

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

6^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

COMPTE RENDU INTEGRAL — 68^e SEANCE2^e Séance du Jeudi 15 Novembre 1979.

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD STASI

1. — Conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers.
— Scrutins pour l'élection des membres de la commission mixte paritaire (p. 10079).

2. — Loi de finances pour 1980 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10080).

Santé et sécurité sociale (suite).

TRAVAIL ET SANTÉ

I. — SECTION COMMUNE

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

MM. Berger,
Autain,
Bourson,
Millet,
Bariden,
Bolo,
Laborde,
Héraud,
Garcin,
Comiti.

3. — Conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers.
— Résultats des scrutins pour l'élection des membres de la commission mixte paritaire (p. 10093).

4. — Loi de finances pour 1980 (deuxième partie). — Reprise de la discussion d'un projet de loi (p. 10093).

Santé et sécurité sociale (suite).

TRAVAIL ET SANTÉ

I. — SECTION COMMUNE

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

MM. Claude Wilquin,
Arreckx,
Hage,
Fontaine,
Pesce,
Flesse,
Briane,
M^{me} Goeuriot,

MM. Voilquin,
Jagoret,
Taugourdeau,
Bord,
Berest,
Grussenmeyer,
Vizet,
Couepel,
Royer,
Welsenhorn,
Revet,
Geng,
Moustache,
Clément.

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

5. — Ordre du jour (p. 10110).

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD STASI,
vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

CONDITIONS D'ENTREE ET DE SEJOUR EN FRANCE
DES ÉTRANGERS

Scrutins pour l'élection des membres
de la commission mixte paritaire.

M. le président. L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination de sept membres titulaires et de sept membres suppléants de la 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.

L'Assemblée voudra sans doute procéder simultanément au scrutin pour la nomination des membres titulaires et au scrutin pour la nomination des membres suppléants de la commission mixte paritaire.

Il n'y a pas d'opposition ?...

Il en est ainsi décidé.

Ces scrutins vont avoir lieu dans les salles voisines de la salle des séances.

Je rappelle que les scrutins sont secrets et que la majorité absolue des suffrages exprimés est requise aux deux premiers tours de scrutin ; au troisième tour, la majorité relative suffit et, en cas d'égalité des suffrages, le plus âgé est nommé.

Les noms des candidats ont été affichés.

Des bulletins imprimés sont à la disposition de nos collègues. Ils doivent être mis dans l'urne sous enveloppe.

Seuls sont valables les suffrages exprimés dans les enveloppes ne contenant pas plus de noms qu'il n'y a de membres à nommer.

Je prie MM. les secrétaires de bien vouloir désigner deux d'entre eux pour présider les bureaux de vote.

Je vais maintenant tirer au sort le nom de quatre de nos collègues qui procéderont à l'émargement des listes de votants.

(Il est procédé au tirage au sort.)

M. le président. Sont désignés : MM. Claude Pringalle, Joseph-Henri Maujouan du Gassel, Georges Delfosse et Pierre de Benouville.

Les scrutins vont être annoncés dans le Palais et seront ouverts dans cinq minutes.

Ils seront clos à seize heures.

— 2 —

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^{os} 1290, 1292).

SANTE ET SECURITE SOCIALE (suite)

Travail et santé.

I. — SECTION COMMUNE

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

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

Ce matin, l'Assemblée a entendu les rapporteurs et le ministre.

Mes chers collègues, j'appelle votre attention sur la nécessité dans laquelle je me trouve de faire respecter très rigoureusement les temps de parole étant donné le nombre des orateurs inscrits.

Dans la discussion, la parole est à M. Berger.

M. Henry Berger. Monsieur le président, monsieur le ministre de la santé et de la sécurité sociale, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, vous ne serez pas étonnés que je parle de la sécurité sociale.

La discussion à laquelle nous participons actuellement, les rapports spéciaux de la commission des finances, les avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, tout cela pour nous prononcer uniquement sur un crédit de 6,7 milliards de francs, qui ne représente qu'un peu plus de 15 p. 100 des 43,9 milliards de francs de subventions de l'Etat aux divers régimes, soit le centième du budget social de la nation, qui s'élève à 475 milliards de francs pour les régimes de base et 57 milliards de francs pour les régimes complémentaires.

Voilà ce qu'il est convenu d'appeler « le vote du budget de la sécurité sociale ».

Il s'agit donc en fait uniquement de voter les subventions de l'Etat aux différents régimes, et encore pas à tous puisque les aides de l'Etat sont dispersées entre six ministères.

M. Antoine Gissinger. Hélas !

M. Henry Berger. Cela n'a rien à voir avec les recettes, rien à voir avec les dépenses, donc rien à voir avec un budget !

Il en a toujours été ainsi. Depuis plus de trente ans le système de financement de la sécurité sociale n'a pas évolué. Il a permis un développement de l'institution sans contrainte et sans faire subir aux intéressés le poids de l'effort contributif à fournir.

Ce système a bien fonctionné tant qu'une période de croissance économique forte a permis d'ajuster les moyens à la croissance des besoins. Le surplus de richesses produites était suffisant pour que l'effort supplémentaire demandé aux payeurs ne parût pas insupportable.

Un arbitrage politique n'était donc pas nécessaire entre les exigences des assurés et les inquiétudes des cotisants. Un contrôle parlementaire sur l'équilibre financier de la sécurité sociale n'a donc pas été institué. L'ajustement des ressources aux dépenses se faisait par des augmentations de cotisations décidées par le Gouvernement.

De plus, le financement de la sécurité sociale était assuré par une affectation différente des ressources entre les trois branches maladie, famille, vieillesse.

Enfin, tout le système était fondé uniquement sur l'assiette des revenus du travail et, pour les salariés, sur le paiement des cotisations par les entreprises.

Depuis quelques années, la situation s'est renversée. Faute d'un surplus de richesses pour financer un surplus de besoins, c'est sur les richesses acquises que le prélèvement s'effectue.

Une contradiction politique surgit entre les revendications des assurés et celles des cotisants. Dans le souci de concilier l'amélioration de la protection sociale et la stabilisation des charges sociales, il s'agit de déterminer lequel des deux objectifs doit être privilégié.

Il est facile alors de comprendre que l'ajustement pur et simple des moyens aux besoins ne peut être résolu par des mesures imposées et prises dans le secret des cabinets ministériels. Il est indispensable qu'elles soient arrêtées à la suite d'un arbitrage politique après un débat parlementaire.

Il ne sera plus possible de faire jouer les « vases communicants » entre les trois branches de la sécurité sociale. Un effort important et nécessaire doit être fait pour renforcer la politique familiale en raison de la conjoncture et des perspectives démographiques.

Il ne sera pas possible non plus de revenir sur les améliorations très importantes de l'assurance vieillesse décidées dans les années 1971-1975.

Enfin, l'assiette des cotisations est inadaptée à une conjoncture de sous-emploi et d'augmentation de la population active. En pénalisant les industries de main-d'œuvre, elle nuit à la compétitivité des entreprises vis-à-vis de l'étranger, au moment où celle-ci devient primordiale pour la survie de l'économie de notre pays.

Les contradictions actuelles remettent en cause un système de financement hérité d'une période révolue de facilité qui était source d'incompréhension et d'irresponsabilité. Pourquoi voulez-vous dans ces conditions que l'assuré prenne conscience du lien qui existe entre sa dépense individuelle et l'effort contributif qu'elle entraîne puisque, d'une part, aucun débat public ne lui permet de choisir entre la progression des dépenses sociales et la stabilisation des charges sociales et que, d'autre part, la détermination de l'assiette des cotisations ne l'éclaire pas sur la contrepartie financière de sa dépense ?

Il en est de même pour tout le corps médical que le mode de financement des dépenses de santé a dégaîgé, pendant trente ans, de toutes contraintes de coût.

Monsieur le ministre, l'opinion n'a pas compris et ne comprend pas les mesures prises depuis quatre ans parce qu'elle n'a pas été consultée avant la décision. L'avenir de la sécurité sociale lui paraît de moins en moins assuré et sa double qualité de payeur et de dépensier la plonge dans l'insécurité.

M. Antoine Gissinger. Très bien !

M. Henry Berger. Dans quelques jours, nous discuterons de mesures ponctuelles contenues dans les projets de loi que vous avez déposés.

Jusqu'alors le Gouvernement a dû parer au plus pressé, effectuer des choix provisoires, faire face à des déficits difficiles à chiffrer.

J'aurai dans un prochain débat, je l'espère, l'occasion de m'exprimer plus longuement sur ce sujet.

Cette politique, élaborée à l'écart de l'opinion qui en subit les contrecoups, donne l'impression de résoudre les problèmes épineux sans dominer les faits ni prévoir à long terme.

Le rapport sur le VIII^e Plan prévoit, pour 1985, un déficit qui se chiffrera par dizaines de milliards de francs. Plutôt que cette somme fantastique, il faut présenter aux Français le détail des chiffres si l'on veut leur faire prendre conscience de l'ampleur des difficultés et susciter une réaction de leur part. Il faut leur montrer qu'il s'agit d'un choix politique fait sur des masses considérables, entre des intérêts qui pour être contradictoires n'en sont pas moins légitimes.

Le déficit de l'assurance maladie résulte non seulement du comportement inflationniste des assurés et du corps médical mais aussi de causes collectives qui échappent au contrôle de l'individu comme le progrès technique médical, le vieillissement de la population, la médicalisation des cas sociaux.

Il n'est plus possible de présenter le déficit en termes exclusivement financiers, il faut le poser en termes de grands choix sociaux.

Jusqu'où peut-on augmenter le taux de prélèvement sur les actifs sans compromettre la productivité ?

Jusqu'où peut-on augmenter les charges sociales des entreprises sans mettre en cause leur compétitivité ?

Jusqu'où peut-on distribuer des revenus destinés à être intégralement dépensés sans trop augmenter la demande globale ?

Pendant plusieurs années, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a essayé de répondre à ces questions. Elle a interrogé des centaines de responsables et a fait la synthèse de ses conclusions dans une proposition de loi.

Nous avons envisagé trois possibilités.

Premièrement, le système de sécurité sociale reste financièrement ouvert comme il l'est actuellement, mais on risque d'étouffer l'économie française.

Deuxièmement, le système devient complètement fermé avec une limitation autoritaire des dépenses en fonction des ressources mais on diminue à coup sûr le niveau de la protection sociale.

Troisièmement, le système parvient à s'autoréguler sans nuire à l'économie ni porter atteinte à la protection sociale.

C'est cette dernière voie fondée sur la souplesse et la responsabilité que nous choisissons. C'est une voie étroite, nous en sommes bien convaincus. Mais elle constitue la dernière chance ; son échec conduirait de façon inévitable à un mécanisme fondé sur la contrainte.

Vous l'avez dit ce matin, monsieur le ministre, il n'y aura pas de miracle de la sécurité sociale. Seule est praticable une approche pragmatique qui, sans en bouleverser l'architecture, apporte des réformes sur quatre points.

Le premier concerne le mode de fixation de l'équilibre financier de la sécurité sociale par l'instauration d'un contrôle parlementaire sur son financement.

L'amendement déposé par notre collègue Marette lors de l'examen de la première partie du projet de loi de finances va dans ce sens.

Mais il faut encore aller plus loin. En effet, le contrôle parlementaire restera purement formel s'il ne fait qu'enregistrer des résultats. Il deviendra utile s'il permet d'infléchir les comportements, en avertissant les assurés à mi-parcours, c'est-à-dire à la session de printemps, qu'ils auront à payer plus en fin d'exercice si leur consommation continue de dépasser les objectifs fixés en début d'exercice. Cette information des assurés avant que la dépense ne survienne les laisserait libres de choisir entre la maîtrise de leur consommation et l'augmentation de leurs cotisations, mais elle aurait des chances de peser sur leurs décisions.

Le deuxième point porte sur le mode de financement de la sécurité sociale par un rééquilibrage et une diversification du financement.

Le troisième a trait à la progression des dépenses de santé dans quatre domaines importants : la prévention des grands fléaux sociaux ; la maîtrise de l'hospitalisation ; l'évaluation médicale et économique des soins ; le renforcement du contrôle médical.

Les mesures que vous venez de prendre, monsieur le ministre, étaient sans doute nécessaires, mais elles ont eu l'effet d'un électrochoc qui a peut-être « responsabilisé » le corps médical et les assurés, mais les a aussi traumatisés.

Vous avez montré jusqu'à quelles contraintes on pourrait arriver si les uns et les autres ne prenaient pas leurs responsabilités. Il faut maintenant définir des procédures constructives pour que l'effort de « responsabilisation » ne se réalise pas en dehors des professions médicales ou contre elles, mais avec elles. La responsabilité est un état d'esprit qui se développera uniquement dans la concertation et la recherche mutuelle d'un consensus.

Le quatrième point concerne la réforme sur la rationalisation de la gestion administrative et financière de la sécurité sociale.

Monsieur le ministre, il est grand temps de déclencher le mécanisme d'une réforme progressive de la sécurité sociale, sans lui retirer ce qui a fait d'elle l'une des plus grandes institutions françaises. Nous sommes prêts à vous aider — et nous le souhaitons — pour seconder tous les efforts que vous déployez.

Je vous demande de prendre en considération les travaux que nous avons effectués, et cela dans le cadre non pas de cette discussion budgétaire ni même des textes que nous allons examiner dans les prochains jours, mais d'un grand débat sur un texte précis, débat qui devra se terminer par l'adoption de dispositions législatives reprenant les options que nous venons de définir.

Il ne s'agira pas d'instruire le procès des uns contre les autres. Tous les Français doivent se sentir concernés, chacun, où qu'il soit, ayant sa part de responsabilité et devant avoir les moyens d'y faire face.

Monsieur le ministre, la République est une communauté de personnes responsables et solidaires. Elle doit pouvoir compter sur chaque Français pour partager les sacrifices autant que les bénéfices. (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. Autain.

M. François Autain. Monsieur le ministre, le budget que vous nous présentez aujourd'hui est un budget de stagnation qui traduit l'indigence de votre politique.

Le contraire eût été étonnant de la part d'un gouvernement qui a toujours fait preuve d'une grande passivité en la matière.

Faute d'avoir su ou voulu proposer à temps une véritable politique sanitaire et sociale susceptible de relever le défi que pose à nos sociétés modernes l'augmentation du coût des soins, vous et vos prédécesseurs avez laissé s'installer en matière de soins et de sécurité sociale une aimable incohérence, fruit d'une constante improvisation.

Que constatons-nous en effet aujourd'hui ?

Votre projet de budget représente, cette année, 5,50 p. 100 du budget de l'Etat, soit à peine moins que l'an passé, je vous le concède. Mais il n'augmente que de 11,3 p. 100, c'est-à-dire moins que le budget dans son ensemble et, ce qui est plus inquiétant, il est en net recul par rapport à celui de l'année dernière, qui progressait de 18,8 p. 100.

Dans ce projet de budget, les dépenses obligatoires de santé, qui recouvrent la participation de l'Etat aux dépenses de prévention — centres de vaccination, conseils d'hygiène, services de désinfection et protection maternelle et infantile — ne s'élèvent pour leur part qu'à 1,9 milliard, ce qui ne représente qu'une progression de 4,6 p. 100, confirmant ainsi un ralentissement déjà constaté depuis plusieurs années.

Et, parler comme vous le faites, monsieur le ministre, d'un renforcement de la politique de prévention ne semble pas correspondre à la réalité. En effet, une progression de 4,6 p. 100, alors que la hausse des prix pour 1980 est évaluée à plus de 10 p. 100, ne permettra même pas de maintenir à son niveau

actuel le secteur de la prévention. Mieux, les crédits inscrits à l'article « protection de la mère et de l'enfant » régressent de 12,1 p. 100 par rapport à 1979.

Les handicapés sont, eux aussi, les parents pauvres de votre projet de budget; non seulement le budget de fonctionnement des Cotorep — les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel — stagne, malgré de formidables retards dans l'étude des dossiers, retards dénoncés de toutes parts, mais l'action sociale en faveur des handicapés décline de 13,3 p. 100. De même, les subventions d'équipement pour les établissements pour enfants handicapés ou inadaptés diminuent de 10 p. 100 en autorisations de programme et de 39,8 p. 100 en crédits de paiement.

Les crédits affectés à la recherche médicale sont en augmentation sensible. Ainsi l'I. N. S. E. R. M. se voit doté d'un budget de fonctionnement en augmentation de 16 p. 100 et de quatre-vingt-dix-sept emplois nouveaux. Nous vous en donnons acte.

Il est toutefois regrettable que cet effort risque d'être réduit à néant si les récentes directives gouvernementales concernant la réorganisation de l'I. N. S. E. R. M. sont mises en application. Ces directives, en effet, conduisent à l'abandon de la recherche fondamentale par le démantèlement des équipes de chercheurs.

En ce qui concerne l'Institut Pasteur, nous notons également une augmentation sensible des subventions. Mais y a-t-il un rapport avec le projet d'éclatement de cet institut? En clair, nous craignons que Pasteur-production soit remis au secteur privé et que la recherche, qui implique des investissements non rentables à court terme, soit laissée au secteur public. Pouvez-vous, monsieur le ministre, nous apporter des précisions concernant la répartition de la subvention et les projets gouvernementaux dans ce domaine?

L'équipement de nouveaux services d'aide médicale urgente — les S. A. M. U. — figure aussi dans le catalogue de vos intentions volontaristes. A ce jour, une soixantaine de départements, sur quatre-vingt-quinze, possèdent un S. A. M. U. Tout le monde sait que la création d'un S. A. M. U. est toujours une opération coûteuse et qu'il convient donc, comme dans tout investissement concernant la santé, de procéder à une évaluation de son efficacité.

Or il semble bien que le projet qui est le vôtre de doter chaque département français d'un S. A. M. U. constitue une entreprise onéreuse et inutile. Plus rentable et plus réaliste à la fois serait la politique qui consisterait à améliorer le fonctionnement de ceux qui existent. En effet, des créations intempestives, sans étude préalable, risquent d'aboutir, comme cela vient d'être d'ailleurs le cas à Moulins, à la fermeture du S. A. M. U.

Une autre politique consisterait à étendre le rayon d'action des S. M. U. R. — les services mobiles d'urgence et de réanimation — en les dotant, par exemple, de moyens adaptés permettant d'assurer une couverture des besoins au moins aussi satisfaisante, et, par ailleurs, se fondant sur le fait que 80 p. 100 des demandes d'assistance sont du ressort des généralistes, il conviendrait d'engager le dialogue avec ces derniers. Mais peut-être n'êtes-vous pas le mieux placé en ce moment.

Enfin, l'augmentation des dépenses d'aide sociale ne se dément pas d'une année sur l'autre, même si l'on constate, cette année, un léger ralentissement. Cette progression traduit l'extension de la misère en cette période de crise. Elle témoigne aussi d'une régression de la protection sociale, que votre politique tend à organiser.

J'en veux pour preuve, d'une part, votre projet de loi n° 1348 relatif au maintien des droits — mais ne devrait-on pas dire plutôt à la suppression des droits? — de certaines catégories d'assurés en matière de sécurité sociale, qui va conduire, selon vos estimations, de 50 000 à 80 000 chômeurs vers l'aide médicale et, d'autre part, la question du ticket modérateur d'ordre public que vous avez l'intention d'instituer prochainement pour la totalité des soins ambulatoires. A cet égard, je serais très heureux que vous m'expliquiez comment ce ticket modérateur d'ordre public, dont l'efficacité avait déjà été jugée douteuse en 1968, dont le caractère néfaste a été démontré en 1972 dans un rapport de l'inspection générale des affaires sociales, peut de nouveau être envisagé en 1979.

Cela dit, monsieur le ministre, j'estime que, au terme du Plan, le moment est venu de faire le bilan des programmes d'actions prioritaires qui entrent dans le champ de vos compétences et qui sont au nombre de cinq. Je me bornerai à commen-

ter les résultats obtenus pour trois d'entre eux, les P. A. P. n° 14, 15 et 19, qui concernent respectivement la famille, les personnes âgées et les hôpitaux.

Les taux de réalisation qui nous ont été communiqués par les services du ministre du budget me paraissent manifestement gonflés et les résultats médiocres qu'ils objectivent n'en ont que plus de signification.

Sans vouloir anticiper sur le débat qui aura lieu la semaine prochaine, je ne peux qu'être étonné par les piètres résultats obtenus dans le domaine de la politique familiale. Ce plan d'action prioritaire n'a été réalisé en effet qu'à 71,6 p. 100 du plancher fixé. Comment désormais vous croire quand vous affirmez qu'en cette période de déclin démographique votre préoccupation essentielle est la famille, alors que, dans la réalité, tout dément vos propos?

Même constatation pour le programme d'action prioritaire n° 15 concernant les personnes âgées, dont le taux de réalisation ne dépasse pas 80 p. 100. Comment pouvez-vous concilier ce relatif échec avec votre politique, maintes fois réaffirmée, du maintien à domicile des personnes âgées? Comment pouvez-vous encore vous prévaloir de cette politique pourtant bénéfique, alors que vous refusez de vous donner les moyens de sa mise en œuvre, en maintenant par exemple un taux insuffisant de prise en charge du travail des aides ménagères? Ainsi les associations qui emploient ces professionnelles se voient contraintes aujourd'hui de licencier une fraction non négligeable de leur personnel, faute de pouvoir couvrir financièrement les besoins, appréciés au même niveau que l'an passé alors qu'ils sont en augmentation constante.

Face à cette situation préoccupante, vous vous retranchez derrière les caisses de retraite, auxquelles en quelque sorte vous imputez la responsabilité de l'échec de votre politique, vous bornant, sans trop de conviction, à espérer pour l'année prochaine une augmentation sensible des crédits.

Alors, quand vous indiquez dans la présentation du budget, parmi les intentions volontaristes, le maintien à domicile des personnes âgées, les socialistes font preuve d'un grand scepticisme en la matière — vous ne vous en étonnez certainement pas — même si l'on doit reconnaître que les crédits inscrits à cette fin dans le projet de budget pour 1980 sont en augmentation importante.

Enfin, malgré la correction en baisse du programme d'action prioritaire n° 19 sur l'humanisation des hôpitaux, contenue dans l'adaptation du VIII^e Plan, vous ne réalisez qu'à 72 p. 100 votre objectif. Et, si l'on ajoute que vous devez ce résultat, pourtant moyen, à l'effort consenti par les établissements publics régionaux, on conviendra que votre mérite n'est pas grand, si ce n'est celui d'avoir imposé un nouveau transfert de charges aux collectivités locales qui croulent déjà sous les difficultés financières.

