maladie. Cette solution, qui a pour conséquence de laisser à la charge des assurés une part croissante des dépenses de santé, se heurte à l'hostilité d'une majorité des Français, et nous ne l'avons d'ailleurs pas retenue. Monsieur Fabius, nous avons tout fait pour éviter le démantèlement. Nous avons recouru à la première et à la troisième solution que je vais vous exposer, mais nous n'avons pas voulu, je le répète, recourir à la deuxième.

Mais il faut être clair, monsieur Léger, lorsque les comptes de la sécurité sociale auront été mis sur la table, si nous ne sommes pas parvenus à accomplir un effort de maîtrise raisonnable, il restera à définir la volonté du Parlement. Je prétends, en homme de bon sens, qu'il ne faut pas chercher de solution miracle dans ce domaine, il convient de réfléchir aux trois voies que j'étudie moi-même.

La deuxième voie tend effectivement à réduire les remboursements de l'assurance maladie. Nous ne l'avons pas suivie. Toutefois, nous avons créé un ticket modérateur d'ordre public dont je n'ai pas honte. Le principe en avait été posé dès le départ dans la législation de la sécurité sociale. La mutuelle générale de l'éducation nationale a d'ailleurs toujours respecté ce ticket modérateur d'ordre public. Aujourd'hui, certains nous le reprochent. Mais n'est-ce pas le moment, tout en assurant les couvertures complémentaires, de rappeler aux assurés sociaux qu'il s'avère nécessaire de consentir un effort dans les cas où la loi ne prévoit pas un remboursement à 100 p. 100 ?

La troisième voie est celle de la modération des dépenses de santé. Le Gouvernement a voulu faire appel à cet égard à la responsabilité de tous, sans tomber pour autant dans un dirigisme étroit et bureaucratique.

Les deux grands postes de dépenses sont ceux de l'hospitalisation et de la médecine de ville.

Les dépenses d'hospitalisation marquaient une tendance annuelle de croissance de 23 p. 100 lors de ma prise de fonction au mois de juillet. Nous avons défini, pour l'hôpital, un cadre budgétaire rigoureux, mais capable de faire appel à la responsabilité des équipes dirigeantes. En limitant globalement les dépenses, il est possible de faire porter les économies sur celles qui ne sont pas immédiatement nécessaires, sur des analyses en surnombre, sur un recrutement plus rigoureux du personnel. À cet égard, je pourrais citer les avis de certains présidents de commissions médicales consultatives qui ont montré, s'il en était besoin, que des attitudes nouvelles auraient à coup sûr pour effet, sans compromettre en rien la qualité des soins à l'hôpital, de mettre fin à des gaspillages et à de mauvaises habitudes.

Pour autant, nous n'avons pas oublié que certains hôpitaux sont maintenant ultramodernes et que d'autres n'ont pas terminé leur mue ; nous en tenons compte. La plus large concertation — M. Farge le précisera cet après-midi — sera entreprise pour éviter des blocages sectoriels.

Avec la médecine de ville, nous souhaitons atteindre un objectif de modération des dépenses qui est loin d'être inaccessible car il s'agit, en réalité, de revenir au rythme de croissance observé entre les années 1970 et 1977. Là encore, nous recourons à la concertation qui convient.

Concertation d'abord entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. La loi fait obligation de cette concertation pour mettre au point une nouvelle convention qui définira les moyens de garantir une maîtrise suffisante des dépenses.

Pourquoi ne pas le dire, je souhaite que la discussion s'engage rapidement. Il n'y a pas de préalable. C'est ensemble, en collaboration avec le corps médical, que nous pourrions trouver les moyens. Mais nous avons voulu marquer que la convention ne saurait être seulement tarifaire, mais qu'il faudrait prendre en compte les différents postes de la dépense d'assurance maladie.

La concertation doit ensuite s'instaurer entre les médecins, les établissements de soins et les pouvoirs publics, pour définir les règles d'un meilleur fonctionnement du système de soins qui

doit pouvoir être mieux utilisé. La recherche de l'efficacité ne doit pas être séparée du souci de préserver le niveau sanitaire que nous avons atteint, de faire le maximum pour la santé de chacun.

En conclusion de ce bref exposé introductif, je souligne que notre politique de modération de la dépense est aussi inspirée par une vraie politique de santé. Je ne laisserai pas dire que nous prenons une série de mesures séparées les unes des autres. En réalité, derrière celles-ci se profile un dessein, celui d'atteindre, certes, à la maîtrise des dépenses de sécurité sociale, mais aussi de parvenir à définir une véritable politique de santé. En effet, la finalité du système de santé — il peut sembler paradoxal de rappeler une évidence aussi capitale — c'est le malade lui-même, rien d'autre que le malade. Prenons garde de ne jamais oublier cette évidence qui peut nous aider à nous orienter dans la recherche d'une politique de santé.

Si nous mettons le malade au centre de nos préoccupations, c'est pour mieux réfléchir sur le système de soins. L'offre de soins n'a pas à être développée pour elle-même, il faut savoir à quoi elle sert. Les soins eux-mêmes, la thérapeutique doit être constamment expérimentée, remise en cause, remplacée. L'évaluation des soins, discipline encore jeune en France, doit être l'objet d'une préoccupation permanente.