Dernier point: sur les 44 milliards que le budget de l'Etat consacre en 1980 à l'équilibre des principaux régimes de sécurité sociale, 6,64 milliards incombent au budget de la santé. Ces subventions sont en augmentation de près de 15 p. 100 par rapport à l'année dernière. Cette budgétisation, certes modérée, mais croissante des dépenses de sécurité sociale qui devraient s'établir à 529 milliards de francs en 1980, témoigne de la crise actuelle que traverse cette institution. Cette crise — beaucoup d'orateurs avant moi l'ont rappelé — est sérieuse et appelle des mesures urgentes.

Face à cette situation, vous vous êtes refusé à procéder aux réformes en profondeur qui s'imposaient. Vous vous êtes borné à prendre une série de mesures comptables aussi simplistes qu'inefficaces qui ont soulevé immédiatement le mécontentement légitime des usagers et de tous les professionnels de la santé.

Vous fondant sur un postulat fort contestable selon lequel les dépenses de santé n'augmentent pas plus vite que la production intérieure brute, vous êtes en train de condamner les hôpitaux à l'asphyxie et de contraindre les médecins à perdre l'indépendance sans laquelle la qualité des soins qu'ils dispensent est appelée à se dégrader.

M. le président. Vous avez dépassé votre temps de parole, mon cher collègue.

Je vous prie de bien vouloir conclure.

M. François Autein. J'en termine, monsieur le président.

Les problèmes de santé ne peuvent être résolus que dans le cadre d'un vaste débat national, qui associe toutes les parties concernées : les représentants du Gouvernement et ceux des organisations représentatives des salariés, des employeurs, des mutualistes et des professions de santé.

Ce débat doit être l'occasion d'une réflexion approfondie sur notre système de soins et permettre de dégager les axes prioritaires d'une vraie politique de santé, dans la réaffirmation des principes qui fondent la pratique médicale et que vous remettez en cause par l'institution de l'enveloppe globale pour la médecine de ville.

En l'absence de ce débat, il y a peu de chances de voir se restaurer les conditions nécessaires à une pratique médicale normale, conditions que les mesures du 25 juillet ont gravement obérées.

En conclusion, je dirai que votre budget et la politique qui le sous-tend ne peuvent qu'aboutir à la dégradation des soins et à la régression de la protection sociale des Français. Une autre politique est possible, mais vous ne voulez pas la mettre en œuvre, estimant sans doute que le plan comptable que vous essayez laborieusement de mettre en place peut tenir lieu de politique de santé ; mais vous vous trompez. C'est pourquoi les socialistes voteront contre le projet de budget que vous nous présentez. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Pierre-Alexandre Bourson. Mesdames, messieurs, il n'est pas question, dans le temps qui m'est imparti, d'examiner l'ensemble du problème. D'ailleurs, le président Berger, tout à l'heure, en a rappelé les points fondamentaux.

Je me bornerai donc à poser quelques questions et à formuler des propositions sur quelques points très particuliers.

Premier point : les comptes de la sécurité sociale.

Jusqu'à présent, nous n'avons pu disposer, en la matière, que de statistiques infidèles et contradictoires, provenant de sources souvent diverses et imprécises.

Trop d'organismes en effet établissent les statistiques : plusieurs ministères dont le vôtre, monsieur le ministre, et ceux du budget, du travail ; des centres ou instituts tels que l'I.N.S.E.E., le C.R.E.D.O.C., le C.E.R.C., etc. ; certains organismes privés industriels ; des universitaires, en particulier en province.

Les comptes qui ont été publiés ne sont, en général, jamais consolidés ; pour les grandes caisses, ils sont à peu près fidèles ; pour les autres, ils sont trop tardifs ; pour certains régimes, ils sont trop imprécis. Je signale à cet égard qu'il existe des régimes qui sont incapables de préciser le nombre exact de leurs cotisants ou de leurs prestataires.

Nous sommes un certain nombre à avoir applaudi à la création de la commission des comptes de la sécurité sociale. Mais pourquoi ne pas envisager son extension ou même la création d'un véritable institut d'économie sociale qui regrouperait la commission des comptes de la sécurité sociale et — pourquoi pas ? — les services d'études et de statistiques du ministère de la santé et de la sécurité sociale et des autres ministères ?

Enfin, pourquoi ne pas multiplier le nombre des chaires d'économie médicale dans des facultés de médecine et celui des chaires d'économie sociale dans les autres universités ?

Nous souhaitons très vivement que le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale et l'annexe relative aux prévisions des recettes et dépenses de la sécurité sociale soient impérativement fournis au Parlement toujours avant le 2 octobre, faute de quoi il n'y aura pas d'ébauche possible du contrôle parlementaire.

Cela dit, je crois qu'à beaucoup parler de l'assurance maladie on oublie peut-être le problème financier posé par l'assurance vieillesse. En 1978, le déficit de l'assurance maladie a été de 5,5 milliards et celui de l'assurance vieillesse de huit milliards. Si les mesures de décembre 1978 et de juillet 1979 n'avaient pas été prises, si l'augmentation de 1,75 point des cotisations sociales de l'assurance vieillesse n'était pas intervenue, le déficit de ce régime aurait été de 8 milliards en 1978, 8,6 milliards en 1979, 9,4 milliards en 1980.

J'ai formulé cette observation uniquement pour démontrer qu'il ne faut pas tirer à boulets rouges sur la seule assurance maladie.

Mais revenons à cette assurance maladie qui est surtout à l'ordre du jour, et, d'abord, à l'hospitalisation : à tout seigneur tout honneur !

Les frais d'hospitalisation représentent 54 p. 100 des dépenses de santé et leur progression de 24 p. 100 par an représente un doublement en valeur en moins de quatre ans et un doublement en volume en moins de huit ans. Aucun système social ne pourrait résister à une telle expansion.

Mais cette proportion n'est peut-être pas condamnable en soi, puisqu'elle permet d'améliorer la santé de tous les Français. A ce propos, je tiens à rendre un hommage particulier aux médecins hospitaliers dont la qualité et le dévouement sont largement reconnus sur le plan international, à ceux des C.H.U., mais aussi à ceux des hôpitaux non universitaires qui, parfois à moindre coût, le plus souvent à qualité égale, fournissent aux malades des services comparables proches de leur domicile.

S'agissant des tarifs hospitaliers, je citerai quelques exemples extraits d'un document administratif fixant les prix de journée, pour 1979, dans un département de la couronne parisienne.

Dans divers services de convalescents, le prix de journée s'élève à 574 francs, soit 17 200 francs par mois. Je me demande parfois si, à ce prix-là, on ne pourrait pas loger les convalescents dans des hôtels quatre étoiles et leur fournir la surveillance particulière d'un médecin à mi-temps !

En pédo-psychiatrie, l'hospitalisation complète, jour et nuit, coûte 617 francs et la seule hospitalisation de jour, 611 francs. Six francs de différence pour une nuit ! Je ne me l'explique guère.

Il n'est bien sûr pas question de remettre en cause les dépenses sociales en faveur des handicapés véritables et des personnes âgées, qui relèvent de la nécessaire solidarité de la nation.

Mais je dois signaler que, dans certains instituts de rééducation pour mineurs présentant essentiellement des troubles du caractère et du comportement et qui n'ont donc rien de commun avec les grands malades relevant de la psychiatrie, les prix d'internat se situent entre 7 000 et 13 000 francs par mois. A ce prix-là, me semble-t-il, chacun de ces mineurs pourrait bénéficier du service personnel d'un psychologue, d'un instituteur ou d'un médecin à mi-temps.

Quant aux maisons d'enfants, à caractère social, la plupart sont absolument indispensables, mais à raison de 200 francs par jour, en moyenne, la scolarité d'un enfant pendant neuf mois coûte à la collectivité 5 millions de centimes. A ce prix-là, il faut vraiment prendre la peine de s'assurer que le placement est totalement justifié !

Pour sa part, le coût de l'aide collective, monsieur le ministre, est parfois trois à quatre fois supérieur à celui de l'aide directe, ce qui justifie mes questions.

D'un autre côté, il n'est pas, bien sûr, question de critiquer les louables intentions de ceux qui sont à l'origine de l'hospitalisation à domicile. En créant ce genre d'association, ils voulaient réaliser des économies sur les dépenses d'hospitalisation : en fait, dans trop de cas, même s'ils ne sont pas en majorité, des infirmières des services d'hospitalisation à domicile sont obligées de rouler une journée entière, en parcourant une centaine de kilomètres, pour visiter cinq malades, ce que n'importe quelle infirmière diplômée d'Etat et conventionnée aurait effectué pour un coût cinq fois moindre.

Autre exemple, les crèches, qui coûtent 2 500 francs par mois et par enfant : à ce prix, je me demande également si l'aide directe familiale ne permettrait pas aux familles d'utiliser personnellement, à moindre coût, les soins d'une aide puéricultrice ou d'une assistante maternelle.

De tels exemples montrent, monsieur le ministre, que le prix de revient de certains aspects de la solidarité collective est peut-être excessif. Ils conduisent à se demander s'il ne serait pas temps de reconsidérer entièrement nos conceptions dans ce domaine et d'en revenir à une aide plus personnalisée et plus directe.

On a déjà parlé des problèmes posés par le S. A. M. U. et le S. M. U. R. Le S. A. M. U. rend des services incomparables, mais il coûte cher : 10 000 francs par jour dans chaque hôpital. L'heure

d'intervention du S. M. U. R. revient, pour un transport médicalisé, à 584 francs et, pour une intervention médicale « simple », à 400 francs, soit cinq fois plus cher qu'une visite de médecin conventionné. A ce prix-là, il convient de réserver les interventions du S. A. M. U. et du S. M. U. R. aux urgences véritables — quitte d'ailleurs à donner une interprétation large de la notion d'urgence. Dans de trop nombreux cas, cette magnifique institution qu'est le S. A. M. U. ne sert qu'au transport des malades, ce que des ambulanciers diplômés ou privés pourraient faire à moindres frais.

Autre question : que pensez-vous de l'institution d'un livret médical personnel pour les adultes ? Un tel livret existe déjà pour les enfants, sans poser de problème. Pourquoi ne pas l'instituer pour l'adulte afin d'éviter la répétition inutile d'investigations, notamment biologiques et radiologiques, à condition, bien sûr, que ce livret reste la propriété personnelle du malade ? De toute façon, n'y seraient mentionnés que la date et le lieu, par exemple, des soins.

Quant aux dépenses de l'action sociale, dans le titre III de votre budget, monsieur le ministre, elles vont s'élever à 25 milliards 600 millions de francs en 1980. Loin de moi, bien entendu, l'intention de critiquer cet effort, dont je constate, tout de même, qu'il est deux fois plus grand qu'en 1977 et cinq fois plus qu'en 1973. Compte tenu des dépenses d'aide sociale des collectivités locales, on atteint vite les 50 milliards de francs.

Cette progression me surprend quelque peu, alors que la sécurité sociale est maintenant généralisée à tous les Français. En outre, nous connaissons tous, pour l'avoir votée — au moins certains d'entre nous — l'augmentation qualitative et quantitative des mesures favorables aux personnes âgées, aux chômeurs et aux familles à revenu modeste. Alors, ne serait-il pas nécessaire de reconsidérer les structures mêmes de l'aide sociale à ses quatre niveaux, local, cantonal, départemental et national ?

J'ai appelé l'attention sur ces dépenses — je n'ai pas le temps d'insister sur celles qui découlent de l'abus du tabac et de l'alcool — pour tenter de démontrer qu'il serait non seulement souhaitable mais possible de sauvegarder notre système libéral d'assurance maladie et notre système socio-libéral de soins, tout en conservant la qualité de ceux-ci, grâce à une plus grande rigueur budgétaire à tous les échelons : ministériel, hospitalier, médical et, bien sûr, individuel.

En 1980, les prévisions de dépenses pour tous les régimes de sécurité sociale s'élèveront au total à 529 milliards de francs, ce qui signifie qu'elles dépasseront pour la première fois le budget national. Dans ces conditions, en dépit de son volume et à cause de celui-ci, un besoin éventuel de financement de dix milliards de francs, si élevé soit-il, ne représenterait pourtant que 2 p. 100 du total des dépenses.

De même, les dépenses prévisibles de la seule caisse nationale d'assurance maladie sont évaluées, pour 1980, à 160 milliards de francs. De même, le déficit éventuel, théorique — car j'espère qu'en prenant des dispositions nous pourrions l'éviter — de 3 milliards 200 millions de francs ne représenterait jamais que 2 p. 100 du budget de la caisse. Je ne veux pas croire qu'il ne sera pas possible d'éviter ce déficit éventuel grâce à une plus grande concertation entre les assurés sociaux et les prescripteurs.

Je ne veux pas croire qu'il serait impossible de réaliser ce type d'économies. Pour cela, il suffirait, en effet, que les arrêts de travail soient ramenés à vingt jours, au lieu de vingt et un, en moyenne, par assuré ; que les médecins, grâce à des systèmes d'audit — à mettre au point dans les services hospitaliers — prescrivent 2 p. 100 de moins de dépenses ; que le nombre des hospitalisations diminue de 2 p. 100. Ainsi pourraient être réalisés les 3 milliards d'économies indispensables sans remettre en cause notre système, ce qui est déjà fondamental, et, ce qui ne l'est pas moins, la qualité de soins dont les Français ont besoin.

Il n'est plus possible, il faut le répéter, si nous voulons conserver les bienfaits inestimables, mais que nous essayons d'estimer, de la sécurité sociale, que les dépenses continuent à augmenter au même rythme, soit de 17 à 20 p. 100 annuellement. En effet, de 1970 à 1980, les cotisations sociales se sont élevées de 12,9 à 18 p. 100 du P. I. B., soit 5,1 points de plus ; les impôts de 22,7 à 23,6 p. 100, soit 0,9 point de plus seulement ; mais le total des prélèvements obligatoires a crû en dix ans de 35,6 à 41,6 p. 100, soit six points d'écart, dont 5,1 points pour les seules cotisations sociales. Il n'est plus concevable de maintenir ce rythme sans changer notre système social, un système qui

n'a d'ailleurs rien à envier à celui des autres sociétés sociales démocrates. Au-delà, si l'Etat devenait le tyran de 53 millions d'assistés, nous tomberions dans le système collectiviste dont les Français ne veulent surtout pas ! (*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. Millet.

M. Gilbert Millet. Monsieur le ministre, la protection de la santé des Français est gravement mise en danger par votre politique d'austérité, de restriction et d'autoritarisme.

Par un véritable matraquage de l'opinion publique, au nom du coût social de la santé, vous tentez de lui faire croire qu'il n'est d'autre politique possible, de la même manière que vous brandissez la facture pétrolière pour faire accepter l'austérité. Dans l'un et l'autre cas il s'agit d'une véritable mystification et nous le démontrerons ici.

En vérité, face à cette politique dangereuse, il est possible et nécessaire de prendre des mesures d'urgence pour la santé, et nous vous proposerons aujourd'hui un véritable budget de la santé pour 1980.

Naturellement le vôtre traduit vos orientations vers l'austérité. En voici trois exemples significatifs :

Premièrement, vos orientations confirment la remise en cause de la prévention, déjà fortement compromise les années précédentes. Tout ce chapitre est en régression soit parce qu'il y a réduction de crédits, soit parce que ceux-ci ne suivent pas le rythme de l'inflation.

Il en va ainsi de la protection maternelle et infantile et de la médecine scolaire, dont on connaît la situation critique, de la prévention des handicaps à la naissance, des vaccinations, de la prévention de la tuberculose, de l'alcoolisme, de la lutte contre la drogue, de l'éducation sanitaire et même de la prophylaxie du cancer.

Quant aux crédits consacrés à la planification des naissances, ils restent dérisoires.

Deuxièmement, à l'heure où votre politique d'austérité frappe avec une particulière violence les couches populaires, dont elle ébranle la santé et où elle creuse les inégalités, vous diminuez les crédits de l'action sociale concernant les jeunes enfants, les familles et les handicapés. Les investissements pour les établissements d'aide à l'enfance, à l'adolescence, à la famille et aux enfants handicapés sont en régression. Les investissements pour les handicapés adultes sont d'un montant inférieur à celui de 1978 !

Seule l'action sociale pour le maintien à domicile des personnes âgées progresse mais, dans ce domaine, on reste loin du compte, même par rapport à vos propres propositions.

En outre, quand on sait que les conditions d'accueil des vieillards dans les établissements demeurent trop souvent encore scandaleuses, que vous voulez leur faire payer 150 francs par jour, au bout de deux mois d'hospitalisation, et que vous vous apprêtez, de surcroît, à ponctionner leur retraite, on voit que vous frappez durement aussi les personnes du troisième âge et particulièrement les personnes en difficulté.

D'ailleurs, fidèle à vos orientations, au nom de prétendus choix inéluctables sur lesquels je reviendrai, vous confirmez les faux dilemmes de M. Lenoir refusant les piles cardiaques aux sujets de plus de quatre-vingts ans au nom de la lutte contre la dystexie.

Et pourquoi pas, ainsi qu'on le laisse entendre dans votre ministère, l'abandon de la lutte pour la vie au-delà de soixante ans ? Quant à M. Lenoir, ne déclare-t-il pas : la longévité n'augmente plus, pourquoi nous ruiner ?

Sur ce terrain, vous n'êtes d'ailleurs pas seul. M. Attali n'affirme-t-il pas de son côté « le vrai socialisme consiste à accepter la mort comme elle est et à refuser l'aliénation de la vie » — après avoir considéré qu'au-delà de soixante-cinq ans le problème de la longueur de vie tombe dans le domaine « du phantasme absolu » !

Mon troisième exemple portera sur les crédits d'équipements hospitaliers. A cet égard, les chiffres parlent d'eux-mêmes : 40 p. 100 de crédits en moins pour les écoles d'infirmières ; et 26,4 p. 100 de diminution pour les hôpitaux autres que les centres hospitaliers régionaux.

En vérité, tout cela s'intègre dans une politique que vous avancez à visage de plus en plus découvert, à travers vos déclarations, circulaires et décrets, dont vous accélérez d'ailleurs l'application avec une rare brutalité.

Il s'agit de ponctionner le pouvoir d'achat des travailleurs au moyen de la majoration des cotisations de sécurité sociale : 20 milliards ont été ainsi prélevés sur les salariés cette année — et vous vous apprêtez à continuer dans cette voie : 1 p. 100 de plus, par an, au cours de la période couverte par le VIII^e Plan.

Mais votre politique vise en même temps à rendre toujours plus difficile l'accès aux soins, ce qui frappera en premier lieu les couches populaires, soit par le biais de la dissuasion par l'argent — tel est le sens de la suppression des remboursements à 100 p. 100, soit en vous attaquant à l'offre de soins, particulièrement aux hôpitaux et aux médecins.

D'abord aux hôpitaux :

En « désécialisant » et en « démedicalisant » graduellement l'ensemble de l'appareil hospitalier, pour concentrer les équipements dans quelques grands services, hypertechnicisés, bien souvent loin des malades, mais de haute rentabilité pour les monopoles de la santé ;

En supprimant autoritairement, sous votre responsabilité directe, des lits et des équipements — vous passez par-dessus l'opinion des conseils d'administration, des médecins et des élus ;

En pratiquant un véritable étranglement, sur le plan financier, de l'hôpital : pas de crédits supplémentaires en 1979 et le projet de budget pour 1980 est en diminution.

De toute la France montent les témoignages sur les dommages que d'ores et déjà votre politique cause à un appareil hospitalier, qui est l'un des meilleurs du monde, et ces dommages se répercutent déjà — et demain plus encore, si nous vous laissons faire — sur des millions de malades qui ont accès chaque année aux hôpitaux publics et privés, car même ces derniers ne seront pas épargnés : suppression des lits, fermeture et non-ouverture de services, licenciements de personnel et arrêt des embauches indispensables, suppression de médicaments, rupture de stocks d'appareillages, « économies » sur la nourriture des malades, placement de ceux-ci sur une liste d'attente, séjours des malades de plus en plus écourtés, au détriment de leur sécurité, médecins et personnels affrontés, dans ce contexte difficile, à des problèmes humains et moraux, difficilement surmontables.

Alors, devra-t-on désormais risquer sa santé, et peut-être sa vie, aux portes de l'hôpital, faute de place ?

Devra-t-on risquer sa santé, et peut-être sa vie, à l'hôpital même, faute des équipements nécessaires, victime des choix imposés par l'austérité ?

Devra-t-on risquer sa santé, et peut-être sa vie, à la sortie de l'hôpital parce que l'on en aura été évacué trop tôt ?

En vérité, on peut l'affirmer, votre politique met en cause la garantie qui constitue encore — mais pour combien de temps ? — l'honneur du système hospitalier français : pour tout malade, la sécurité et le bénéfice des acquis scientifiques et techniques de notre époque.

Ensuite vous vous attaquez aux médecins, « ordonnateurs de dépenses » comme vous dites : vous voulez en faire de gré ou de force les artisans de l'austérité, au détriment de leurs propres malades. Alors vous déclarez : « Je n'ai pas de volonté « systématique » de bloquer la liberté des médecins, mais simplement de mieux la maîtriser ».

Au nom du libéralisme, vous mettez ainsi en cause la liberté de prescription et les libertés d'exercice en les dépouillant de leur contenu. Or ces libertés constituent, je le souligne, non seulement le bien des médecins, mais encore celui des travailleurs et des assurés sociaux, car elles sont le gage de la qualité des réponses aux besoins de santé de ceux-ci.

Et pour mieux « maîtriser », comme vous dites, ces libertés, vous les enfermez dans une enveloppe financière globale qui lie les revenus des médecins à leurs prescriptions. C'est primer la médecine au rabais en quelque sorte !

Les seules libertés que vous laissez aux médecins, ce sont l'autocensure et l'autodiscipline ou bien, il est vrai, la lutte. C'est cette dernière voie qu'ils ont choisie, et l'ampleur de leur mouvement contre votre politique de rationnement, même si ce

mouvement comporte des éléments contradictoires, nous apparaît comme un événement de très grande portée en convergence avec le combat général des travailleurs pour le droit à la santé.

Au cœur de votre dispositif d'agression contre la santé des travailleurs : la sécurité sociale ! Par sa place, pivot de la politique sanitaire et sociale, et par le volume des crédits qu'elle met en jeu, équivalent du budget de l'Etat, elle vous intéresse : instrument de ponction sur le pouvoir d'achat des travailleurs, elle est aussi, entre vos mains, un instrument d'austérité dans la politique de santé.

Vous ne démantèlez donc pas l'institution, mais vous l'avez investie à tous les niveaux, pour la vider de son contenu démocratique : gestion des caisses livrée aux mains du patronat ; tutelle étatique et bureaucratique de plus en plus pesante ; et, pour couronner l'édifice, une enveloppe financière contraignante, avec la caution de votre majorité parlementaire. Tel était bien le sens de l'amendement adopté par cette majorité, même si la formulation a dû en être quelque peu édulcorée.

Comme on le voit, et nous vous en donnons acte, il s'agit bien d'une politique profondément cohérente et soigneusement mise en place, et non point, ainsi que l'avancent M. Fabius et d'autres (*Murmures sur les bancs des socialistes*) d'un plan gouvernemental inopportun ou inefficace, ou d'une mauvaise thérapeutique résultant d'erreurs de diagnostic : cela leur permet d'éviter d'aborder le fond réel du contenu de votre politique et d'accuser pêle-mêle : les médecins, le pouvoir médical, la médicalisation abusive, l'ordre « cannibale » de M. Aitah, l'hospitalocentrisme, la gestion hospitalière, le paiement à l'acte, et j'en passe. (*Exclamations sur les bancs des socialistes.*)

M. Gérard Houteer. Oui, cela suffit maintenant !

M. Gilbert Millet. Cela permet aussi d'enfermer le débat dans des questions techniques de structure et d'occulter le consensus politique sur l'austérité.

M. Gérard Houteer. Vous vous trompez d'adversaires !

M. Gilbert Millet. D'ailleurs, M. Aitah le dit lui-même : « L'objectif ne doit pas être de dépenser plus, mais de dépenser mieux ».

Vous ne dites pas autre chose, monsieur le ministre ! (*Protestations sur les bancs des socialistes.*)

Oui, vous conduisez une politique cohérente que vous justifiez par la nécessité de maîtriser la progression des dépenses de santé, insupportable à vos yeux eu égard à celle du produit intérieur brut.

Vous tentez ainsi d'enfermer les Français dans un raisonnement de contrainte économique inéluctable qui permet d'évacuer la grande question des besoins de santé, absente de tous vos discours, contrainte qui les condamne à ne discuter que sur les meilleurs choix possibles pour faire tomber le couperet de l'austérité !

Mais il s'agit d'une véritable mystification ! Mystification parce que :

Premièrement, les dépenses des ménages, dépenses de santé comprises, n'augmentent pas plus vite que le produit intérieur brut ;

Deuxièmement, tout le monde le reconnaît, la hausse des dépenses de santé n'est pas liée à l'accroissement de la consommation mais à l'augmentation des coûts : c'est votre inflation et les profits qui coûtent cher à la santé du pays ;

Troisièmement, vous vous gardez bien de révéler que les profits des grandes sociétés s'élèvent, eux, beaucoup plus vite que le produit intérieur brut — et c'est là le scandale ;

Quatrièmement, s'il est vrai que les dépenses de santé croissent plus vite que les richesses nationales, c'est bien parce que votre politique de déclin national casse les usines, ruine les régions, paralyse l'économie et donc compromet les moyens de répondre aux besoins de la population, besoins qui augmentent pourtant en raison des dégâts même d'une telle politique ;

Mystification parce que, en réalité, la raison de votre politique est tout autre : elle se fonde sur les impératifs du redéploiement européen et mondial des grandes sociétés, notamment à base française, et sur la crise profonde résultant de la politique de la recherche effrénée de l'accumulation des profits.

C'est l'immense soif d'argent de ces grandes sociétés qui vous conduit à aggraver, dans tous les domaines, l'exploitation des travailleurs, à tenter de baisser le plus possible ce que nous appelons la valeur de leur force de travail.

Et dans ce contexte de crise durable, il vous est indifférent de réparer les dégâts qu'une telle politique entraîne, y compris dans le domaine de la santé. Vous avez d'autres priorités : niveler globalement, et au niveau le plus bas, les droits sanitaires et sociaux de la population !

Il vous faut donc comprimer le plus possible — et avec quelle brutalité ! — les besoins de santé, reporter sur les travailleurs l'essentiel des dépenses de cette nature par l'augmentation des cotisations de sécurité sociale et de la fiscalité tandis que, dans le même temps, par un mouvement inverse, vous allégez les charges des entreprises, ce qui vous permet de faire supporter aux travailleurs le poids de vos gâchis sociaux : chômage, atteintes à la santé ou dettes patronales, par exemple.

Il vous faut, dans le même temps, permettre l'accumulation des profits dans le secteur de la santé ouvert aux appétits des sociétés françaises et étrangères : compagnies d'assurance qui occupent déjà le terrain abandonné par vous, banques, industrie du médicament et de l'équipement médical.

Telles sont les quelques lignes de force d'une politique à coup sûr cohérente, mais profondément contraire à la santé de la population, et particulièrement des couches populaires situées aux avant-postes de cette politique d'exploitation et d'austérité.

Oui, vous aggravez ainsi les inégalités, quoi que vous en disiez, et comme en témoignent d'ailleurs vos propres statistiques.

Ainsi l'exploitation des travailleurs ne se traduit-elle pas seulement par la dégradation des conditions de travail, par les ponctions sur les salaires, par la baisse du pouvoir d'achat, par les atteintes à l'environnement, au cadre de vie ; s'y ajoutent les obstacles que vous mettez à la satisfaction des nouveaux besoins de santé qu'une telle situation entraîne inévitablement.

Certes, on peut se soigner encore en France et de bonne façon : on ne le doit pas à votre générosité, mais aux acquis hérités des luttes des travailleurs.

Cependant, dès maintenant et de plus en plus, beaucoup d'entre eux ne se soignent pas assez ou se soignent trop tardivement, et la politique suivie ne pourra qu'aggraver cette situation inacceptable.

Dans le même temps, votre politique compromet l'avenir de la connaissance des sciences et des techniques médicales.

Elle place notre pays sous la dépendance de plus en plus étroite de l'étranger. C'est aussi là une politique d'abandon national.

Devant cette agression massive contre la santé des gens, une autre politique est immédiatement nécessaire et possible.

Elle passe par l'abolition des mesures de juillet concernant la sécurité sociale et l'hôpital.

Elle passe par la gratuité des soins pour les enfants, les handicapés et les personnes de plus de soixante-cinq ans, par la prise en charge à 100 p. 100 pour tout séjour à l'hôpital, par la généralisation du tiers payant à toutes les dépenses de santé.

Elle passe par le remboursement par la sécurité sociale de l'interruption volontaire de grossesse.

Elle passe par la création de centres de santé et la fin des mesures discriminatoires à leur égard.

Mais elle passe aussi par un autre budget de santé pour 1980, pour la France.

Compte tenu des grandes priorités laissées par votre gâchis, nous proposons, premièrement, de tripler les dépenses d'investissement hospitalier en les portant à 3 800 millions de francs. Il faut, en effet, dégager la sécurité sociale du poids de la construction et de l'équipement des hôpitaux, qu'elle finance de 20 à 40 p. 100.

Il faut, en outre, donner d'autres moyens aux hôpitaux pour faire face aux besoins actuels, depuis les grands centres de pointe jusqu'aux petites unités situées à proximité de la population.

Nous demandons que ces sommes soient ainsi versées à la caisse d'équipement hospitalier et sanitaire, prévue dans la loi

de 1970, dont le fonctionnement serait régionalisé. Ainsi pourraient être définis, région par région, les besoins nécessaires et les moyens correspondants, au niveau des hôpitaux eux-mêmes.

Ainsi serait constitué dans le même temps un volant financier qui fait cruellement défaut aux trésoreries hospitalières.

Deuxièmement, nous proposons que le budget de l'Etat prenne en compte totalement le financement de la formation des infirmières et des personnels paramédicaux pour alléger la trésorerie des hôpitaux et de la sécurité sociale des charges qui ne leur incombent pas. Pour commencer, il faut multiplier par quatre les crédits proposés, et les porter à 1 200 millions de francs.

Troisièmement, nous proposons d'augmenter les investissements — en les faisant passer à 330 millions de francs — pour la recherche médicale et l'Institut Pasteur, lui-même sacrifié dans votre budget.

Il convient en outre, après avoir rapporté toutes les mesures qui pèsent sur la recherche scientifique, d'entreprendre avec ses représentants une large confrontation pour mettre au point les nécessaires adaptations qui préserveraient l'indépendance de la recherche par rapport aux grands intérêts privés et l'essor de la connaissance, notamment de la recherche fondamentale.

Quatrièmement, nous proposons d'augmenter les crédits pour la protection maternelle et infantile de 20 p. 100, donc de porter à 700 millions de francs les crédits du chapitre 47-12, et de doubler les crédits consacrés à la médecine scolaire pour des raisons évidentes que tout le monde comprend.

Cinquièmement, nous proposons que le Gouvernement attribue, après recensement des besoins, des crédits aux caisses régionales d'équipement hospitalier afin de mettre en place dans chaque hôpital les structures nécessaires pour pratiquer les interruptions volontaires de grossesse.

Sixièmement, nous proposons enfin de réévaluer à 400 millions de francs, au chapitre 46-41, les crédits pour le fonctionnement des commissions départementales pour les adultes et les enfants handicapés, afin d'en terminer avec les retards intolérables.

Ces mesures devraient s'accompagner d'une démocratisation et d'une décentralisation du fonctionnement de ces commissions afin de les rapprocher des problèmes concrets, souvent douloureux, que connaissent les familles.

Avec quels moyens financer ces mesures ?

Nous avons proposé, lors de la discussion de la première partie du projet de loi de finances, des moyens budgétaires nouveaux que la majorité a repoussés, notamment un impôt sur le capital, sur les grandes fortunes et la suppression des privilèges fiscaux.

Quand on sait que, par des voies directes et indirectes, vous rétrocédez chaque année près de 75 milliards de fonds publics aux grandes sociétés, et cela pour casser l'économie, étendre le chômage et ruiner le pays, on voit que l'argent ne manque pas pour la santé des gens, mais qu'il s'agit bien ici d'un choix politique fondamental.

Naturellement, ces propositions ne sauraient couvrir toute l'étendue des retards, mais elles permettraient dès maintenant d'alléger les charges de la sécurité sociale et des hôpitaux et de donner une nouvelle orientation à la politique de santé.

Elles exigent en même temps un développement de la démocratie à tous les niveaux :

Démocratie dans les services hospitaliers pour le bilan des besoins ;

Démocratie au niveau du fonctionnement de l'hôpital avec des pouvoirs nouveaux aux conseils d'administration ;

Démocratie qui exige un rôle nouveau et des moyens supplémentaires pour les collectivités locales ;

Démocratie au niveau des caisses de sécurité sociale restituées aux salariés, situées à proximité de la population et débarrassées de votre pesante bureaucratie ;

Démocratie pour donner à la région les moyens de planification appropriés aux besoins de santé ainsi recensés ;

Démocratie dans les entreprises, afin que les travailleurs prennent vraiment en main leurs conditions de travail, d'hygiène et de sécurité ;

Bref, à votre autoritarisme, à votre centralisation bureaucratique et à votre austerité qui mettent en cause la santé du pays, nous substituons, nous, des moyens nouveaux, et la démocratie pour une politique sanitaire répondant aux besoins des gens et élaborée avec eux.

Vous ne sauriez, bien sûr, accepter une telle démarche, mais vous devrez compter avec les luttes ; car chacune de ces propositions constitue en particulier un terrain de luttes :

- Luttes pour des mesures sociales ;
- Luttes pour la défense de l'hôpital ;
- Luttes pour des mesures de prévention ;
- Luttes pour des moyens de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;
- Luttes pour que les travailleurs aient leur mot à dire dans les ateliers, les entreprises et la cité ;
- Luttes pour une sécurité sociale retrouvée, humanisée, au service des travailleurs ;
- Luttes pour la démocratie et les moyens de son application ;
- Luttes pour vous arracher les moyens dont la santé de ce pays a besoin ;
- Luttes pour faire reculer la misère et les inégalités ;

Bref, luttes diversifiées, menées sur le terrain par les travailleurs, les professionnels de la santé, la population.

Ce sont elles qui commencent à vous faire reculer.

Ces jours derniers des succès sont apparus, plus nombreux. On peut citer le cas de l'hôpital de Sète, certes, bien qu'il faille élargir encore le combat pour lui donner toute la dimension nécessaires aux besoins, mais aussi l'examen de nombreux budgets supplémentaires, ainsi que la création de nouveaux postes hospitaliers et de nouveaux lits d'hôpital.

La liste commence à s'allonger des reculs que les luttes vous contraignent à effectuer. Ce sont elles qui vous arrachent et vous arracheront ce que vous refusez aujourd'hui.

Par leur ampleur, par leurs convergences, elles peuvent dès aujourd'hui conquérir de nouveaux points d'appui pour aller plus loin.

La bataille « S. O. S. santé » lancée par le parti communiste et à laquelle notre groupe parlementaire apporte sa contribution active n'est pas une bataille à retardement, ni une bataille défensive seulement, certes nécessaire, contre la malversation de votre politique ; c'est en vérité une bataille conquérante pour donner aux Français de nouveaux droits à la santé. *(Applaudissements sur les bancs des communistes.)*

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

M. Jean Baridon. Monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, le temps de parole nous étant chichement mesuré, je serai bref dans mon propos.

Les problèmes concernant la santé et la sécurité sociale sont intimement liés et ne sauraient être dissociés.

Pourra-t-on dans les années à venir continuer à soigner convenablement les malades ? Voilà la question que se posent médecins et administrateurs hospitaliers. Le budget de la sécurité sociale s'élève cette année à 550 milliards de francs, chiffre qui est supérieur au budget de la nation et qui représente 30 p. 100 du produit intérieur brut. Ce chiffre et ce pourcentage sont éloquents et donnent à réfléchir. On ne peut indéfiniment augmenter les cotisations patronales ou salariales. Les charges sociales ont atteint un taux excessif et mettent en difficulté toute notre économie.

Chacun de nous est convaincu que la période de la facilité, du laxisme est révolue, qu'une meilleure gestion et des économies sont nécessaires.

Conscient de la gravité de la situation, vous êtes résolu, monsieur le ministre, à proposer des mesures draconiennes, aussi impopulaires soient-elles. Seront-elles suffisantes ? On peut en douter.

Tous les éléments qui entrent dans la dépense — hôpitaux publics ou établissements privés, médecins, auxiliaires médicaux, indemnités journalières, salaires, frais pharmaceutiques, absentéisme, abus divers — sont en cause.

Chacune des parties prenantes considère qu'elle ne contribue que pour une toute petite part aux dépenses totales. Chacun dénonce le voisin. Chacun est partisan de faire des économies à condition que ce soit sur le dos des autres.

Nous avons, dans le domaine de la protection de la santé, le meilleur système du monde et à bon droit nous en sommes fiers. Mais pourra-t-il être maintenu ?

La sécurité sociale a été instituée pour nous protéger de la maladie, mais doit-elle continuer à couvrir, sans distinction, tous les risques ? Au nom de la solidarité, celui qui n'a même pas une bicyclette doit-il venir au secours des automobilistes imprudents, par exemple ? Il est des risques qui coûtent cher à la sécurité sociale et qui devraient être couverts par une assurance personnelle.

Il est de bon ton d'accuser les hôpitaux. Certes, dans le domaine hospitalier, des erreurs ont été commises. Certes, nos hôpitaux vétustes devaient être humanisés. Mais avions-nous besoin de construire tant d'hôpitaux, dans tant de petites villes, hôpitaux qui demeurent souvent à moitié vides ? Et qu'avons-nous à faire de ces magnifiques bâtiments monumentaux construits pour l'éternité, à la gloire des architectes et des administrateurs ? Tant d'années s'écoulaient entre le dépôt du projet et sa réalisation que ces hôpitaux sont dépassés le jour de leur inauguration !

Nous sommes tous partisans de la médecine libérale et du libre choix laissé aux malades. Mais était-il nécessaire de laisser s'ouvrir autant de cliniques privées en face des hôpitaux publics ? Cliniques privées et hôpitaux publics se concurrencent, éprouvant les mêmes difficultés, alors que ces établissements fonctionnent souvent avec le même personnel chirurgical ou médical.

Ce qui aggrave encore la situation financière de l'hôpital public, c'est qu'il hérite de toutes les interventions lourdes et onéreuses et qu'il participe, pour une part importante, à l'enseignement. Cela, on veut l'ignorer. On se borne à trouver exagéré le prix de journée. Et alors que le nombre des malades soignés est en augmentation constante, on veut également ignorer que le nombre des journées d'hospitalisation diminue, alors qu'il n'y a pas d'autres ressources.

A Lyon, par exemple, la durée de séjour moyenne est l'une des plus basses de France.

M. Emmanuel Hamel. Les Lyonnais sont des gens sérieux ! *(Sourires.)*

M. Jean Baridon. Il suffirait, par exemple, que la durée moyenne de séjour dans nos hôpitaux soit augmentée de deux jours pour que la trésorerie des hospices civils de Lyon soit à l'aise.

Cela, on veut aussi l'ignorer, alors que certains établissements ne font pas l'effort nécessaire dans ce sens et multiplient les hospitalisations abusivement prolongées. On pénalise donc les hôpitaux bien gérés.

Mais le problème de fond n'est pas là. Je l'ai déjà dit : la sécurité sociale a été instituée pour fonctionner normalement en régime autoritaire. Or nous sommes en régime libéral, si avancé soit-il.

M. le président. Monsieur Baridon, je vous invite à bien vouloir conclure.

M. Jean Baridon. Je conclus, monsieur le président.

M. Emmanuel Hamel. C'est pourtant fort intéressant !

M. Jean Baridon. Il faudrait alors changer de régime ou changer de système. Le malheur, c'est que les Français ne veulent pas changer de régime et qu'ils sont profondément attachés au système.

M. Maurice Pourchon. Demandez-leur !

M. Gérard Bapt. Le régime coule !

M. Pierre Forgues. Parlez-en à M. Barre !

M. Jean Baridon. Monsieur le ministre, vous avez accepté une lourde charge, à un moment difficile : nous sommes prêts à vous aider. Je vous félicite de votre courage et je vous dis : « Bonne chance ». (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. Bolo, qui bénéficie également du temps imparti à M. Charles.

M. Alexandre Bolo. Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, tout le monde en France connaît la sécurité sociale. Tout le monde sait que cette institution irremplaçable est en crise.

Les Français lui sont tous très attachés, bien que chacun d'eux s'interroge, car en dépit de ses défauts et de ses tracasseries, elle leur apporte une protection satisfaisante contre les fatalités de la maladie et de la vieillesse.

Il nous appartient pourtant d'aller le plus loin possible dans la réflexion pour tenter de vous proposer, monsieur le ministre, non pas des solutions miracles, mais à tout le moins une approche réaliste et objective du problème. Celle-ci se concrétise par une série d'interrogations et de questions.

Tout d'abord les besoins de financement supplémentaires et les limitations de dépenses concernant les prestations des différents organismes que l'on appelle globalement « la sécurité sociale » sont-ils dus à un accroissement trop rapide des dépenses de santé des Français ?

Autrement dit, les Français dépensent-ils plus qu'ils ne le peuvent pour se soigner ?

Ou plutôt, les Français « cotisants actifs » sont-ils assez nombreux pour solder solidairement la facture des caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ? Voilà le vrai problème !

Il semble bien que non, puisque le besoin de financement supplémentaire pour 1978 aurait été de onze milliards de francs selon le ministre de la santé. Il serait encore plus important en 1979.

Quels sont alors les différents facteurs responsables de cet état de fait ?

Il existe évidemment une cible facile à trouver : les médecins conventionnés. Peut-on toutefois rendre responsables seulement ceux qui prescrivent les ordonnances, alors que les appels des malades ne dépendent pas d'eux ? Le voudraient-ils d'ailleurs que « le profil » tenu à jour par les caisses ne le permettrait pas.

Au cours de leurs consultations ou de leurs visites, les médecins prescrivent-ils trop de médicaments ? Autre question, autre problème !

Le rapport de notre collègue M. Bourson, au nom de la commission de contrôle de gestion de la sécurité sociale, est très clair à ce sujet. Je le cite : « Accuser la consommation de médicaments d'être l'un des grands responsables du déficit de l'assurance maladie est une fausse voie ». En effet, cette consommation par rapport aux dépenses globales de la caisse nationale d'assurance maladie représentait en 1977 9,79 p. 100 et en 1978 9,76 p. 100, soit une diminution de 0,03 p. 100.

Les arrêts de maladie alors ? Ce même rapport déclare que s'il existe des assurés et des malades qui abusent, leur fraude n'apparaît pas comme déterminante dans le déficit de l'assurance maladie. Les indemnités journalières représentaient, toujours par rapport aux dépenses globales, 8,56 p. 100 en 1977, et 8,11 p. 100 en 1978, soit une diminution annuelle de 0,45 p. 100.

Ce ne sont pas non plus les honoraires médicaux des praticiens conventionnés du secteur privé, puisque, toujours par rapport aux dépenses globales, leur part représentait en 1977 9,51 p. 100 et en 1978 9,43 p. 100, soit, là aussi, une diminution de 0,08 p. 100.

Enfin, s'il est vrai que la valeur des « lettres clés » est passée de 27,6 p. 100 à 44,9 p. 100 en quatre ans, il ne faut pas oublier que le coût de la vie a augmenté pendant cette même période de plus de 45 p. 100.

Cet accroissement de volume des actes était aisément prévisible par les pouvoirs publics, car la politique suivie depuis longtemps a fait passer le nombre des praticiens conventionnés de 125 000 en 1975 à 145 000 en 1978.

En outre, du fait de l'accroissement du nombre des techniques de plus en plus sophistiquées, la majorité des fonds disponibles est consommée au profit d'un petit nombre de malades. Dans un quotidien de l'après-midi, M. René Lenoir déclarait que 20 p. 100 des malades absorbaient 80 p. 100 des dépenses. De son côté, notre collègue Bourson, dans son rapport, précise que 1 p. 100 des assurés consomment 40 p. 100 des dépenses de l'assurance maladie.

Je ne pense pas que ces personnes soient toutes soignées en « ambulatoire » par des médecins de ville.

Il faut aussi mentionner les dépenses normales que le Gouvernement a dû assumer à la suite des mesures sociales prises en vue de renforcer la protection sociale : prise en charge des handicapés adultes, extension de l'exonération du ticket modérateur, qui passe de 55 p. 100 en 1969 à 68,06 p. 100 en 1978, allongement du congé de maternité, nouveaux examens obligatoires prénataux — sérodiagnostic de rubéole et toxoplasmose — remboursement des moyens contraceptifs, et prise en charge des soins dentaires conservateurs, notamment.

Que s'est-il donc passé de 1975 à aujourd'hui ? C'est simple ; il suffit pour le savoir d'aller un peu plus avant dans l'examen du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de 1979.

Qu'y lit-on ?

D'abord, pour ce qui concerne le régime général, que le nombre des cotisants actifs au taux plein n'a cessé de diminuer. Sur la base de 100 en 1975, il n'est plus que de 99,1 en 1978, alors que l'on constate par ailleurs une augmentation constante du nombre des assurés cotisant à taux réduit. Ce dernier nombre passe de la base 100 en 1975 à 105,8 en 1978. Plus grave encore est l'inflation considérable du nombre d'assurés ne cotisant pas du tout qui, lui, passe toujours pour les mêmes années, de la base 100 à 110,2.