De telles réflexions ne sont pas inutiles. Le moment n'est-il pas venu de chercher à bien dimensionner la réponse du système de soins aux besoins de l'individu ?

Certains malades, qui sont adressés au C. H. U., ne pourraient-ils pas être traités à l'hôpital proche du lieu où ils habitent ? D'autres, qui sont hospitalisés, ne pourraient-ils pas suivre un traitement ambulatoire prescrit par un spécialiste libéral ou un médecin hospitalier ? D'autres encore, qui consultent directement un ou plusieurs spécialistes, n'auraient-ils pas intérêt à s'adresser régulièrement à leur médecin de famille ?

On touche à un aspect essentiel de la politique de santé : la promotion du généraliste. C'est au médecin de famille qu'il revient d'être le pivot de notre système de soins. Suivre une famille pendant de longues années, connaître ses habitudes et ses goûts, pouvoir la conseiller utilement dans le dédale du monde hospitalier, pouvoir prescrire juste ce qu'il faut dans la confiance réciproque, présenter des suggestions sur le mode de vie et d'alimentation, tout cela est irremplaçable. Je compte m'employer pour que la médecine de famille à la française soit soutenue comme il convient. Tous les pays où la vraie médecine de famille a disparu commencent à se rendre compte de ce qu'ils ont perdu !

En définitive, pour que la politique de santé soit véritablement tournée vers l'homme, il faut qu'elle soit faite non seulement pour lui, mais encore avec lui.

C'est aux Français eux-mêmes qu'il revient de prendre conscience de leurs responsabilités dans le domaine de la santé, notamment par le biais de leurs habitudes de vie. C'est à eux de savoir devenir peu à peu de bons gestionnaires de leur capital corporel, de leur santé. Et les campagnes d'éducation sanitaire auxquelles je faisais allusion doivent d'abord servir à développer cette prise de conscience.

L'effort de maîtrise des dépenses auquel nous conduisent les nécessités économiques peut devenir le gage d'une politique de santé plus responsable, axée sur les besoins réels de l'homme d'aujourd'hui, et de meilleure qualité.

Au nom de cet avenir, je vous demande d'accepter ce budget. Bien qu'il ne constitue que l'un des moyens, à côté du budget social, d'assurer le progrès sanitaire de la France, je le crois en mesure de jouer un rôle essentiel d'incitation et d'orientation. C'est vous dire, mesdames, messieurs, l'intérêt du débat qui va s'ouvrir et l'attention que lui porteront M. Farge, M. Hoeffel et moi-même. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

**M. le président.** Monsieur Berger, vous êtes le premier orateur inscrit dans la discussion. Vous m'avez fait part de votre impossibilité de terminer votre intervention avant midi.

**M. Henry Berger.** En effet, monsieur le président, je me propose de parler pendant une quinzaine de minutes.

**M. le président.** Dans ces conditions, la suite de la discussion budgétaire est renvoyée à la prochaine séance.

— 2 —

## CONDITIONS D'ENTREE ET DE SEJOUR EN FRANCE DES ETRANGERS

### Annnonce des scrutins relatifs à la désignation des membres de la commission mixte paritaire.

**M. le président.** Au cours de la deuxième séance du 8 novembre 1979, l'Assemblée a été informée que le Gouvernement demandait la réunion d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur le projet de loi portant modification de l'ordonnance n° 45.2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers et portant création de l'office national d'immigration.

Le délai de dépôt expire aujourd'hui à douze heures.

Le nombre des candidats étant d'ores et déjà supérieur au nombre de sièges à pourvoir, il y a lieu à scrutins.

Ces scrutins auront lieu dans les salles voisines de la salle des séances, cet après-midi à quinze heures.

— 3 —

### NOMINATION D'UN REPRESENTANT TITULAIRE A L'ASSEMBLEE CONSULTATIVE DU CONSEIL DE L'EUROPE

**M. le président.** J'informe l'Assemblée que la candidature de M. Jean-Marie Caro au siège vacant de représentant titulaire de l'Assemblée nationale à l'Assemblée consultative du Conseil de l'Europe a été affichée et publiée au *Journal officiel* de ce matin. La nomination a pris effet dès cette publication.

M. Jean-Marie Caro exercera son mandat jusqu'au renouvellement de l'Assemblée nationale.

— 4 —

## ORDRE DU JOUR

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

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1980, n° 1290 (rapport n° 1292 de M. Fernand Icart, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan).

Santé et sécurité sociale (suite) :

Travail et santé : I. — Section commune :

(Annexe n° 29 [Santé et assurance maladie]. — M. Bernard Pons, rapporteur spécial; avis n° 1293, tome XII, de M. Gilbert Barbier [Santé et assurance maladie], au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

Travail et santé (suite) : III. — Santé et sécurité sociale :

(Annexe n° 30. — M. Laurent Fabius, rapporteur spécial; avis n° 1293, tome XIII, de M. Alain Léger, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée à onze heures cinquante.)

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

LOUIS JEAN.