Pour tous les autres régimes, cela est encore plus frappant.

L'O. R. G. A. N. I. C., par exemple, perd en dix-huit ans plus d'un quart de ses effectifs cotisants. On pourrait faire la même constatation pour le B. A. P. S. A. et bien d'autres régimes annexes.

En réalité, le grand responsable de cet état de fait n'est pas le déficit de l'assurance maladie du régime général, qui comprend plus de 40 000 000 de bénéficiaires, qui est financé à près de 93 p. 100 par les cotisations de ses membres et qui n'en reverse à ses assurés que 82 p. 100 sous forme de prestations. L'Etat, lui, a versé 6 milliards de subventions en 1978 contre près de 20 milliards aux autres régimes.

Le problème majeur croissant est le besoin de financement de la caisse nationale d'assurance vieillesse qui, dès 1977, accusait un déficit croissant de 460 millions de francs alors que le régime général d'assurance maladie jouissait d'un solde créditeur variant, selon les sources, entre 2,2 milliards et 2,93 milliards.

En 1978, la distorsion s'est encore aggravée puisque si la caisse nationale d'assurance vieillesse perçoit en recettes environ 63 milliards, elle a un déficit d'environ 8 milliards, c'est-à-dire multiplié par 16 en l'espace d'une seule année d'exercice.

Ce déficit représentait environ 9 p. 100 des dépenses de cet organisme, alors que dans le même temps la caisse nationale d'assurance maladie connaissait un déficit proche de 5,7 milliards de francs sur un total de recette de quelque 137 milliards de francs, soit grosso modo 2,4 p. 100.

Les différentes mesures prises en 1979 — augmentation de 4 points de cotisation de l'assurance maladie et la ponction supplémentaire en juillet de 1 p. 100 non plafonné sur le salaire — ont permis de dégager 13 milliards de francs de recettes supplémentaires, dont 8,6 milliards, soit plus de 66 p. 100, vont à l'assurance vieillesse.

En conclusion, il faut parler plus d'un déficit de cotisants actifs que d'un déficit tout court, dont la cause essentielle est le chômage et la baisse d'activité économique générale du pays qui entraînent une diminution relative des recettes.

Depuis 1975, la croissance des prestations se poursuit à son rythme propre, tandis que la progression de la masse salariale diminue. Il existe donc un déséquilibre structurel entre les richesses fondées sur les salaires, donc sur l'emploi et non pas sur la richesse produite et les dépenses qui sont fonction

de la démographie. Or le rapport entre le nombre des cotisants et celui des bénéficiaires ne cesse de se détériorer.

Il s'agit donc d'un choix de société et d'un choix politique. Un choix de société : on ne peut pas, dans des périodes de récession, tout privilégier à la fois : la santé, la culture, les loisirs, la famille, les personnes âgées. Il faut donc choisir. Un choix politique : avec un million de chômeurs de moins et donc un million de cotisants en plus, la sécurité sociale serait en équilibre. Je ne pense pas que des mesures au jour le jour entraîneront une solution satisfaisante.

Il ne faut pas gaspiller, certes, et des économies peuvent certainement être faites, notamment dans le domaine hospitalier. Mais le Gouvernement doit mettre en œuvre le plus rapidement possible une politique vigoureuse de relance de l'économie qui permette à brève échéance un équilibre entre les recettes et les dépenses, et une politique familiale réclamée par tout le monde et tendant à améliorer la situation démographique.

Monsieur le ministre, nous attendons toujours le projet de loi-programme qui viserait à satisfaire deux préoccupations. Vous connaissant et vous estimant — croyez-le — je veux espérer que la réponse à cette question sur la famille ne sera pas limitée à la seule qui nous soit vraiment parvenue à ce jour, c'est-à-dire l'avortement.

S'il en était autrement, c'est à vous, monsieur le ministre, que je demanderais simplement : est-ce là votre choix politique ? Est-ce là votre choix de société ? (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

Mon collègue M. Charles, député du Nord, empêché de venir par suite de la grève des aiguilleurs aériens, m'a chargé d'appeler l'attention du Gouvernement sur les problèmes auxquels se heurtent, d'une part, les anciens combattants, d'autre part, les usagers et agents du service public hospitalier.

Le premier point est relatif aux dispositions inscrites au titre des interventions publiques du ministère de la santé et de la sécurité sociale, concernant la majoration des rentes mutualistes des anciens combattants et victimes de guerre.

En effet, et contrairement à la position adoptée par les pouvoirs publics depuis 1975, ces dispositions entraînent un nouveau déséquilibre dans ce régime de retraite mutualiste, puisque les crédits prévus ne permettraient de servir les majorations que sur la base du plafond actuel de 2 500 francs.

Un tel blocage irait à l'encontre des droits légitimes des anciens combattants.

La nécessité d'apporter une réponse précise et rassurante à cette question est d'autant plus grande que nombreuses sont les associations et les sociétés de retraite mutuelle d'anciens combattants qui se sont émus de la démission du rapporteur pour avis du budget du secrétariat d'Etat aux anciens combattants.

La seconde et dernière observation de M. Charles est relative au problème de fonctionnement des établissements publics hospitaliers de soins et de cure.

A plusieurs reprises, ici-même, ont été évoquées les dispositions de la circulaire du 29 mars 1979 de votre ministère relative au contrôle de l'exécution des budgets et de l'activité de ces établissements.

Il avait pu être ainsi démontré que ces dispositions étaient susceptibles d'entraîner de fâcheuses conséquences, très directement sur les conditions de gestion et, d'une manière indirecte, sur la qualité des services rendus aux usagers.

L'effet essentiel de ces mesures consistait à limiter la procédure des budgets supplémentaires à des ajustements par transfert de compte à compte, notamment pour les dépenses liées aux opérations d'investissement. Ainsi, l'ouverture de crédits nouveaux ne sera plus possible même si elle est gagée par des recettes supplémentaires.

M. le président. Je vous demande de bien vouloir conclure, monsieur Bolo, car vous avez dépassé le temps de parole supplémentaire qui vous avait été attribué.

M. Alexandre Bolo. J'en termine, monsieur le président.

Alors que nous examinons le budget de votre ministère, il serait intéressant, conclut M. Charles, de connaître les premiers résultats de la concertation qui s'est engagée dans le cadre

du groupe de travail chargé de formuler ces propositions avant la fin du mois de novembre et d'obtenir des assurances quant au respect de ce délai et au contenu de la réforme qui pourrait être opérée.

Je vous remercie, monsieur le ministre, des réponses que vous pourrez apporter à mon collègue M. Charles. (*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. Laborde.

M. Jean Laborde. Monsieur le ministre, la progression des crédits en matière sociale risquerait de prêter à confusion si un examen attentif ne tempérerait l'optimisme qu'elle pourrait inspirer à certains de nos collègues.

On a souvent tendance à confondre action sociale et aide sociale. Toutes deux ont, il est vrai, des frontières imprécises. Elles se distinguent mal l'une de l'autre dans divers secteurs où, inévitablement, elles se recoupent. Les conseillers généraux-ici présents savent combien il est difficile de les dissocier dans les propositions soumises à l'examen des assemblées départementales, propositions qui constituent pourtant les chapitres les plus lourds de leur budget.

Schématiquement, l'aide sociale est la somme des dépenses qui vous sont imposées, monsieur le ministre, l'action sociale vous permettant seule des interventions volontaires.

Or c'est la première surtout qui fait progresser le montant de votre projet de budget. Comment pourrions-nous nous en réjouir quand, nous le savons, cette croissance traduit une extension de la misère, exprime les effets de la crise qui frappe en priorité les catégories sociales les plus vulnérables, les plus faibles, les plus démunies, celles qui ont le plus besoin de secours et d'assistance ?

Ainsi, ce budget est avant tout un budget d'assistance. L'aide sociale s'impose à vous, monsieur le ministre, plus pressante que jamais. Vous devez la subir comme le ministre du travail subit l'indemnisation du chômage. Il vous faut prendre en charge les victimes de cette société que vous voulez libérale, mais qui est surtout inégalitaire et vous laisse le soin de réparer ses dégâts. C'est à vous que reviennent les séquelles de la récession économique, les difficultés des travailleurs privés d'emploi, la carence des prestations familiales, l'insuffisance d'un trop grand nombre de salaires et de pensions de retraite.

Ne croyez-vous pas que cette extension des besoins d'assistance signifie que la politique de votre Gouvernement nous éloigne du progrès social dont la recherche devrait être notre ambition à tous ? Ne croyez-vous pas, plus accessoirement, que certains de ces besoins pourraient être réduits par une application plus rapide de la loi sur la généralisation de la sécurité sociale ?

Mais revenons aux mesures d'action sociale qui figurent dans votre projet de budget. Elles comprennent un certain nombre d'interventions volontaristes dont la progression est nettement moins rapide que celle des prévisions d'action sociale.

Nous pouvons même éprouver quelques inquiétudes en observant les régressions dans l'action en faveur des inadaptés et des handicapés, en faveur des familles, des enfants et des jeunes, en faveur de la prévention et de la réadaptation des toxicomanes, autant de secteurs où, pourtant, les besoins sont loin d'être satisfaits. De même, comment saurions-nous approuver la réduction des deux tiers des dépenses en capital destinées aux équipements sociaux ?

Sans doute, les moyens de l'action sociale en faveur des personnes âgées seront-ils améliorés. Mais il reste tant à faire !

Les personnes âgées font aujourd'hui l'objet d'une telle sollicitude officielle que l'on pourrait croire leurs problèmes résolus. La réalité de leur condition ne correspond pas toujours, hélas ! à l'optimisme des discours, mais leur misère reste silencieuse.

Si le minimum vieillesse se trouve périodiquement relevé, il est encore loin de permettre une vie décente à ceux qui ne disposent pas d'autres ressources.

M. Joseph Comiti. C'est vrai !

M. Jean Laborde. Et c'est bien d'un manque de ressources que proviennent la plupart des difficultés rencontrées par les personnes âgées.

Comment pourraient-elles conserver l'autonomie qui leur est nécessaire pour franchir dignement les dernières étapes de leur vie si elles ne jouissent pas, au préalable, d'une autonomie financière? Certes, cette autonomie a des limites: elle ne doit pas conduire à l'isolement. Mais c'est trop souvent le dénuement qui marginalise, en empêchant l'insertion sociale.

Il est regrettable que le taux de réalisation du programme d'action prioritaire destiné à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ait à peine dépassé 80 p. 100. On ne saurait trop insister sur l'intérêt des mesures qu'il convient de développer afin de laisser ces dernières dans leur cadre familial, la maison ou l'appartement où elles ont vécu et où elles souhaitent finir leurs jours, en évitant ce détachement qu'elles redoutent. Les logements-foyers, les maisons de retraite constituent un progrès par rapport aux hospices — du moins pour ceux qui peuvent en payer la pension. Mais ces établissements, si confortables soient-ils, placent les vieux dans un cadre qui leur est étranger et qui ne tarde pas à prendre pour eux l'aspect de la dernière demeure.

Si l'hospitalisation pour raisons sociales se fait plus rare, il est encore trop de personnes âgées qui ne peuvent trouver ailleurs le moyen de recevoir des soins dispensés avec quelque affection. Combien d'admissions, d'ailleurs, pourraient être évitées par l'assistance banale qu'une aide ménagère suffirait à assurer?

Il faut faciliter le maintien à domicile en développant l'amélioration de l'habitat, en renforçant l'aide ménagère, l'aide médicale, en multipliant les divers services nécessaires pour subvenir à tous les besoins matériels et enrichir la vie sociale.

On a tendance à ne voir le troisième âge qu'à travers ses associations, ses clubs, dont il y a lieu de louer le dynamisme. Mais si leur intérêt mérite d'être unanimement reconnu, ils ne doivent pas faire oublier tous ceux qu'un handicap condamne à la solitude.

Avant de conclure, je voudrais, monsieur le ministre, émettre trois vœux intéressant les personnels sociaux.

Je souhaiterais d'abord que vous puissiez nous apporter quelques précisions sur les idées qui inspirent votre projet de réforme des études du service social, projet qui inquiète beaucoup les intéressés. J'aimerais que vous nous éclairiez sur vos intentions concernant la formation des aides ménagères et la revalorisation de leur condition. Enfin, je vous demande de bien vouloir débloquent les bourses nécessaires pour les éducateurs en formation.

Voilà, monsieur le ministre, quelques observations et quelques questions de nature à vous rappeler qu'il reste encore beaucoup à faire dans un domaine où la solidarité nation le doit davantage s'exercer. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes.)*

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

M. Robert Héraud. Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, mieux vaut prévenir que guérir. Cette vérité première prend toute sa valeur à une époque où les problèmes engendrés par les déséquilibres de l'assurance maladie et la hausse vertigineuse des dépenses de santé mettent en péril notre sécurité sociale et remettent en question nos habitudes et notre façon de vivre.

Je voudrais m'inspirer de ce principe pour souligner l'importance que j'attache à la mise en œuvre d'une politique systématique de prévention.

Trois domaines d'action me paraissent essentiels: la protection maternelle et infantile; la relance de la médecine scolaire; une véritable déclaration de guerre contre ces fléaux sociaux qui ont pour nom: alcoolisme, tabagisme, drogue.

J'ai écouté ce matin votre exposé, monsieur le ministre, et je suis heureux que vous partagiez mes préoccupations, mais j'aimerais connaître votre avis sur ces trois thèmes que je vais évoquer.

Pour développer la protection maternelle et infantile, il faut promouvoir la place de la mère de famille dans notre société et favoriser l'éclosion de la vie et la relance de notre démographie dont le déclin depuis quelques années constitue, à terme, une terrible menace. A cet égard, je souhaiterais que soient communiqués à notre assemblée le bilan actuel de la prévention et les actions envisagées.

Comment, en particulier, ont évolué les moyens des services, comment la P.M.I. a-t-elle contribué à la protection des femmes enceintes et à la prévention des handicaps, quels nouveaux résultats — et à quel prix — peuvent être espérés?

Il reste encore beaucoup à faire. Il y a de la vitalité de notre pays, de la jeunesse, de la famille, c'est-à-dire des valeurs fondamentales auxquelles nous croyons tous.

Un fléau vient de toucher des maternités parisiennes. Depuis un certain temps des affections périnatales graves se multiplient chez les nouveaux-nés. On a que trop parlé des entérocolites ulcéro-membraneuses. Je serais heureux de connaître les décisions que vous envisagez de prendre monsieur le ministre.

La santé scolaire doit être un autre domaine essentiel de notre politique car elle concerne notre jeunesse. La première question est de savoir le rôle assigné à la médecine scolaire, qui peut jouer un rôle éminemment salutaire et positif pour établir l'égalité face à la maladie et assurer un dépistage systématique.

Pour autant que lui soient donnés les moyens d'atteindre les objectifs qui devraient être les siens, l'universalité et la régularité des visites, la médecine scolaire est évidemment un facteur d'égalité en ce sens qu'elle permet le dépistage efficace des maladies ou des handicaps qui frappent nos jeunes qui vont à l'école — c'est-à-dire tous — et leur surveillance.

Force est de reconnaître que tel n'est pas le cas.

L'école pourtant peut donner à ceux d'entre eux qui sont défavorisés la chance d'être examinés de façon systématique par des médecins capables d'analyser chaque cas personnel et d'expliquer les causes de certains résultats parfois inquiétants. Il convient, en particulier à certaines périodes de la vie de l'écolier considérées par nous autres médecins comme « stratégiques », de procéder à des examens médicaux complets permettant de dépister ces troubles essentiels, ces affections — morphologiques ou autres, troubles de la parole, de l'ouïe ou de la vue — qui gênent la croissance et les études et sont plus fréquentes qu'on ne le croit. De tels examens permettraient, par ailleurs, de suivre l'évolution, en bien ou en mal, de troubles décelés dans la prime enfance ou au début de la scolarité.

Nous savons combien certains handicaps peuvent entraîner des conséquences sur la scolarité et combien leur correction permettrait de rendre à une vie scolaire normale des enfants qui, sinon, se verraient écartés, éliminés d'une formation à laquelle ils sont cependant parfaitement adaptés. On diminuerait ainsi la multiplication de ces fameuses classes de rattrapage.

De même, le contrôle médical sportif se révèle de plus en plus indispensable. A partir de l'an prochain, en effet, les élèves de toutes les classes bénéficieront de l'éducation physique scolaire. Il importe donc que la médecine scolaire participe à l'orientation des jeunes vers telle ou telle catégorie, comme cela se faisait autrefois, évitant ainsi que soient envoyés sur les stades des jeunes qui n'y ont pas leur place et permettant, au contraire, que soient rattrapés ceux qui peuvent l'être par un traitement bien conduit et des conseils appropriés.

Le fond du problème, monsieur le ministre, est la mise en œuvre d'une véritable politique de santé scolaire.

Autrefois, certains d'entre nous se le rappellent sans doute, des visites étaient organisées systématiquement. Maintenant, elles sont réservées à certaines classes. Bien souvent, au surplus, elles ont lieu tardivement dans l'année scolaire. Des associations de familles ou de parents d'élèves nous demandent d'intervenir auprès des services académiques pour essayer d'obtenir que leurs enfants fassent l'objet d'un contrôle médical.

Comptez-vous vraiment réorganiser ce secteur capital de la santé? Pourquoi renoncer aux visites systématiques? Ne pourrait-on essayer de donner satisfaction à toutes ces fédérations qui, avec juste raison, ont tiré la sonnette d'alarme? Comment comptez-vous utiliser les personnels actuellement en service: médecins, infirmiers et tout le service social?

Chargé d'une réforme, le groupe Avril avait, en son temps, formulé certaines propositions. Deux d'entre elles résumaient l'action à conduire; l'élimination des actions médicales superflues, le maintien des examens systématiques.

Si la première a bien été suivie d'effet, il n'en a pas été entièrement ainsi de la seconde.

Il y a là quelque chose à faire, qui, de plus, peut être tenté en liaison étroite avec le service de contrôle médical sportif. Cette coordination aurait le mérite de supprimer des doubles emplois.

J'en arrive à ces fléaux sociaux que sont l'alcoolisme, le tabagisme et la drogue.

Il nous faut, monsieur le ministre, le répéter sans cesse tant nos concitoyens sont encore loin d'en avoir pris pleinement conscience : ces fléaux coûtent chaque année très cher, humainement et économiquement, à notre société et ils continuent leur marche dévastatrice. C'est pourquoi il faut dégager des crédits substantiels pour assurer leur prévention et tenter d'en enrayer les ravages grandissants.

L'O. M. S. vient de mettre en garde à nouveau les responsables de la santé du monde entier contre les dangers de l'alcoolisme, qui touchent un nombre croissant de pays. L'excès de boisson coûte chaque année en frais médicaux, psychiatriques et sociaux 43 milliards de dollars aux Etats-Unis. En France ce coût était de 12 milliards de francs en 1975 et l'on doit craindre qu'il n'atteigne 15 ou 18 milliards de francs en 1980.

L'alcool est la cause de nombreux accidents. Des statistiques récentes montrent que les alcooliques qui boivent sur leurs lieux de travail sont responsables de 25 p. 100 des accidents de travail, et de 50 p. 100 des accidents mortels.

La France n'est sans doute pas un pays très sportif, mais un record ne nous échappe pas : celui de la consommation d'alcool.

L'alcoolisme est devenu un phénomène très général qui touche toutes les classes de la société. Est-il exact, monsieur le ministre, que dans certaines consultations destinées en principe aux adolescents toxicomanes se rendent de plus en plus de jeunes alcooliques ?

Il convient de freiner cette évolution du mal, et il m'apparaît nécessaire que le Parlement vous apporte tout son soutien dans la lutte que vous envisagez de poursuivre. Bien sûr, il ne sera pas facile de limiter la publicité en faveur de l'alcool et de réduire le nombre des débits de boisson. Mais vous devez continuer à agir dans ce sens et accentuer l'œuvre de prévention.

Certes, il existe ce qu'on appelle des buveurs d'habitude, qui boivent sans que leur entourage le sache, sans se rendre compte eux-mêmes qu'ils sont alcooliques. Mais quelle que soit l'ampleur de la tâche, il est temps d'entreprendre le dépistage de manière systématique. Pour mener à bien cette entreprise, les centres d'hygiène alimentaire, dont l'intérêt n'est plus à démontrer, devraient être multipliés.

En ce qui concerne le tabac, dont chacun reconnaît qu'il est à l'origine de nombreuses lésions et de cancers, surtout quand il est associé à son ami l'alcool, vous avez heureusement décidé de continuer la politique entreprise par votre prédécesseur. Si elle doit faire appel à des soutiens législatifs, elle doit aussi consister en actions éducatives car il ne faut pas oublier que c'est un des fléaux les plus graves pour les jeunes.

A cet égard, comment se fait-il que l'on continue à distribuer aux appelés du tabac à bas prix ? Voudrait-on les inciter à fumer ? Est-ce une nécessité absolue ? Est-ce que les ressources que procure à l'Etat la vente du tabac sont supérieures aux dépenses médicales et autres qu'entraîne l'usage du tabac ? Je vous demande de prendre, dans ce domaine, des mesures restrictives.

Enfin, pour terminer, je parlerai de la drogue. C'est un problème très grave dont je suis obligé de traiter même si je dois dépasser mon temps de parole.

M. le président. Je vous demande tout de même de conclure rapidement.

M. Robert Héraud. C'est un fléau qui touche des couches de plus en plus importantes de la société et je vous demande, monsieur le ministre, de l'étudier très sérieusement car les jeunes constituent une clientèle très vulnérable et très malléable.

Au-delà des actions judiciaires et policières qui sont conduites, je vous demande comme pour le tabac et pour l'alcool, ce que vous envisagez de faire dans le domaine de la prévention. Votre rôle est prépondérant et la France entière vous sera reconnaissante si vous entreprenez une action énergique.

La prévention, l'information et le dialogue sont nécessaires. Nous n'insisterons jamais assez sur l'utilité de l'action conjuguée avec les parents qui souvent refusent de croire que leurs enfants

sont atteints par le mal, négligent la concertation, le contact et laissent s'installer un état de fait qu'ils peuvent eux seuls, au début, déceler et contre lequel ils doivent intervenir.

Ayons le courage de dire que, bien souvent, la démission parents, le libéralisme mal compris entraînent des intoxications parfois tellement avancées qu'il devient très difficile de libérer les jeunes de l'emprise de la drogue.

Quelles mesures envisagez-vous dans le domaine de l'information précoce et de la participation des parents, des enseignants à cette action primordiale ?

Ne pensez-vous pas qu'il serait temps d'entreprendre une action de persuasion pour vaincre la crainte devant l'aveu de l'intoxication et libérer la majorité des parents et des jeunes eux-mêmes de ce sentiment de honte, de culpabilité, qui empêche bien souvent que le sauvetage ait lieu à temps ?

Toujours dans le domaine de prévention, ne pourriez-vous, comme dans certains pays, organiser en liaison avec le ministre de la jeunesse et des sports, des actions concertées pour offrir des possibilités encore plus grandes aux jeunes de s'orienter vers les activités physiques et sportives qui constituent, à mon sens, un dérivatif idéal ?

Mieux vaut investir dans les stades et les terrains de sports que dans le traitement de la toxicomanie. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

M. Georges Hage. On n'investit nulle part !

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

M. Edmond Garcin. Président d'un conseil d'administration de centre hospitalier général, je tiens à affirmer le rôle irremplaçable que jouent nos établissements publics dans la défense de la santé.

La compétence et le dévouement de l'ensemble du personnel hospitalier, pourtant en nombre insuffisant, assurent à la fois la qualité des soins et une réelle sécurité. Nous ne pouvons accepter qu'il y soit porté atteinte.

Appliquer les décisions ministérielles du 25 juillet 1979 signifiait pour le centre dont je parle que 525 employés ne seraient pas payés au mois de décembre et que les approvisionnements ne seraient plus assurés.

Le conseil d'administration unanime a élevé le 12 septembre une vigoureuse protestation et, en votant le budget supplémentaire, a créé les conditions pour que le service public hospitalier, hautement apprécié par la population, puisse poursuivre son œuvre.

Il en a été de même pour divers centres hospitaliers des Bouches-du-Rhône et de la région.

Je pense que les élus et les administrateurs ont fait preuve d'un grand sens de leurs responsabilités en montrant que les blocages de crédits — que certains appellent économiques — ordonnés par le Premier ministre, étaient réalisés « sur le dos des malades et du personnel ». Il ne s'agit pas d'une contre-vérité.

Trois cardiologues de Marseille, d'une valeur incontestée et d'une renommée dépassant nos frontières, ont écrit — je cite quelques extraits : « La conjoncture actuelle et les limitations draconiennes du budget hospitalier nous imposaient d'informer les responsables des graves risques auxquels peuvent être exposés les malades cardiaques qui doivent être opérés. Pour les trois unités de chirurgie cardiaque — Cantini, Salvator, Sainte-Marguerite — 300 malades sont déjà programmés d'ici à la fin de l'année et, chaque semaine quinze à vingt nouveaux malades sont présentés aux chirurgiens... Le chirurgien ne peut condamner à mort personne : il est responsable sur le plan pénal des accidents qui auront pu survenir aux malades qu'il n'a pu opérer. » Ils concluent : « En raison des délais d'attente très longs qui seront nécessaires pour admettre les malades, nous essaierons de couvrir notre responsabilité médicale en informant M. le procureur de la République et M. le président du conseil régional de l'ordre des médecins. »

Est-ce une contre-vérité de dire que des futurs opérés doivent attendre, parce qu'il n'est plus possible d'envisager l'achat de nouvelles valves aortiques ?

Est-ce porter atteinte à la valeur du centre hospitalier régional de Marseille que de dénoncer les conséquences des mesures gouvernementales, qui visent également à réduire de 10 p. 100 les demandes d'examen en laboratoire et à interdire les médicaments les plus coûteux, et de faire état des difficultés d'approvisionnement qui risquent de survenir à la fin de l'année ? Se taire serait être complice de ces mesures qui visent à réduire, sinon à détruire, l'un des plus importants moyens modernes de défense de la santé : les hôpitaux publics.

M. Gilbert Millet. Très bien !

M. Edmond Garcin. Est-il exact, monsieur le ministre, que, dans le cadre de l'équipement sanitaire, votre ministère avait approuvé, le 31 août 1971, un programme fixant, pour l'assistance publique de Marseille, un total de 9 079 lits, alors qu'il n'y en a aujourd'hui que 6 038 ; ce chiffre devant d'ailleurs être ramené à 5 750 ?

Est-il exact que les besoins en personnel déterminés par la même administration sont de 1 073 postes, alors que seulement 120 ont été accordés et que 153 viennent d'être demandés ?

Est-il exact qu'une partie importante du personnel fait plus de quarante heures et qu'il y a des dizaines de milliers de chômeurs ?

N'existe-t-il pas, dans les centres hospitaliers de Marseille et de la région, de très nombreux employés qui, depuis un, deux et même trois ans, attendent leur titularisation, craignant d'être licenciés faute de crédits ? Une telle situation est inquiétante quand on connaît les besoins et quand on sait que, dans bon nombre de services spécialisés, des malades attendent, eux aussi, leur hospitalisation.

Pourquoi cacher, passer sous silence ces réalités qui peuvent conduire, ainsi que je l'ai montré, à des situations dramatiques ?

Je tiens à souligner le rôle essentiel joué dans notre région par le quotidien *La Marseillaise*. Ses articles révélateurs des conséquences de votre politique ont permis une prise de conscience des menaces qui pèsent sur la santé de nos habitants. Ils ont montré la nécessité non seulement de dénoncer les atteintes au droit de sauver la vie, mais aussi de tout mettre en œuvre pour défendre les hôpitaux publics, pièce maîtresse dans le dispositif de défense de la santé. Soyez assurés que nous sommes présents dans ce combat pour la vie. (*Applaudissements sur les bancs des communistes.*)

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

M. Joseph Comiti. Vous ne vous étonnez pas, monsieur le ministre, que dans ce débat budgétaire il ne soit question que de la sécurité sociale, car c'est le problème de notre temps.

Le déficit de la sécurité sociale est certes important, mais ce qui est plus inquiétant encore, c'est sa croissance régulière qui, si nous n'y mettons pas bon ordre, soit fera voler en éclats notre économie, soit réduira à néant l'acquis incomparable que nous devons aux ordonnances de 1945 signées par le général de Gaulle.

Plutôt que d'économies, qui font penser à des restrictions, je préfère parler de la nécessité d'une remise en ordre conduisant à une meilleure gestion.

Nous devons certes aider et protéger toutes celles et tous ceux qui connaissent une période difficile, qui subissent les coups du sort, mais nous devons aussi être vigilants, en permanence, pour dénoncer et chasser les profiteurs de la sécurité sociale, quel que soit leur rang, quelle que soit leur fonction.

Si l'on s'engage dans cette voie, il ne sera plus besoin, monsieur le ministre, de lier l'évolution des dépenses de santé à celle de la production intérieure brute. Les progrès de la science, qui font reculer chaque jour les limites de la mort, imposent à notre société de faire un choix et je serais honoré si mon pays acceptait de consentir certains sacrifices au profit des investissements majeurs qui sont destinés à la santé.

Il est d'usage de parler des postes de déficit les plus importants. Je le ferai brièvement.

Entre 1968 et 1978 la part de l'hospitalisation publique dans les dépenses de santé est passée de 38,5 à 54 p. 100. L'augmentation est considérable, mais, au-delà des chiffres, il faut regarder cette évolution avec bon sens.

L'effort considérable qu'a consenti le pays pour améliorer l'accueil et l'équipement de nos hôpitaux est tel que les malades y trouvent aujourd'hui humanité et sécurité. Après avoir connu

une désaffection qui durait depuis le Moyen Âge, les hôpitaux exercent à nouveau un certain attrait sur toutes les couches de la population.

Exerçant dans un C.H.U. ultra-moderne, qui peut supporter la comparaison avec les meilleurs établissements étrangers, je peux vous affirmer que des personnes viennent se faire opérer chez nous parce qu'elles sont attirées par la haute technicité des équipements.

Les malades venant volontiers à l'hôpital, les dépenses d'hospitalisation ont augmenté.

Inversement, la multiplication d'établissements de soins, dans des lieux où ils ne s'imposaient pas toujours, et des officines dont le seul but est de gagner de l'argent — M. Bourson les a dénoncées à juste titre — est à l'origine de dépenses indues.

Monsieur le ministre, votre circulaire du 25 juillet est dure pour les hôpitaux. Je peux témoigner qu'il est difficile d'économiser beaucoup sur les dépenses de fonctionnement.

Il est vrai, monsieur Garcin, que des centres de chirurgie cardio-vasculaires des Bouches-du-Rhône ont dû différer certaines interventions faute de crédits pour acheter des valves. Mais il faut savoir, pour comprendre la position de l'Assistance publique de Marseille, que dans ces centres viennent se faire opérer de nombreux ressortissants de pays situés de l'autre côté de la Méditerranée, et c'est tout à notre honneur. Il faut savoir aussi que l'Etat algérien doit cinq milliards de francs à l'Assistance publique de Marseille et qu'en dehors du problème des valves, se pose aussi celui de la collecte du sang.

Monsieur le ministre, ce sont de difficiles réformes de structures que vous devez accomplir. Il faut revoir la localisation des hôpitaux. Permettez-moi de vous donner deux exemples.

A Tarascon, on a construit un nouvel hôpital. Pour une raison de délai, on a refusé au chirurgien qui travaillait à mi-temps à l'hôpital ancien et qui opérerait également dans la clinique voisine d'exercer à plein temps. Là où il faudrait deux chirurgiens, il y en aura quatre. N'était-il pas préférable de donner la priorité à l'hôpital public ?

Inversement à Saint-Tropez, une clinique parfaitement équipée, qui ne demande qu'à participer au service public, se voit concurrencée par un hôpital vétuste dont on veut faire un établissement moderne. On augmentera ainsi les frais.

Dans cette tâche difficile, monsieur le ministre, vous vous heurterez à tous les groupes de pressions, à toutes les situations acquises.

Je comptais vous parler également des médecins, des consultations, des médicaments, de l'absentéisme, mais je n'en ai point le temps.

Vous avez besoin du consensus des médecins. Le conflit qui vous oppose à eux est regrettable. Pour ma part, je ne ferai jamais grève. Un médecin ne doit pas faire grève, mais il faut que le dialogue s'instaure. C'est le devoir de tous.

De même, vous avez besoin de l'appui du Parlement au-delà de tous les clivages politiques. Notre collègue, le docteur Laborde, a parlé tout à l'heure des personnes âgées. Je fais partie du groupe du rassemblement pour la République, mais j'approuve entièrement son propos.

La situation en France, ce n'est pas l'apocalypse qu'à décrite M. Millet.

M. Georges Hage. Et dans le Nord ?

M. Joseph Comiti. Vous avez également besoin monsieur le ministre de l'appui de la population française. Le système de protection de la santé dans notre pays est incomparable, c'est le meilleur du monde car la concurrence, la compétition entre les secteurs public et privé est bénéfique.

Hier, en fin d'après-midi, avant de quitter l'hôpital pour rejoindre l'Assemblée, je suis passé dans les salles avec mes assistantes et mes internes. Cette visite était médicalement inutile ; elle n'avait pour but que de rassurer nos malades avant la nuit. Pourquoi agir ainsi ? Parce que nous sommes fiers que ces hommes et ces femmes soient venus chez nous non parce qu'ils habitent dans le secteur de l'hôpital, mais parce qu'ils nous font confiance, parce qu'ils nous ont choisis.

Je ne pense pas qu'une médecine complètement étatisée puisse avoir cette humanité. Nous comptons sur vous, monsieur le ministre, pour garder à la France cette médecine humaine qui est notre honneur et notre fierté ! (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

— 3 —

CONDITIONS D'ENTREE ET DE SEJOUR EN FRANCE DES ETRANGERS

Résultats des scrutins pour l'élection des membres de la commission mixte paritaire.

M. le président. Voici les résultats des scrutins pour la nomination de sept membres titulaires et de sept membres suppléants de la 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.

En ce qui concerne les membres titulaires :

Nombre de votants	115
Bulletins blancs ou nuls	0
Suffrages exprimés	115
Majorité absolue des suffrages exprimés ..	58

Ont obtenu :

MM. About	88	suffrages.
Aurillac	88	—
Colombier	88	—
Madelin	88	—
Raynal	88	—
Foyer	87	—
Piot	87	—
Derosier	27	—
Alain Richard	27	—

MM. About, Aurillac, Colombier, Madelin, Raynal, Foyer et Piot ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, je les proclame membres titulaires de la commission mixte paritaire.

En ce qui concerne les membres suppléants :

Nombre de votants	108
Bulletins blancs ou nuls	0
Suffrages exprimés	108
Majorité absolue des suffrages exprimés..	55

Ont obtenu :

MM. Bourson	81	suffrages.
Lauriol	81	—
Lepeltier	81	—
Longuet	81	—
Richomme	81	—
Krieg	80	—
Sauvaigo	80	—
Forni	28	—
Massot	28	—

MM. Bourson, Lauriol, Lepeltier, Longuet, Richomme, Krieg et Sauvaigo ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, je les proclame membres suppléants de la commission mixte paritaire.

— 4 —

LOI DE FINANCES POUR 1980 (DEUXIEME PARTIE)

Reprise de la discussion d'un projet de loi.

SANTE ET SECURITE SOCIALE (suite).

Travail et santé.

I. — SECTION COMMUNE

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

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

Dans la suite de la discussion, la parole est à M. Claude Wilquin.

M. Claude Wilquin. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la France compte aujourd'hui environ trois millions de personnes handicapées, mais, malgré ce nombre, leurs problèmes ne font jamais la une des journaux. C'est pourquoi je me propose, à l'occasion de la présentation du budget de la santé, de vous exposer quelques-uns des problèmes qui se posent aux handicapés.

Je formulerai cependant deux remarques préliminaires en ce qui concerne le budget proprement dit.

Le chapitre 46-41 progresse de 16 p. 100. Cependant, les deux articles qui le composent évoluent différemment. Celui qui concerne les crédits affectés aux commissions départementales d'orientation des handicapés stagne avec 13,516 millions de francs, et cela malgré de très importants retards dénoncés de toutes parts dans l'étude des dossiers. On note également que, parmi les programmes d'action sociale du chapitre 47-21, l'action sociale en faveur des handicapés, créditée de 19,807 millions, décline de 13,3 p. 100.

Dans ce secteur spécifique, le phénomène le plus important me semble être le décalage entre le cadre de la loi de juillet 1975 et ses décrets d'application, lesquels ont pourtant été pris avec beaucoup de retard, et la réalité telle qu'elle apparaît à travers les crédits affectés aux mesures prévues.

Pour illustrer mon propos, je citerai quelques faits précis. Le premier exemple concerne la garantie de ressources. De nombreux centres d'aide par le travail rencontrent d'énormes difficultés de fonctionnement dues au paiement différé de la garantie de ressources. Ainsi, dans les C. A. T. de l'arrondissement de Montreuil, à ce jour, n'ont été perçus que les crédits allant jusqu'à la fin du mois de juillet. Cela représente trois mois de retard. Il semble que les crédits prévus pour la couverture de cette garantie de ressources soient épuisés. Pouvez-vous le confirmer, ou mieux, je l'espère, l'infirmier, monsieur le ministre ?

Les établissements qui accueillent les handicapés ne disposent pas des moyens de faire l'avance des sommes dues à ce jour et de celles à verser jusqu'à la fin de l'année.

Quelles mesures comptez-vous prendre afin d'assurer des moyens d'existence convenables aux travailleurs handicapés ?

Je n'ignore pas que, en ce qui concerne les ateliers protégés, le problème relève surtout du ministère du travail, mais il m'apparaît qu'en la matière la coordination entre les deux ministères est pratiquement inexistante. Or ce manque de concertation est particulièrement préjudiciable aux handicapés.

Je n'en veux pour preuve que la situation dans laquelle se trouvent les travailleurs de l'entreprise Pilote - S. A. qui compte depuis des années 75 p. 100 de handicapés dans son personnel. Comment trouver plus bel exemple dans le domaine de la réinsertion professionnelle ?

Le manque d'intérêt des pouvoirs centraux pour une expérience de cette valeur — à moins qu'il ne s'agisse d'un manque de moyens — traduit bien le chemin qui reste à parcourir entre les nobles intentions et la réalité des faits. Il est plus que regrettable qu'à ce jour la seule solution proposée soit l'atelier protégé qui, en définitive, ne représente que l'ultime ghetto dans lequel les travailleurs handicapés refusent de se laisser enfermer.

Cette solution étant inacceptable, je vous demande instamment de bien vouloir reprendre le dossier et de dégager sur votre budget les crédits nécessaires au financement d'une fraction du capital de la nouvelle société Pilote, ce qui traduira dans les faits les propos maintes fois entendus sur la réinsertion des handicapés dans la vie active.

En matière de revenus, je voudrais appeler votre attention sur la majoration exceptionnelle de 200 francs accordée à certaines personnes âgées.

Le décret du 20 septembre 1979 ne mentionne pas les handicapés titulaires de l'allocation aux personnes handicapées parmi les bénéficiaires de cette mesure. Cette allocation est identique à celle du fonds national de solidarité et du minimum vieillesse servi aux personnes âgées.

Alors que les ressources des handicapés sont rigoureusement identiques à celles des personnes âgées, ils sont cependant écartés du bénéfice de l'allocation exceptionnelle de 200 francs. Comptez-vous, monsieur le ministre, réparer rapidement cette injustice ?

Pour la réinsertion, la loi de juillet 1975 avait prévu la création de centres de préorientation.

Or, et bien que le projet de décret soit prêt, il n'est pas paru au *Journal officiel*. Un tel retard occasionne de nombreuses erreurs d'orientation de la part des Cotorep qui, débordées par les demandes, ne peuvent orienter qu'en fonction d'un dossier médical. Justifier ce retard par le réaménagement des rémunérations des stagiaires est peu sérieux. Aussi, considérant qu'au seul niveau du Pas-de-Calais, il existe encore plus de 200 demandes à satisfaire, je vous invite, monsieur le ministre, à examiner ce problème urgent qui conditionne l'avenir professionnel de très nombreux handicapés, et à ne plus retarder davantage la parution de ce décret.

J'appelle également votre attention sur le cumul de la garantie de ressources et de l'allocation aux adultes handicapés. Les caisses d'allocations familiales procèdent aux vérifications des ressources pour l'année 1978. Or 1978 a été l'année de mise en place de la garantie de ressources. Les handicapés ont donc perçu, en tout ou en partie, à la fois leur allocation d'adulte handicapé et la garantie de ressources. Mal informés, voire non informés des effets de la loi, ils ont cru que ces sommes leur étaient acquises. Aussi, ils ont la surprise aujourd'hui de recevoir un courrier des caisses d'allocations familiales leur signifiant le nouveau montant de leur allocation d'adulte handicapé et leur annonçant que le trop-versé leur sera retenu sur le nouveau montant de cette allocation. Autant dire que bon nombre d'entre eux devront vivre avec des ressources très nettement insuffisantes.

Il m'apparaît urgent qu'une décision soit prise, afin que la remise gracieuse soit accordée d'office à toutes les personnes qui font l'objet de cette réclamation et qu'une information systématique soit faite auprès des intéressés afin qu'une telle mésaventure ne se reproduise pas.

En conclusion, nous demandons pour les handicapés :

Premièrement, le droit à l'instruction, dans le cadre de l'éducation nationale, ce qui est préférable à la multiplication des structures parallèles qui comportent un risque certain de ségrégation ;

Deuxièmement, le droit à une formation professionnelle adaptée ;

Troisièmement, le droit au travail en milieu ordinaire ou en milieu protégé, assorti d'une garantie de ressources — dois-je vous rappeler, monsieur le ministre, que vous aviez promis qu'il n'y aurait pas d'allocation d'un montant inférieur à 80 p. 100 du S. M. I. C. ? — et de la compensation des abattements de salaires, quel que soit le niveau de la rémunération. Il convient que les chances de promotion du handicapé ne soient pas anéanties par son maintien perpétuel dans des structures marginalisantes de travail protégé, l'objectif étant l'insertion en milieu de travail ordinaire. La garantie de ressources doit être la même, qu'il soit placé en milieu de travail protégé ou en milieu ordinaire, et doit être plus incitative au travail ;

Quatrièmement, le droit à la parole pour les handicapés et leurs associations représentatives ;

Cinquièmement, le droit à l'autonomie financière, avec l'attribution d'une allocation aux adultes handicapés constituant un véritable revenu de compensation dont le niveau minimal immédiat devrait être fixé à 80 p. 100 du S. M. I. C., et la création d'une allocation de tierce personne, d'une allocation complémentaire qui soit un encouragement et une aide à la réinsertion professionnelle ;

Enfin, sixièmement, le droit à l'insertion sociale qui passe par une véritable politique de l'accessibilité aux transports, aux logements, aux loisirs, aux sports et à la culture. Cette insertion sociale, monsieur le ministre, ne pourra se réaliser que dans la mesure où l'on facilitera la vie des handicapés dans leurs activités quotidiennes en supprimant rapidement toutes les barrières qu'entraîne une architecture non adaptée. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes.*)

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

M. Maurice Arreckx. Monsieur le ministre, j'ai à cœur, en intervenant aujourd'hui, d'appeler votre attention et celle de l'Assemblée sur les conditions de vie des personnes âgées dépendantes.

Il y a un an, j'ai eu l'honneur d'être désigné par M. le Premier ministre comme parlementaire en mission chargé d'établir un rapport sur l'amélioration des conditions de vie des personnes très âgées et dépendantes.

Bien que ma mission ait été limitée aux six mois réglementaires, j'ai continué, avec un groupe de personnalités et de fonctionnaires amis, de travailler sur ce problème, d'autant plus que je ne cesse de recevoir de toute la France et de l'étranger de nombreuses lettres et documents qui me permettent d'affiner ma réflexion. Je pense donc pouvoir faire à ce sujet des suggestions utiles.

Les personnes âgées dépendantes représentent en France, actuellement, environ 450 000 personnes. Les conditions de vie et les mœurs actuelles font que, pour la plupart, ces personnes posent de nombreux problèmes. Il faut en effet, d'une part, définir les structures d'accueil qui permettraient à ces personnes de terminer leurs jours dans des conditions décentes et, d'autre part, préciser les mesures à prendre pour faciliter le maintien, si possible jusqu'à la fin de leur vie, des personnes âgées dans lesdites structures. Tout cela doit se faire en tenant compte des difficultés financières particulièrement aiguës aujourd'hui.

Ma réflexion, monsieur le ministre, m'a amené à penser que les structures actuelles dans ce domaine ne sont peut-être plus adaptées aux besoins des personnes âgées et que, par ailleurs, il faut tenir compte des impératifs économiques et financiers qui existent au niveau de la sécurité sociale et de l'aide sociale.

Sur le plan des structures, mes propositions tendent à favoriser trois structures d'accueil : le maintien à domicile ou dans la famille d'abord, grâce à des aides individualisées et collectives ; le maintien dans des maisons de retraite modernes, plus proches des pensions de famille que des hospices de triste mémoire ; enfin, des centres de court, moyen ou long séjour, structure nouvelle, indépendante de l'hôpital, qui accueilleraient les personnes âgées dépendantes les plus handicapées et qui nécessitent, de ce fait, à la fois un *nursing* important et une médicalisation adaptée.

En proposant ainsi trois structures d'accueil, j'élimine l'hôpital dont le rôle, à mon sens, n'est pas de garder les personnes âgées mais, au même titre que tous les citoyens qu'il accueille, de les soigner et de les guérir si possible.

Dans cette intervention, je voudrais appeler votre attention sur les points suivants : la compensation des charges de l'assurance vieillesse ; le développement de l'action sociale des organismes d'assurance vieillesse en faveur du maintien à domicile des personnes âgées ; les conditions d'hébergement et de soins ; enfin, le choix du maître d'œuvre de l'action sanitaire et sociale.

S'agissant de la compensation des charges sociales en matière d'assurance vieillesse, le rapport de la commission instituée par le Gouvernement en vue d'enquêter sur les charges indues que supporterait l'institution de la sécurité sociale, commission présidée par M. Grégoire, président de section au Conseil d'Etat, a conclu que cette institution ne supporte aucune charge de cette nature. Mais les conclusions de ce groupe de travail n'ont pas permis de mettre fin aux controverses sur cette question.

Par ailleurs, dans le cadre de la mission qui m'a été confiée, j'ai constaté que certains organismes de sécurité sociale, en particulier le conseil d'administration de la caisse nationale des travailleurs salariés, sans contester le bien-fondé de la compensation entre les régimes, n'hésitaient pas, cependant, à en critiquer les modalités.

En tout état de cause, il faut bien reconnaître que, si l'on se réfère au rapport de 1979 de la commission des comptes de la sécurité sociale, la branche vieillesse présentait, en 1976, un déficit de 8 milliards de francs et, en revanche, un léger excédent en 1979 et 1980. Les membres de la commission ont pu indiquer, à partir de tels chiffres, que l'ensemble des branches de l'assurance vieillesse et des prestations familiales se trouverait équilibré pour l'année qui se termine et l'année prochaine, sans que puisse, toutefois, être résorbé le déficit important de la branche vieillesse observé en 1978.

Cela est d'autant plus inquiétant que le Gouvernement s'est engagé à maintes reprises — et je l'en félicite — à pratiquer une politique familiale dynamique pour compenser, autant que faire se peut, les effets de la législation sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. Or une telle volonté implique une majoration importante des prestations familiales, majoration qui ne permettra pas d'équilibrer les ressources financières de la branche vieillesse par l'excédent de la branche des prestations

familiales. J'ajouterai d'ailleurs qu'une telle compensation apparaît aussi contestable que la méthode qui a consisté, durant de longues années, à éponger le déficit de la branche d'assurance maladie par l'excédent de la branche des prestations familiales.

Quoi qu'il en soit, je partage le point de vue du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés selon lequel il ne paraît pas équitable d'appliquer le système actuel de compensation démographique institué par la loi du 24 décembre 1974, tant que les divergences entre les différents régimes d'assurance vieillesse n'auront pas été aplanies, voire entièrement éliminées.

C'est pourquoi il m'apparaît indispensable que des mesures soient prises par le Gouvernement pour parvenir à une véritable harmonisation des différents régimes et que, par ailleurs, interviennent des solutions permettant d'assurer un équilibre de la branche d'assurance vieillesse sans recourir à des compensations entre les différentes branches de la sécurité sociale. En effet, la situation est d'autant plus inquiétante en ce domaine que la baisse de la démographie, s'ajoutant au phénomène de sous-emploi, risque de peser lourdement à partir de 1985 sur l'équilibre du système, dans la mesure où celui-ci, pour une large part, est assuré, à l'heure actuelle, par des cotisations à la charge des employeurs, mais calculées sur la masse salariale, qui présente un effet de rétraction imputable au sous-emploi.

Je traiterai, en second lieu, du développement de l'action sociale des organismes d'assurance vieillesse en faveur du maintien à domicile des personnes âgées.

Le rapport que j'ai eu l'honneur de déposer au mois de juin dernier entre les mains du Premier ministre et entre les vôtres, monsieur le ministre, met en lumière la nécessité de développer les possibilités d'intervention des organismes d'assurance vieillesse dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées. En effet, cette solution apparaît plus humaine et souvent moins coûteuse que le transfert des intéressés en établissement plus ou moins médicalisé pour personnes âgées ou dans les hôpitaux. Or cette action en faveur du maintien à domicile paraît stagner depuis plusieurs années en raison des possibilités limitées des organismes d'assurance vieillesse. La presse se fait d'ailleurs actuellement l'écho des inquiétudes qui se manifestent un peu partout dans le pays à ce sujet.

Cette limitation financière est encore plus importante s'agissant des ressortissants du régime agricole ou des anciens fonctionnaires. Je me propose d'ailleurs d'appeler prochainement plus particulièrement l'attention de vos collègues de l'agriculture et de la fonction publique sur les difficultés rencontrées en ce domaine.

Mais, d'ores et déjà, il m'apparaît que la dotation du Fonds d'action sanitaire et sociale de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est insuffisante pour développer cette action qui, j'y insiste, est la plus satisfaisante au plan humain et génératrice d'économies dans le secteur de l'hébergement collectif et des soins.

Certes, ce fonds est alimenté actuellement par un prélèvement de 0,86 p. 100 sur les cotisations encaissées, ce qui, d'une part, par le jeu de l'augmentation de la cotisation d'assurance vieillesse, qui correspond à l'heure actuelle à 12,50 p. 100 du salaire dans la limite du plafond et, d'autre part, par le maintien à 0,86 p. 100 dudit taux malgré la majoration du taux de la cotisation, lui permet de disposer de sommes plus importantes que par le passé. Mais ce prélèvement, eu égard aux besoins existants, paraît insuffisant et conduit la caisse nationale d'assurance vieillesse à diminuer le nombre d'heures d'aides ménagères pris en charge par les caisses régionales d'assurance maladie pour le compte de cet organisme.

C'est pourquoi je souhaiterais vivement que le Fonds d'action sanitaire et sociale de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés puisse être alimenté par un prélèvement qui me paraît devoir être de 1 p. 100 sur la masse des cotisations encaissées.

J'en viens aux conditions d'hébergement et de soins.

Compte tenu, d'une part, de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, modifiée par la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et, d'autre part, de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les personnes âgées dont l'état de santé et l'autonomie vont diminuant, peuvent être hébergées en maison de retraite ou en foyer-logement avec section de cure médicalisée. Ces mêmes personnes âgées sont, actuellement, en cas d'aggravation accen-

tuée de leur état, admises dans les centres hospitaliers. Les soins donnés sont pris en charge par l'assurance maladie sous forme de forfait journalier. Mais il reste, nous le savons, des sommes importantes de frais d'hébergement à la charge de l'intéressé ou de sa famille, ou de l'aide sociale.

Si je pense qu'il faut créer ou transformer certains établissements en centres de cures médicalisées ou encore — ce n'est qu'une question de terminologie — en centres de courts, moyens et longs séjours, c'est parce que ces établissements médico-sociaux, qui font une aussi large part au maternage qu'à la médicalisation, aboutissent finalement à un prix de journée inférieur pour des conditions de vie beaucoup mieux adaptées aux besoins.

L'ambiance, dans ces centres de cures médicalisées où se côtoient de personnes âgées valides mais dont l'état de santé, momentanément, ne leur permet plus de vivre seules et qui ont besoin d'une certaine réadaptation, et de personnes âgées semi-valides ou d'autres grabataires, est incontestablement moins choquante pour les intéressés, plus humaine et mieux adaptée que l'accueil dans les centres de longs séjours hospitaliers, quels que soient les mérites de ces derniers.

M. le président. Je vous prie de conclure, mon cher collègue.

M. Maurice Arreckx. Je conclus, monsieur le président.

Je veux enfin, monsieur le ministre, appeler votre attention sur le choix du maître d'œuvre de l'action sanitaire et sociale.

A cet égard, je tiens à vous faire observer que l'expression « bureau d'aide sociale » paraît peu heureuse car, pour beaucoup de nos concitoyens, ce terme évoque un concept de bienfaisance destiné aux plus pauvres et aux plus déshérités, alors que l'action sanitaire et sociale englobe, dans l'esprit du législateur, l'ensemble de la population. C'est pourquoi je vous propose d'appeler désormais cet organisme « office communal d'action sanitaire et sociale ».

Pour donner à cet office sa pleine efficacité, il serait indispensable de le doter de nouvelles compétences, certes, mais surtout de nouveaux moyens, car il ne s'agit pas de procéder à des transferts de charges.

Voilà, monsieur le ministre, quelques suggestions et propositions que je voulais vous faire, dans le cadre de l'examen de votre budget, que je voterai, vous faisant confiance pour mener à bien la lourde et délicate tâche qui est la vôtre aujourd'hui. (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. Hage.

M. Georges Hage. Mesdames, messieurs, depuis les discours de Mme Veil annonçant des restrictions draconiennes — elle nous a quittés depuis, sa déplorable besogne faite — jusqu'aux mesures plus récentes à l'encontre de la sécurité sociale et du budget des hôpitaux, en passant par les lois sur la réforme des études médicales, du budget des établissements hospitaliers, tout un dispositif gouvernemental cohérent est mis en place qui agresse la santé des travailleurs et aggrave la situation déjà critique de l'hospitalisation et de la santé publique dans le Nord-Pas-de-Calais.

Quatre millions d'habitants, une population active exerçant les métiers les plus pénibles, une santé régionale affectée des indices les plus néfastes tel le taux de mortalité infantile qui, bien qu'en chute rapide de 25 pour mille à 17 pour mille depuis 1972 grâce à l'effort des collectivités locales, notamment à la sécurité sociale minière, demeure supérieur à la moyenne nationale, soit 11,5 pour mille, ou telle l'espérance de vie, inférieure de quatre ans à la moyenne nationale — indices globaux qui taisent d'ailleurs les différences par catégories socio-professionnelles — et, au regard de ce diagnostic, une région qui se situe au tout dernier rang pour l'équipement hospitalier : quarante-huit lits pour 10 000 habitants contre soixante-deux pour l'ensemble du pays, qui ne possède que deux S. A. M. U., deux S. M. U. R., un seul centre de grands brûlés, un seul de neuro-chirurgie, et où — une statistique récente l'indique — il manque 22 000 professionnels de la santé, dont 2 200 médecins, pour atteindre la moyenne nationale !

Le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a confié à un journal médical que le Nord-Pas-de-Calais méritait une attention prioritaire. Je n'ai pas

trouvé pareille indication dans son rapport. D'où une question au moins, monsieur le ministre : pouvez-vous me confirmer qu'après l'hôpital de Roubaix, qui sera moins important que prévu et sera réalisé avec un Plan de retard, celui de Tourcoing verra le jour — c'est-à-dire que le programme d'action prioritaire d'initiative régionale sera conduit à son terme — et me dire si un nouvel hôpital sera construit à Denain ?

Vous rappellerai-je le propos du préfet de région, actuellement responsable de la D. A. T. A. R., sur la nécessité de construire, dans le Nord-Pas-de-Calais, chaque année, pendant dix ans, 500 lits neufs, estimation que le conseil économique et social de la région a fait sienne ?

Les carences en milieu hospitaliers ne sont qu'un aspect des insuffisances de la politique de santé dans la région. Faute de temps, je ne prendrai que quelques exemples.

A l'usine Renault de Douai, l'Etat devrait donner l'exemple. Il était prévu que 10 000 travailleurs produiraient plus de 1 000 voitures par jour. Cette production est aujourd'hui atteinte avec 7 000 travailleurs.

Pour 1 000 francs de plus par mois les ouvriers sont invités à travailler la nuit mais, ô tartufferie directoriale : « malade s'abstenir ». Une enquête du comité d'entreprise auprès des travailleurs à la chaîne révèle que la moitié d'entre eux absorbe des tranquillisants, ou des excitants, selon le cas. 2 274 travailleurs sont soumis à un bruit dépassant quatre-vingt-cinq décibels. Un hall nouveau est nécessaire pour isoler les ouvriers du bruit. On ne le construit pas mais, dans le même temps, la direction fait procéder à une véritable chasse aux malades ou aux blessés par les gardiens de l'entreprise. Elle licencie ; production oblige !

Un tel comportement vaudra-t-il une promotion au directeur de cette entreprise nationalisée ?

Le patronat métallurgique du bassin de la Sambre entend, lui aussi, de traquer les malades ; il met des médecins à la disposition des entreprises. Les travailleurs parlent de « médecins flics », signifiant par là que le képi ne sied pas à la blouse blanche, honneur de la profession.

Dans la zone industrielle et portuaire de Dunkerque, des milliards ont été investis, avec une contribution importante des fonds publics. Mais il faut y parcourir des kilomètres pour trouver une infirmerie. De 1961 à 1976, 587 morts et 26 000 mutilés du travail y ont été dénombrés. Le quatre-vingt-quinzième tué d'Usinor était un ouvrier muté de Denain. Au cours de ces six dernières semaines, il y a eu quatre morts dont trois brûlés dans la zone portuaire.

Les communistes dunkerquois mènent une grande campagne pour de meilleures conditions de travail, l'extension des pouvoirs des délégués, des commissions d'hygiène et de sécurité, la création d'un centre pour les grands brûlés et d'un S. M. U. R. au centre hospitalier de Dunkerque. Cette campagne, promise à de grands développements, révèle l'extrême sensibilité des travailleurs et de la population au problème angoissant de la sécurité.

J'évoquerai encore la situation des travailleurs de l'entreprise Prochim de Courchelettes près de Douai. Mon ami Emile Roger vous a questionné à ce sujet, monsieur le ministre. Procurez-vous donc une copie du rapport médical annuel et du compte rendu de la réunion extraordinaire du comité d'hygiène et de sécurité. Il y est question d'une « détérioration indiscutable de la santé des travailleurs liés à leurs conditions de travail, d'intoxications chroniques dues à des manipulations à l'air libre, de fabrications mal maîtrisées techniquement, de fréquents changements d'emplois exposant les travailleurs à de multiples produits toxiques, car, précise le médecin du travail concerné, on ne peut prévoir la destinée dans l'organisme de ces nombreux mélanges de produits chimiques absorbés par les sujets lors de ces fréquentes mutations réalisées en un temps limité ». Mais c'est toujours d'autres agressions que meurent ces travailleurs.

L'homme est ici un cobaye sacrifié au profit. Tous ces exemples confirment la nocivité de votre politique de santé conduite de concert avec le patronat.

Ainsi que l'a fortement souligné mon ami Gilbert Millet, une politique de santé fondée sur la prévention, respectueuse des individus, exige que soit améliorée tout d'abord la vie au travail et développé le contrôle des travailleurs dans l'entreprise. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

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

M. Jean Fontaine. Monsieur le ministre, les problèmes qui concernent mon département et qui relèvent de votre ministère sont très nombreux mais, comme sœur Anne, je ne vois rien venir qui puisse ressembler à une solution à nos préoccupations.

Je n'ai pas la prétention, dans le temps qui m'est imparti, de faire de ces problèmes une énumération exhaustive. Je me bornerai donc à appeler votre attention sur quelques-uns d'entre eux qui, à mes yeux, sont le reflet d'une injustice criante.

Laissez-moi vous dire, monsieur le ministre, qu'en raison de votre réputation, justifiée, d'être un homme de dialogue et de bonne volonté, mes compatriotes et moi-même espérons que nos problèmes les plus urgents, ceux qui nous angoissent dans l'immédiat, ne seront plus regardés au travers du prisme déformant d'une technocratie dépourvue de chaleur humaine.

Car, voyez-vous, les populations d'outre-mer, et singulièrement celles de la Réunion, souffrent de l'indécision et du caractère ponctuel, toujours restrictif, qui caractérisent la politique familiale et sociale que le Gouvernement conduit à leur égard. Elles ont le sentiment très net d'être traitées en parents pauvres que l'on tolère à table, mais qui doivent être bien propres, bien gentils, qui doivent se contenter de ce qu'on leur donne et qui n'oublieront pas de se confondre en remerciements.

C'est que l'on ne manque pas de nous rappeler, comme à regret, tout ce qui a été fait, les progrès sensibles qui ont été réalisés dans le domaine social et familial — ce qui est vrai — et ce serait avoir des yeux pour ne point voir que de nier une réalité aussi évidente.

Mais on se garde bien d'évoquer tout ce qui reste à faire, tout le chemin qui reste à parcourir pour qu'un Français vivant dans les départements d'outre-mer ait les mêmes prestations familiales et sociales, la même couverture de sécurité sociale que son homologue métropolitain, voire qu'un étranger qui vit sur le territoire métropolitain.

Dans ces conditions, vous ne pouvez pas empêcher mes compatriotes d'éprouver un sentiment de frustration, qui leur laisse dans la gorge le goût amer d'un manque de considération.

Cela étant dit, j'en viens aux problèmes qui nous préoccupent et dont je ne pourrai, faute de temps, que faire une énumération limitée, donc incomplète.

Je vous parlerai d'abord de ceux et de celles qui, après une dure vie de labeur, ne perçoivent qu'une maigre allocation « d'aide sociale » de l'ordre de 500 francs par mois au titre du fonds national de solidarité, tout simplement parce qu'ils ne peuvent pas justifier de versements à la sécurité sociale pour la bonne raison que cet organisme n'existait pas de leur temps. Ils n'ont pas droit à l'allocation spéciale vieillesse des personnes non salariées, du fait que la loi du 10 juillet 1952 relative à cette allocation n'a jamais été étendue aux départements d'outre-mer.

On nous répond habituellement que la loi du 3 janvier 1975, qui donne droit à une pension proportionnelle de vieillesse, apporte une solution à ce problème. C'est méconnaître fondamentalement la réalité réunionnaise et c'est une démonstration supplémentaire, s'il en était besoin, que les bureaux parisiens sont coupés du peuple réel.

Monsieur le ministre, il faut revoir cette affaire avec des yeux neufs. C'est une question de dignité nationale.

J'en viens maintenant au cas des handicapés. J'ai déjà signalé le fait aberrant que les handicapés des départements d'outre-mer, bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, n'ont pas droit aux allocations familiales, tout simplement parce que le décret du 10 décembre 1946 n'est pas applicable dans les D. O. M. Or, puisqu'il s'agit d'un décret, la même procédure peut permettre son extension.

Ne nous répondez pas, comme votre prédécesseur, que l'effort financier consenti en faveur des départements d'outre-mer au cours des dernières années est important, que cela suffit. Ce n'est pas une réponse digne d'un ministre responsable, car nous ne demandons rien d'extraordinaire. Nous entendons être traités comme des Français à part entière, sans discrimination. Les caisses d'allocations familiales des départements d'outre-mer ont déjà marqué leur accord pour prendre en compte cette extension. Alors, qu'attend le Gouvernement ?

Toujours au sujet des handicapés, il se pose, dans les départements d'outre-mer, un problème spécifique qui mérite une attention et un traitement particuliers. Chacun sait, ici,

combien le chômage est important chez nous, combien il est difficile de trouver un emploi. Or, depuis la loi du 30 juin 1975, seuls ceux dont l'incapacité permanente est reconnue égale ou supérieure à 80 p. 100 ont droit à l'allocation aux adultes handicapés.

Les autres, même ceux qui souffrent d'un handicap supérieur à 50 p. 100, voient leur cas soumis à la Cotorep, laquelle statue sur l'impossibilité pour l'invalidé d'occuper un emploi du fait de son handicap. Inutile de vous dire que, dans un pays où des gens valides ne trouvent pas d'emploi, c'est vouloir résoudre la quadrature du cercle que d'exiger d'un invalide même à 50 ou 60 p. 100 qu'il travaille. Cela s'apparente au pari imbécile, qui ne serait que ridicule s'il ne touchait des êtres souffrant dans leur chair.

De plus, ces personnes qui, avant la parution de la loi, percevaient une allocation mensuelle aux infirmes servie par l'aide sociale, voient leurs droits remis en cause. Ne me dites pas que les droits acquis sont conservés. Ce n'est pas vrai, puisque, à l'occasion de contrôles périodiques, leur cas est reconsidéré.

J'en arrive à mon dernier point. Il a trait aux conditions requises pour l'ouverture des droits, aux prestations familiales. En métropole, la loi du 4 juillet 1975 a supprimé la condition d'exercice d'une activité pour obtenir le bénéfice de ces prestations. Cette disposition n'a pas été étendue aux départements d'outre-mer. C'est pourquoi, consciente des difficultés qui pourraient résulter d'une extension pure et simple et pour tenir compte des caractéristiques du marché du travail, la caisse nationale des allocations familiales vous a fait des propositions pour adapter le régime.

Elle propose que les allocations familiales soient servies à taux plein lorsqu'au titre de l'ayant droit il est relevé dix jours d'activité professionnelle au cours du mois précédant le paiement de la prestation. Il a été répondu : cela coûtera trop cher. Jamais une telle considération n'entre en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'étrangers travaillant en métropole ! Comment devons-nous interpréter cet ostracisme ?

J'en aurai terminé, parce que mon temps de parole est épuisé et parce que la coupe déborde, quand je vous aurai dit que le prêt aux jeunes ménages, consenti par la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article L. 543 du code de la sécurité sociale et du décret du 3 février 1976, n'est pas applicable dans les départements d'outre-mer.

Monsieur le ministre, trop c'est trop. Il faut mettre un terme à toutes ces discriminations. Quand je pense qu'un de vos collègues du Gouvernement a osé parler des privilégiés des départements d'outre-mer ! Je veux croire qu'il ne visait pas ces pauvres malheureux. (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. Pesce.

M. Rodolphe Pesce. Monsieur le ministre, mesdames, messieurs, « Le temps de vivre un troisième âge heureux », tel était le titre de l'ouvrage de M. Lenoir, alors secrétaire d'Etat, reprenant les conclusions des assises sur le troisième âge tenues à Lyon en 1977.

Deux ans après, force est de constater que les faits ont démenti les intentions gouvernementales.

Vivre heureux implique, d'une part, des moyens d'existence décentes et, d'autre part, un logement suffisant, des services de voisinage de qualité et l'intégration des personnes du troisième et du quatrième âge dans notre société.

Des moyens d'existence décentes supposent avant tout des retraites suffisantes. Le groupe socialiste s'est déjà longuement exprimé sur ce sujet dans la première partie du projet de loi de finances. Je traiterai donc pour ma part des autres points.

Mais des moyens financiers, même décentes, ne suffiraient pas, à eux seuls, à résoudre tous les problèmes. C'est pour cela qu'une des actions prioritaires du Plan, le programme d'action prioritaire n° 15, est consacrée aux mesures destinées à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Or, au terme du VII^e Plan, on constate que ce programme ne sera réalisé qu'à moins de 80 p. 100 selon vos propres estimations — que l'on ne peut vérifier, comme l'a souligné ce matin un rapporteur appartenant à la majorité.

Mais voyons les faits et, d'abord, en ce qui concerne les aides ménagères.

A Lyon, en octobre 1977, le Président de la République déclarait : « Chacun d'entre nous doit pouvoir, l'âge de la retraite atteint, continuer à vivre chez lui, s'il le désire, dans son logement, dans le cadre qu'il a toujours connu et auquel il est attaché. C'est pour cela qu'il a été décidé de doubler en quatre ans les services d'aide ménagère. » Or cette promesse, malgré l'augmentation certaine du nombre de prestations, ne pourra être tenue d'ici à 1981. Surtout, les besoins sont devenus beaucoup plus importants et de très nombreuses demandes ne sont pas satisfaites.

La situation devient dramatique. De nombreuses manifestations réunissant plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de personnes, se déroulent dans la région Rhône-Alpes et se préparent dans d'autres régions. Plusieurs caisses régionales de sécurité sociale ont épuisé, depuis le début d'octobre, les crédits d'aide ménagère pour 1979. Cette crise touche ainsi de plein fouet à la fois les associations gestionnaires, qui ont cru à un développement de cette forme d'aide et qui doivent aujourd'hui faire face à des problèmes de gestion insolubles, les travailleurs, qui sont licenciés ou qui voient leurs horaires, et donc leurs salaires, réduits dans des proportions importantes, et enfin les personnes âgées à qui l'on refuse ou réduit le bénéfice de l'aide, quand on ne la leur supprime pas.

Le problème de l'aide ménagère est capital. Il est indispensable de dégager d'urgence des crédits beaucoup plus importants, de mettre un terme à la disparité qui fait que, suivant la région où l'on habite et la profession que l'on exerce, les aides sont différentes. On a recensé soixante-dix-sept possibilités d'aide. Cela ne peut plus durer. Il faut augmenter les crédits et faire de l'aide ménagère une prestation légale.

Dans ce débat, on a beaucoup parlé des aides ménagères. Mais il ne faudrait pas oublier les autres moyens qui peuvent contribuer au maintien à domicile des personnes âgées qui ont des problèmes de santé.

Le premier de ces moyens : les centres de jour, qui ont été créés par la circulaire du 8 janvier 1974 pour accueillir les personnes connaissant à la fois des difficultés d'ordre physique ou psychique. Treize centres de jour ont été créés à titre expérimental. Mais jamais on n'a pu définir d'une manière précise les moyens financiers de fonctionnement. Ce sont les associations, les collectivités locales ou les centres hospitaliers qui, actuellement, payent le déficit.

Or, depuis deux ans, en dépit de nombreuses rencontres, notamment celle qui a réuni à Paris, le 18 janvier dernier, tous les responsables des centres ainsi que M. Moreau, représentant M. le secrétaire d'Etat, aucune réponse satisfaisante n'a pu être obtenue. Il paraît, monsieur le ministre, que vous avez décidé de ne pas créer de nouveaux centres. Mais pour les anciens, il faudrait savoir ce que l'on veut. Voulez-vous que l'expérience se poursuive ? Alors, donnez-leur les moyens nécessaires pour fonctionner. Sinon, dites que vous voulez les fermer. On ne peut plus rester dans l'expectative devant l'absence de réponse aux questions posées par les gestionnaires et les municipalités.

Il a été question tout à l'heure de la médicalisation d'une partie des lits des foyers-logements. Cette procédure permet de rapprocher deux types de population âgée et d'éviter une hospitalisation. Or, depuis quelques mois, il semble de plus en plus difficile pour les foyers-logements d'obtenir l'agrément nécessaire. Quelle est votre position, monsieur le ministre, sur cette importante question ? Souhaitez-vous, oui ou non, augmenter le nombre des établissements conventionnés ? Acceptez-vous, parallèlement, de prévoir les moyens financiers nécessaires ?

Il est un point qui n'a pas été évoqué au cours de ce débat, alors qu'il en était souvent question il y a quelques années : c'est l'hospitalisation à domicile. On assiste, dans ce domaine, à un blocage de la part de la sécurité sociale. Des expériences ont été réalisées en région parisienne, mais elles ne se sont pas généralisées. Je souhaiterais, là aussi, monsieur le ministre, connaître votre sentiment.

Enfin entre l'hospitalisation à domicile et l'aide ménagère, la mise en place d'une politique de soins à domicile serait beaucoup moins coûteuse pour la collectivité que l'hospitalisation et beaucoup moins traumatisante pour les gens concernés. Or, actuellement, étant donné les taux de remboursement des vacations aux associations et aux municipalités, il n'existe que vingt et un centres. Six seront, paraît-il, conventionnés prochainement. Mais la plupart des municipalités et des associations ne veulent pas s'engager dans cette action, ayant déjà à faire face à de gros déficits. Comptez-vous, monsieur le ministre, augmenter le taux de remboursement pour permettre de développer cette politique de soins à domicile ?

En conclusion, les élus socialistes — mais aussi de nombreux autres parlementaires, ainsi que les associations qui s'occupent du troisième âge et, au-delà d'elles, les personnes âgées — souhaitent que des réponses précises soient fournies au cours de ce débat budgétaire. Les questions écrites et, les questions d'actualité que nous avons posées depuis plusieurs mois sont, pour la plupart, restées sans réponse. Vous prétendez, monsieur le ministre, être partisan du maintien à domicile des personnes âgées. Il vous appartient de prévoir les moyens d'une telle action. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Gaston Flosse. Mesdames, messieurs, avec plus de 137 000 habitants, la Polynésie française a une population active de 45 000 personnes. Les salariés interviennent pour 76 p. 100. Depuis 1956, le territoire s'est doté d'une caisse de prévoyance sociale. Cette caisse ne prend en compte que les salariés, les cotisations des employeurs assurant une grande partie des ressources. Dans l'état actuel de la législation, les non-salariés du secteur de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche et de l'artisanat ne bénéficient d'aucune couverture sociale.

A la tribune de cette même assemblée, dès le début de la législature, le 12 mai 1978, j'ai demandé au Gouvernement, m'adressant au secrétaire d'Etat aux départements et territoires d'outre-mer, son concours pour réparer cette injustice sociale.

Le 16 septembre 1978, j'ai déposé une proposition de loi en ce sens, pour l'ensemble des territoires d'outre-mer, que mes collègues de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna ont soutenue.

Par ailleurs, à deux reprises, lors de l'examen de la loi de finances pour 1979, puis de l'examen de la loi de finances pour 1980, la commission des finances a adopté à l'unanimité l'observation que j'ai proposée au titre de rapporteur spécial du budget des territoires d'outre-mer, relative au concours que l'Etat devrait accorder à la mise en place du régime de protection sociale des agriculteurs et pêcheurs polynésiens.

J'ai obtenu un accord de principe sur la participation de l'Etat au financement de ce régime. Les propos tenus à Papeete, en juillet dernier, par le Président de la République, témoignent de l'acuité du problème et de sa détermination à le résoudre.

Il déclarait : « L'Etat apportera sa contribution à la protection sociale des non-salariés, ainsi que vous l'avez souhaité. La solidarité nationale viendra compléter, par des moyens qui seront déterminés, l'action engagée par le territoire et les communes de ce secteur. Vous me l'avez demandé, le Gouvernement, dans un esprit de solidarité nationale, répondra positivement à votre appel. »

Les autorités territoriales ont tenté de faire face seules aux obligations qu'ont les pouvoirs publics en matière de protection familiale et sociale. Au début de cette année, a été institué un régime de prestations familiales, au bénéfice des agriculteurs et des pêcheurs non salariés. Onze mois après, aucune allocation n'a encore été versée, alors que les premiers paiements étaient prévus pour janvier, puis pour avril dernier.

Le rendement de la taxe parafiscale sur les importations qui alimente ce régime est nettement insuffisant et le sera toujours. Le concours de l'Etat est donc indispensable à un territoire jeune et en pleine expansion démographique.

Pourrais-je savoir, monsieur le ministre, si le Gouvernement entend respecter les engagements pris, et ce dès 1980, et, en outre, à quelle hauteur se situera le concours de l'Etat ?

Devant l'assemblée territoriale de Polynésie, le Président de la République est revenu sur la mise en place d'un régime de protection sociale du monde rural et a déclaré : « Il n'est pas possible de laisser à l'écart du système de protection sociale une partie qui est sans doute la plus démunie de la population.

« Il est vrai que les ressources du territoire ne lui permettent pas de faire face, à lui seul, au développement d'une telle aide. C'est pourquoi j'ai indiqué ce matin que le Gouvernement va chercher avec vous la manière de contribuer à cette aide directe en faveur des plus défavorisés de vos concitoyens. »

A l'adresse des parlementaires, le Président de la République ajoutait : « Vous aurez l'occasion d'entendre les réflexions et les propositions du Gouvernement à cet égard. »

Le Président de la République l'a définie comme une aide directe. Ne pourrait-on pas, comme cela se fait pour la prime

aux producteurs de coprah, mettre en place un système de paiement direct aux bénéficiaires par les représentants de l'Etat ou encore par les collectivités d'Etat que sont les communes en Polynésie ?

Nous éviterons ainsi qu'une partie des fonds soit soustraite pour des dépenses de fonctionnement.

Quelles vont être, monsieur le ministre, les modalités de versement de la contribution financière de l'Etat ?

De plus, ce concours s'inscrit comme un complément naturel à d'autres mesures financières prises par l'Etat, comme le fonds d'aide au développement des îles de Polynésie. Le redéploiement du secteur primaire, élément essentiel du progrès économique avec le tourisme, passe obligatoirement par le bénéfice d'une couverture sociale aux non-salariés des professions agricoles et annexes.

J'ai particulièrement insisté sur cette question, mais elle n'est pas la seule qui se pose au territoire. En matière de santé, il serait souhaitable que l'Etat renforce son soutien pour la lutte contre les grandes endémies.

La recherche scientifique relève des compétences de l'Etat en vertu du statut du territoire. Il conviendrait donc que l'Etat assure le fonctionnement de l'institut de recherches médicales Louis-Malardé. De même, une prise en charge de l'école d'infirmiers et d'infirmières doit être envisagée, car le programme des études, les examens et les diplômes sont ceux définis et délivrés par l'Etat.

Enfin, la création d'un service de prévention sanitaire s'avère indispensable. 53 p. 100 des habitants de la Polynésie ont moins de vingt ans : c'est une force potentielle qu'il faut protéger.

« J'espère que lorsque nous nous retrouverons plus tard, les jeunes devenus adultes se diront que nous avons bien travaillé ensemble » : tel est le souhait formulé par le Président de la République en quittant Pirae, dont je suis maire. C'est aussi le mien. Je ne doute pas que vous le fassiez vôtre, monsieur le ministre. (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. Jean Briane.

M. Jean Briane. Monsieur le ministre, je voterai votre budget. Il est concentré sur certaines actions volontaristes et précises. et il prévoit des moyens supplémentaires destinés aux études visant à maîtriser les dépenses. J'observe, à cet égard, que 80 p. 100 des dépenses de ce budget sont des dépenses obligatoires.

Un effort important a été consenti en matière de maintien à domicile des personnes âgées.

Quant aux équipements hospitaliers, ils peuvent être jugés globalement satisfaisants, même si l'on parle, ici ou là, de sous-équipement et s'il y a encore des progrès à faire.

Ce projet de budget, qui prévoit le financement de nombreuses opérations de rénovation, a aussi pour objectif de poursuivre l'humanisation des hôpitaux.

En outre, nous constatons que la part de la recherche biomédicale dans l'enveloppe globale de recherche progresse de 9,9 p. 100 en 1975 à 12,6 p. 100 en 1980. Nous avons donc tout lieu d'être satisfaits, bien que la recherche appliquée soit un peu négligée.

Ainsi, même s'il ne représente qu'une partie des dépenses de santé, vous nous proposez, monsieur le ministre, un budget de croissance soutenue, un budget volontariste. C'est pourquoi, je le répète, nous le voterons.

J'aimerais maintenant appeler votre attention sur quelques points particuliers.

La carte hospitalière a le mérite de rassembler les établissements publics et privés qui, tous, exercent une fonction de service public. La guerre entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée n'aura donc pas lieu. Grâce à cette carte, bien au contraire, la coordination et la complémentarité des deux secteurs seront assurées. Tout comme vous, nous ne pouvons que nous en réjouir.

En revanche, il n'existe pas de carte des établissements sanitaires et sociaux. A défaut, monsieur le ministre, peut-être vous revient-il de dresser la carte des besoins. Des centres médico-sociaux pourraient être constitués au niveau du quartier dans les villes et du village-centre dans les campagnes. Sans doute en existe-t-il déjà quelques-uns, mais nous sommes loin du compte.

Ces établissements, qui regrouperaient et coordonneraient les actions médico-sociales, qu'il s'agisse des consultations, de l'information familiale ou des tâches assurées par les assistantes sociales et les travailleuses familiales, présenteraient un intérêt évident pour les populations et constitueraient un excellent outil au service d'une politique familiale active.

Quant aux handicapés, nous sommes au regret de constater que la volonté du législateur de 1975 n'est pas respectée. La volonté d'incitation et de motivation au travail inscrite dans la loi est actuellement déaturée par une application parfois aveugle et abusive des retenues ou récupérations opérées par l'aide sociale ou la sécurité sociale.

Les handicapés doivent continuer à bénéficier des bonifications liées au travail. Il n'est pas admissible que, lorsqu'un handicapé décide de travailler, ses ressources diminuent, car, dans ces conditions, il n'est plus encouragé à le faire et l'esprit de la loi n'est plus respecté. Il doit, au contraire, être assuré que son niveau de ressources sera maintenu. Paradoxalement, c'est l'inverse qui se produit actuellement.

Il faut remédier à cet état de choses, simplifier et améliorer les dispositions actuelles et peut-être aussi laisser aux commissions départementales une plus large liberté d'appréciation et d'initiative.

Il convient également de sortir de la politique d'assistance, qui résulte des mesures que je viens de dénoncer. Il faut aider le handicapé à s'insérer et lui permettre d'assumer ses responsabilités.

J'évoquerai brièvement un autre problème concernant les handicapés : la majoration exceptionnelle en faveur des plus défavorisés, qui a fait l'objet du décret du 20 septembre 1979. Bénéficiaire de cette majoration exceptionnelle les personnes âgées touchant l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité. Pourquoi les handicapés percevant l'allocation aux adultes handicapés ne bénéficient-ils pas de cette majoration exceptionnelle, alors même que leurs ressources sont identiques à celles des personnes âgées ? Envisagez-vous, monsieur le ministre, de prendre, à bref délai, des mesures pour réparer cette injustice ?

J'en viens maintenant à la « remise en ordre de la sécurité sociale », pour reprendre l'expression d'un de mes collègues. Bien entendu, la situation actuelle de cette institution nous préoccupe tous. Mais pourquoi remettre à plus tard une réflexion en profondeur sur l'ensemble du système de protection sociale, aides sociales comprises ? En effet, compte tenu des sommes considérables consacrées annuellement à l'aide sociale par le budget de l'Etat et par ceux des collectivités locales, et surtout des perspectives d'avenir, il me paraît urgent de remettre l'ouvrage sur le métier, de façon à maîtriser ces dépenses.

Pourquoi ne pas engager immédiatement un débat sur cette indispensable opération vérité ? C'est le préalable nécessaire au redressement et à la remise en ordre de notre système de protection sociale, ainsi qu'à la maîtrise des dépenses de santé, dont la croissance excessive a pratiquement paralysé l'évolution de certaines prestations, notamment les prestations familiales.

Un tel débat nous a été promis pour le printemps, mais c'est autant de mois qui seront perdus, monsieur le ministre ! Il serait préférable qu'il s'engage dès maintenant. Pour notre part, nous y sommes prêts. M. Berger, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a évoqué tout à l'heure les travaux de cette commission, qui ont débouché sur une proposition de loi, portant son nom et cosignée par l'ensemble des membres du bureau, dont je fais partie.

Je pourrais évoquer — mais ce n'est pas le moment — une autre proposition de loi d'orientation sociale, qui porte le numéro 1252 et dont je suis le premier signataire. Avançant des solutions pour une remise en ordre de la protection sociale, cette proposition de loi résulte d'une longue observation de l'évolution de notre système de protection sociale et d'une réflexion approfondie sur les causes et sur les mécanismes qui ont conduit à l'emballement de nos dépenses de santé et à la stagnation concomitante de certaines prestations.

Nous poursuivons en ce moment l'examen en commission, et bientôt en séance publique, d'un certain nombre de textes, car vous vous préoccupez d'assurer l'intendance de la sécurité sociale et nous le comprenons parfaitement, mais il est des mesures que vous pouvez prendre, monsieur le ministre, dès maintenant. Je souhaiterais encore une fois que ce débat au fond que nous réclamons ait lieu très rapidement.

Je souhaite, en terminant, que le Gouvernement ait le souci d'associer davantage le Parlement à l'élaboration des solutions positives et durables qui permettront de pérenniser un système de protection sociale auquel nous sommes tous très attachés. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à Mme Goerliot.

Mme Colette Goerliot. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je viens ici témoigner de la situation de ce haut pays lorrain dont je suis l'élue.

Cette région, c'est la mine, l'usine, des cités ouvrières accolées, non insonorisées. C'est aussi des heures de repas et de repos sans cesse bouleversées par le système des « trois huit » : six heures du matin-atorze heures, quatorze heures-vingt-deux heures, vingt-deux heures-six heures du matin.

Les médecins témoignent des troubles du sommeil, du système nerveux, de l'appareil digestif et du nombre grandissant d'ulcères et de pancréatites qui en résultent.

Les ouvriers, pour 69 p. 100, ne peuvent participer à la vie sociale. Les couples sont perturbés dans leur vie sexuelle et dans leur vie familiale. Les enfants souffrent d'insomnie, d'énurésie. L'usure des sidérurgistes est telle qu'un ouvrier sur deux meurt avant l'âge de la retraite.

Cette situation se double maintenant de l'angoisse du chômage, d'une jeunesse sans embauche.

Ecoutons un médecin de Longwy, solidaire, comme nombre de ses confrères, dans l'accusation de votre politique et dans la lutte de toute une région :

« La situation économique et, plus encore, l'attente des prochaines décisions, ont provoqué l'apparition de nombreux troubles psychiques, chez beaucoup c'est la déprime. C'est une véritable guerre des nerfs que les pouvoirs publics mènent aux sidérurgistes. »

Le pouvoir giscardien, ceux qui le soutiennent, accusent les Français de laxisme, de prendre trop de médicaments, d'absentéisme. C'est faux !

Alors que le taux d'absentéisme est de 9 p. 100 en France, il est de 5,5 p. 100 en moyenne à Usinor-Longwy. Le constat des médecins est tout autre :

« Nombreux sont les sidérurgistes qui refusent les arrêts de travail par crainte du lendemain. « Si c'ia ne va pas mieux, je repasserai demain » disent-ils en désespoir de cause. « La maladie qui peut attendre, on la soignera plus tard, avec tous les risques d'aggravation que cela suppose et les coûts plus élevés que cela entraîne. »

A l'hôpital, le constat est identique : « On est à l'hôpital quand l'état de santé l'impose, pour l'urgence. » Les hospitalisations pour bilans de santé se font plus rares.

Mon témoignage ne se veut pas misérabiliste. C'est la dure réalité ! Vous en portez l'entière responsabilité avec les maîtres de forges qui rejettent, après les avoir exploités et usés, des milliers de mineurs et de sidérurgistes.

Et cette population ouvrière qui vit et travaille durement, agressée par le chômage, la casse de son outil de travail, est aussi celle qui souffre le plus d'un sous-équipement médical et hospitalier scandaleux.

Le bassin de Longwy, qui compte 100 000 habitants, n'a pas d'hôpital public et dispose d'un seul hôpital privé, propriété du patronat de la sidérurgie. Le bassin de Briey est équipé d'une clinique privée, propriété du patronat des mines, qui est menacée de fermeture, et d'un hôpital public ouvert en 1970, mais sans bloc opératoire.

Pour une population de près de 200 000 habitants, le centre hospitalier régional est situé à 130 kilomètres de Longwy et à 80 kilomètres de Briey. Cela suppose des transports difficiles et coûteux pour les malades et leurs familles.

Quand on connaît ou qu'on essaie d'imaginer le travail dans une aciérie, dans une cokerie, au fond d'une mine, la colère se fait encore plus dénonciatrice devant l'absence totale de services de traumatologie, de pneumologie, de soins aux grands brûlés dans un rayon de 70 kilomètres.

A Usinor-Longwy, on dénombre en moyenne 15 p. 100 de handicapés du travail.

L'arrondissement de Briey, victime d'une crise économique et sociale d'une gravité sans précédent dont la dimension humaine et les conséquences sur la santé des hommes, des femmes et des enfants sont évidentes connaît de plus, sur le plan de la santé mentale, un vide tragique. Pour le centre régional, la situation est inquiétante !

Au centre psychothérapique de Nancy, qui est situé à 130 kilomètres de Longwy, le respect des règles de sécurité les plus élémentaires, la possibilité pour les médecins de pouvoir jouer pleinement leur rôle, l'amélioration nécessaire des conditions de travail des personnels et des conditions d'hospitalisation des malades exigent la création de trente emplois pour le seul service chargé des enfants et de 280 emplois de personnel soignant pour l'ensemble de l'établissement qui en compte actuellement 694.

Quelques incidents significatifs ont déjà eu lieu. Des drames peuvent se produire ici aussi.

Allez-vous prendre en compte ces besoins impératifs et permettre l'inscription budgétaire correspondante ?

Quand la promesse de création d'une unité psychiatrique de 136 lits à l'hôpital Maillot à Briey, qui a été faite par Mme Veil au mois de septembre 1978, sera-t-elle honorée ?

La protection maternelle et infantile et la maternité souffrent des mêmes carences.

La maternité régionale de Nancy, qui a fêté son cinquantième anniversaire le 11 octobre dernier, a inauguré, à cette occasion, un pavillon pour les grossesses à haut risque. Pour un investissement de 1 milliard et demi de centimes, deux étages seulement sur trois fonctionnent. Il lui manque 23 personnes et une rallonge budgétaire de 16,83 p. 100. C'est un exemple supplémentaire de votre gâchis financier et des privations imposées aux mamans.

Ces quelques exemples illustrent la grande misère hospitalière et médicale du haut pays lorrain. Pendant des décennies, tous les secteurs de la vie et de l'économie du bassin ont appartenu au grand patronat qui y régnait sans partage. Aujourd'hui, il se débarrasse de tout : rues, cités, usines, salles des fêtes et hôpitaux.

Vous pénalisez encore plus une population agressée par votre politique de gâchis humains et économiques. Vous la privez des mesures de protection de la santé les plus élémentaires.

M. le président. Je vous prie de conclure, madame.

Mme Colette Goeuriot. Je termine, monsieur le président.

Cette population humaine lutte pour l'emploi, pour une grande sidérurgie française ; elle lutte aussi pour une structure hospitalière dotée de tous les équipements et des services spécialisés nécessaires. Mineurs, sidérurgistes, personnels de santé l'ont réaffirmé hautement, lors d'une importante manifestation à Briey, le 31 octobre dernier.

Ces luttes vous contraignent à des reculs. A l'hôpital Maillot, le bloc opératoire est programmé et le centre d'interruption volontaire de grossesse est voté par le conseil d'administration.

Avec tous les intéressés, les communistes ne permettront que vous cassiez l'hôpital et la santé, comme vous cassez les usines et les mines. Pour nous, cette lutte est indissociable de la lutte pour l'emploi, pour l'avenir économique et social de notre région et du pays. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

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

M. Hubert Voilquin. Conscient de travailler suivant la même ligne que vous, monsieur le ministre, celle de l'efficacité de la thérapeutique suivant les moindres coûts, celle de la prévention intelligente alliant les soins et le repos et ne prenant pas de risques de complications ultérieures par l'abus de médicaments, je plaiderai la cause du thermalisme français.

Avec 1 200 sources thermales, froides, tièdes, chaudes, hyperthermales, réparties dans 102 stations, la France possède 20 p. 100 du capital thermal européen, mais elle n'accueille, selon les indications chiffrées de 1977, que 502 675 curistes, alors que l'Italie en reçoit un million et demi, l'Allemagne deux millions et la petite Roumanie plus de 700 000.

Parmi ces 502 675 curistes, on compte seulement 1,34 p. 100 d'étrangers pourvoyeurs de devises. Comme vous pouvez le constater, monsieur le ministre, il y a vraiment quelque chose à faire pour le thermalisme français.

Qu'on ne me parle pas de dépenses excessives puisque la totalité des dépenses thermales ne représentent que 0,33 p. 100 du budget de l'assurance maladie. Un curiste, qui est accompagné en moyenne de 0,65 personne, prend à sa charge 41,7 p. 100 des dépenses, ce qui, par rapport à la structure des revenus par foyer établie en 1975 par Lattès, fait apparaître une nette sous-représentation des curistes appartenant aux catégories les plus modestes. Ainsi, le taux de remplissage annuel des 250 000 lits dans les quatre-vingt-seize stations agréées n'est que de 24,4 p. 100.

Votre effort doit porter sur trois axes.

D'abord, en ce qui concerne l'enseignement de l'hydrologie médicale, l'insuffisance manifeste du nombre de postes d'enseignement fondamental qui ne se renouvellent plus, la possibilité laissée aux U. E. R. d'enseigner ou non la crénothérapie avec la thérapeutique entraînent une dégradation progressive des connaissances chez les jeunes médecins qui seront les prescripteurs de demain. Comment pourront-ils prescrire en cette matière s'ils ne l'apprennent pas ?

De récentes enquêtes montrent que l'évolution du nombre de médecins thermalistes, en période de plein essor de la démographie médicale, est très faible, voire stagnante. L'âge moyen des médecins thermalistes est beaucoup plus élevé que celui de l'ensemble du corps médical français.

Le docteur Leroy, maire de Bains-les-Bains, écrit à juste titre qu'avec un forfait médical de 210 francs pour vingt et un jours de cure, un médecin thermal est aujourd'hui condamné à traiter au moins 1 200 curistes pour réaliser un chiffre d'affaires décent.

Toujours dans le cas de la commune de Bains-les-Bains, le docteur Leroy précise que l'on ne discute jamais une hospitalisation, encore moins une intervention chirurgicale pour le traitement d'une artérite entraînant un séjour à l'hôpital de trente jours, ce qui représente de quoi rembourser vingt cures de vingt et un jours.

Monsieur le ministre, vous devez donner votre accord à la reconnaissance d'une compétence thermale qui a été soumise à votre approbation par le Conseil national de l'ordre des médecins.

Ensuite, monsieur le ministre, des travaux privés conduits par des professeurs en renom, tels M. Berlioz, M. Laroche, M. Gaunel, M. Carri et M. Bentejac, ont montré qu'après traitement thermal, le coût des dépenses médico-pharmaceutiques avait diminué d'un tiers et l'absentéisme de 25 à 30 p. 100. Or, la commission de concertation créée entre la caisse nationale d'assurance maladie et la fédération thermale et climatique souhaite que de semblables études statistiques, officielles celles-là, soient entreprises à l'échelle de la France.

J'ai noté avec plaisir dans votre projet de budget pour 1980 qu'un effort important était consenti en matière d'études et de statistiques — avec une augmentation de 170 p. 100 — au profit de l'enquête santé en 1980, dont l'objectif est de mieux connaître la consommation médicale des ménages, et pour financer d'autres études.

Il vous est donc possible, monsieur le ministre, d'accéder au désir de cette commission et de prouver enfin que le thermalisme mérite toute l'attention du ministre de la santé, économiste des deniers.

Enfin, comment admettre qu'une telle richesse potentielle n'attire que 1,34 p. 100 de curistes étrangers ? Il faut, avec le concours des services du tourisme et de M. le ministre de l'environnement, aider simultanément la rénovation de nos établissements thermaux, l'équipement hôtelier et touristique de nos stations et leur promotion à l'étranger.

La fédération thermale, l'association des maires des villes thermales et toutes les parties intéressées sont sans doute prêtes à être les partenaires de l'Etat dans l'élaboration d'un véritable plan de relance du thermalisme français, qui aiderait, dans sa modeste sphère, à résoudre les problèmes cruciaux, qui se posent à notre pays : un moindre coût de la santé, l'emploi, l'amélioration de la balance des comptes par une rentrée supplémentaire de devises sans contrepartie. Nos richesses naturelles ne sont pas si nombreuses pour que l'on puisse se permettre de les négliger.

Je sais que l'on peut compter sur vous, monsieur le ministre, sur votre dynamisme et sur votre compétence, pour gagner ce pari économique. (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. Jagoret.

M. Pierre Jagoret. Monsieur le ministre, imprévoyance, incompetence, décision politicienne de dramatiser la situation, qu'importe ? Toujours est-il que le Gouvernement a dû de nouveau, au cœur de l'été, arrêter des mesures pour porter les ressources de l'assurance maladie au niveau de ses dépenses. Simultanément, il entend maîtriser la progression, jugée excessive, des dépenses de santé et, en premier lieu, hospitalières. La cible est facile puisque l'hôpital public est, en fait, géré selon les instructions de l'Etat.

Les hôpitaux publics se voient strictement interdire les budgets supplémentaires en dépassant des budgets primitifs. Ils ne peuvent majorer, en cours d'année, les prévisions de crédits qu'ils ont trop chichement établies en application d'instructions gouvernementales déjà restrictives pour tenir compte des hausses de prix et de salaires supérieures aux prévisions initiales. La mesure est plus sévère qu'il y paraît.

L'enveloppe de dépenses d'un établissement pour 1979 a été évaluée, au cours de l'année 1978, à partir des résultats connus de 1977. Les charges supplémentaires indispensables, qui existent cependant, devront être gagées sur des économies à réaliser sur d'autres postes. Tous les responsables se demandent d'ailleurs lesquels puisque le Gouvernement comptait sur une hausse des prix de 8 p. 100 qu'il faudra assumer dans tous les comptes.

La trésorerie même des hôpitaux est atteinte puisque l'on exige d'eux de rembourser, en un an, les avances permanentes consenties par la sécurité sociale.

Il est ainsi possible que l'année s'achève avec une croissance apparemment contenue des dépenses hospitalières. Mais les faits sont têtus et les besoins de financement non couverts seront nécessairement pris en compte pour l'établissement des budgets ultérieurs. En réalité, le coût de l'hospitalisation n'est en rien maîtrisé.

Pour 1980, les perspectives sont plus sombres encore. La circulaire du 15 septembre 1979 demande que l'augmentation des dépenses hospitalières brutes ne soit pas supérieure à 11,8 p. 100 en 1980 par rapport aux budgets approuvés de 1979. Cette mesure est plus sévère que les décisions analogues prises les années précédentes du fait de son application à l'ensemble des dépenses, y compris les amortissements, les frais financiers, les déficits des masses d'honoraires et les déficits d'exploitation des années antérieures, et du calcul de la hausse par rapport aux budgets primitifs de 1979, sans augmentation de l'activité ni accroissement de l'effectif du personnel.

Une telle sévérité est tellement caricaturale qu'elle est quasiment inapplicable. Il est donc techniquement impossible que les dépenses des hôpitaux tiennent dans l'enveloppe imposée, même s'ils appliquent toutes les consignes gouvernementales. Du reste, l'Etat est moins sévère vis-à-vis de lui-même puisque son budget augmentera de 14,5 p. 100 en 1980.

Quant à la réalisation des investissements, elle ne sera possible que dans la mesure où le surcoût de fonctionnement occasionné sera gagé par des économies réalisées ailleurs, au sein de l'établissement ou dans le département. Cela participe, avec le projet de loi dont le vote est en cours, à la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux publics, rien n'empêchant le secteur privé lucratif de combler le vide qui en résultera.

Vous courez donc à un échec dont les conséquences seront très lourdes. Le strict respect des normes nouvelles imposées aux hôpitaux les conduit déjà, ici et là, à mettre fin aux contrats des personnels non titulaires, afin de pouvoir payer les autres, et à différer au-delà des trois mois en vigueur le règlement des fournisseurs. C'est aussi la qualité des soins dispensés qui est en cause, sinon leur existence.

Les médecins, même garantis par les établissements, devront faire face à la mise en jeu fréquente de leurs responsabilités, la loi et la jurisprudence leur imposant de prodiguer les soins avec les moyens auxquels la science et la technique actuelle permettent de recourir.

Dans le même temps, les cliniques privées à but lucratif sont assez largement exonérées des mesures dont sont frappés les autres établissements.

La riposte aux agressions contre l'hôpital est urgente, mais elle s'avère difficile. En effet, l'hôpital est présenté par votre propagande comme démesurément dépensier, sans considération des services rendus. A l'inverse, lutter pour le maintien de la qualité des soins et de leur prise en charge passe pour un refus irresponsable et démagogique de toute action sur le coût de la santé.

Présenter ainsi les choses n'a qu'un objet : laisser croire que la politique conduite par le Gouvernement sous l'autorité du Président de la République est la seule, ce qui n'est pas le cas.

Le refus de la croissance des dépenses de santé n'est pas un dogme. Après tout, les dépenses de transport et de loisirs notamment, ont progressé plus vite sans qu'ici, au contraire, on s'en étonne. Il n'en reste pas moins que la maîtrise — qui ne signifie pas l'arrêt ni forcément le freinage — des dépenses de santé est nécessaire et que le système hospitalier doit être modifié.

S'il est vrai qu'il manque, ici ou là, des lits qui doivent être construits pour répondre aux besoins, il faut admettre aussi qu'il y en a suffisamment dans de nombreux endroits. Ce n'est pas pour autant approuver la fermeture des lits publics ou des lits en excédent par rapport aux autorisations du secteur privé commercial, mais vouloir que le même régime leur soit appliqué, autrement que de façon arbitraire et jacobine.

Choisir de limiter l'hospitalisation, perturbatrice de la vie familiale et sociale, aux seuls cas nécessitant des soins spécialisés et continus — cette orientation est d'ailleurs bien fondée — posera le problème de la capacité hospitalière avec plus d'acuité encore. Mais il importe que la diminution du nombre des lits ne mette pas en cause la santé, l'emploi des personnels hospitaliers. Par conséquent, il faut exiger, d'une part, de combler le retard accumulé dans l'encadrement des malades que connaissent généralement les établissements français par rapport à ceux de la plupart des pays comparables et, d'autre part, de mettre en place des structures de santé qui assureront le relais d'une hospitalisation réduite grâce, pour partie, aux personnels libérés par les hôpitaux.

L'enjeu n'est donc pas l'hôpital pour lui-même, mais la qualité des soins qui y sont dispensés, l'emploi et la qualification de ses personnels. Les défendre, c'est exiger les moyens d'une évolution admise de l'institution. Tel est notre combat.

Ce faisant, votre libéralisme avancé apparaît pour ce qu'il est, une illusion. S'il en fallait une preuve supplémentaire, je la verrai dans la dépossession des quelques pouvoirs qui restaient encore aux conseils d'administration et aux élus dans les hôpitaux contre laquelle s'élève également le parti socialiste. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Martial Taugourdeau. Monsieur le ministre, il n'y a pas qu'un seul responsable à l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie. Chacun des partenaires — pouvoirs publics, médecins, assurés sociaux — est concerné. Pour illustrer cette règle, je ne citerai que quelques exemples précis.

D'abord, dans le domaine hospitalier.

L'hospitalisation représente 54 p. 100 des dépenses de l'assurance maladie, avec une augmentation annuelle de plus de 20 p. 100. Je n'ai pas la prétention d'analyser toutes les causes de cette augmentation. Néanmoins, je souhaite appeler votre attention sur une cause à laquelle il pourrait être remédié.

L'organisation administrative des hôpitaux prévoit que le maire de la commune où se situe un centre hospitalier est, de droit, président de son conseil d'administration. L'opinion publique a tendance à assimiler ce conseil d'administration, présidé par le maire, au conseil municipal lui-même.

Dès lors, ce même administré croit, en toute bonne foi, que les impôts locaux qu'il paie ont servi à financer la construction de cet hôpital alors qu'en réalité, la ville n'a qu'une obligation : celle de garantir les emprunts contractés par l'hôpital.

Aussi et par voie de conséquence, il est tout à fait légitime que les conseils municipaux et leurs maires déploient beaucoup d'efforts pour obtenir soit la construction d'un hôpital, soit la création de lits.

Cette attitude ne peut être taxée d'électoratisme tant que cette confusion subsistera dans l'esprit du public.

Il faut donc trouver une solution pour éviter des créations abusives de lits sous la pression des élus municipaux, par suite d'une fausse évaluation des besoins réels de la population.

En effet, une fois les lits créés, il ne reste plus à la sécurité sociale qu'à payer le prix des journées, que ces lits soient vides ou occupés.

Sans modifier en profondeur la composition des conseils d'administration des hôpitaux, il conviendrait d'y renforcer la représentation des organismes payeurs — caisses d'assurance maladie, caisses de mutualité sociale agricole et de travailleurs non salariés — qui sont, comme les élus, les représentants des assurés sociaux.

La représentation du monde médical, hospitalier et non hospitalier est satisfaisante.

Je suggère donc que le président du conseil d'administration soit élu en son sein, le maire n'étant plus président de droit.

Très souvent d'ailleurs le secteur sanitaire couvert par un hôpital englobe non pas une, mais plusieurs communes et concerne donc une population parfois deux à cinq fois plus importante que celle de la ville où se trouve l'établissement.

Dès lors, il ne paraît pas injustifié que la présidence du conseil d'administration en soit confiée à un autre membre.

Par voie de conséquence, les garanties d'emprunts ne seraient plus accordées par la seule ville concernée, mais par le département.

J'ajoute qu'une telle solution aurait le mérite de mettre un terme à la confusion que j'ai précédemment évoquée, confusion dans l'esprit du public, entre le conseil d'administration de l'hôpital, d'une part, et le conseil municipal, d'autre part.

Le second exemple, toujours dans le domaine hospitalier, concerne plus particulièrement les médecins.

Vous savez, monsieur le ministre, que le produit de tous les actes médicaux, sans exception, est comptabilisé par l'administration hospitalière. Cette somme est destinée à rémunérer les médecins hospitaliers. Or, que la masse des honoraires soit supérieure ou non au montant global de leurs salaires, ils seront de toute façon payés!

Dès lors, on ne voit pas l'intérêt de cette comptabilisation des actes médicaux, qui ne fait qu'ajouter à la paperasserie administrative.

J'ajoute que si les actes médicaux n'étaient plus comptabilisés, certains médecins ne tireraient plus gloire de remplir les caisses de l'hôpital en multipliant les actes techniques.

Depuis quelque temps, nous assistons à une multiplication des échographies. Cet examen, qui n'est ni douloureux ni dangereux pour le patient, peut être multiplié à l'infini. Il remplit peut-être les caisses de l'hôpital, mais il vide celles de la sécurité sociale.

Le troisième et dernier exemple concerne l'assuré social lui-même.

La loi créant l'assurance maladie obligatoire a institué un ticket modérateur de 20 p. 100.

Dans l'esprit du législateur, cette participation de l'assuré devait modérer les dépenses de santé et « responsabiliser » l'assuré social.

Ce ticket modérateur a souvent disparu avec la création des mutuelles et l'instauration du tiers payant. Il est incontestable que cette pratique de gratuité totale des soins médicaux coûte cher à l'assurance maladie.

Je sais bien que les mutuelles pour équilibrer leur budget procèdent à une augmentation constante des cotisations, mais le mutualiste n'est pas toujours conscient de cette augmentation dans la mesure où celle-ci est souvent amalgamée à d'autres retenues sur salaire.

Il faut donc rétablir un ticket modérateur sur le petit risque. Les mutuelles couvriraient alors à 100 p. 100 les soins dispensés aux enfants et les dépenses d'hospitalisation.

Ces quelques exemples prouvent qu'il vous faudra, monsieur le ministre, non seulement une volonté politique, mais aussi beaucoup de détermination pour faire comprendre à l'opinion publique la nécessité de mesures parfois impopulaires.

Vous pouvez être assuré de mon soutien dans l'action que vous avez entreprise au service de la santé des Français. (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. Bord.

M. André Bord. Les problèmes relevant du département ministériel dont vous avez la charge depuis quelques mois, sont, monsieur le ministre, nombreux et délicats. Je souhaite personnellement que vous réussissiez à mener à bien la lourde tâche qui vous est confiée.

Le peu de temps dont je dispose me contraint à limiter mon intervention à trois sujets.

Le premier concerne l'application de la loi hospitalière.

Je regrette de devoir dire que l'esprit de la loi n'est actuellement pas respecté. J'en parle d'expérience puisque je siégeais il y a quelques mois encore à la commission administrative du C. H. U. de Strasbourg.

De deux choses l'une : ou l'on veut une gestion centralisée, technocratique et autoritaire — mais alors il faut avoir le courage de le dire, de mettre les faits et les textes en accord et d'abroger la loi hospitalière — ou l'on respecte la loi, c'est-à-dire les compétences et les responsabilités qu'elle accorde aux administrateurs.

Je souhaite vivement, monsieur le ministre, que vous me donniez clairement votre sentiment à cet égard : décentralisation ou centralisation.

Le deuxième sujet a trait aux cliniques privées à but non lucratif.

Je pense n'avoir pas à vous convaincre de l'utilité de ces établissements, particulièrement en Alsace ou en Moselle où, depuis des décennies, ils apportent une contribution essentielle à la protection de la santé de nos concitoyens.

Certains, pourtant, mal inspirés ou méconnaissant la situation, ont voulu leur mort il n'y a pas si longtemps. Ils ont échoué et nous devons nous en réjouir.

M. François Grussenmeyer. Très bien!

M. André Bord. Mais même si elle a évolué, la situation n'est pas encore satisfaisante — tant s'en faut — notamment en ce qui concerne la concertation dans le domaine des équipements hospitaliers.

Nous aurons l'occasion de revenir en détail sur cette question lors du réexamen du projet de loi relatif aux équipements sanitaires. Mais, d'ores et déjà, je crois devoir vous exprimer mes vives inquiétudes quant à l'esprit qui me semble avoir présidé à l'élaboration de ce texte. Si l'objectif poursuivi est louable, à savoir maîtriser les dépenses de santé, le moyen choisi, c'est-à-dire la réduction systématique des dépenses d'hospitalisation par la fermeture des lits et des services des seuls établissements assurant le service public hospitalier, me paraît très contestable, d'autant qu'à terme, il risque d'aboutir à exclure du service public hospitalier tous les établissements privés à but non lucratif.

Vous savez certainement mieux que moi, monsieur le ministre, que les établissements hospitaliers ne sont responsables ni de la prescription médicale, ni de l'élaboration de la réglementation sanitaire qui établit les normes techniques de sécurité et d'encadrement en personnel médical ou paramédical, ni des décisions fiscales et techniques les concernant, tous actes et toutes décisions qui déterminent le niveau des dépenses de fonctionnement de ces établissements.

Cela me conduit tout naturellement à mon troisième sujet qui est une réflexion d'ordre général déjà évoquée à cette tribune.

Il ne se passe pas de jour sans que l'on évoque la santé des populations ou le déficit de la sécurité sociale. Il en a été question tout au long de cette journée.

Tout à tour, sont désignés à la vindicte publique les pharmaciens, les laboratoires pharmaceutiques, les médecins, les gestionnaires des hôpitaux. Ils sont mis en accusation successivement ou ensemble souvent d'une façon aussi simpliste que le raisonnement que l'on nous tient sur la seule responsabilité, dans tous nos maux, de la crise du pétrole.

Je voudrais ouvrir rapidement une parenthèse pour déplorer qu'il n'existe pas de comptabilité fiable en ce qui concerne les dépenses de santé publique, les instruments de mesure économique étant, de l'avis même de certains spécialistes très imprécis.

Pour ce qui est plus particulièrement de la sécurité sociale, je note, monsieur le ministre, que l'on a présenté au public le déficit cumulé de trois années, sans doute pour mieux frapper l'imagination des populations. Mais le dossier était vide ; aucune mesure de réforme profonde n'était préparée ; il ne comportait que des mesures provisoires. Je sais que vous n'êtes nullement responsable de cet état de choses. Mais je tenais à le rappeler. Et je ferme la parenthèse.

Sans doute m'objecterez-vous que rien n'est simple ou que tout se tient. Ce n'est pas faux. Mais il me semble que l'on néglige un aspect essentiel que M. de La Palice ne désavouerait pas : si la santé des Français coûte cher, c'est peut-être — et même sans doute — parce qu'ils sont nombreux à ne pas être en bonne santé, parce qu'on n'a pas suivi une politique adéquate de prévention. Mon collègue, M. Héraud, en parlait cet après-midi.

Ne croyez-vous pas, monsieur le ministre, que si la France était une nation plus sportive, si l'on favorisait les activités physiques de notre jeunesse, si l'on incitait les Françaises et les Français de tous âges à pratiquer un sport et si on leur en donnait les moyens, nos populations s'en porteraient mieux et le budget de la sécurité sociale aussi !

M. Antoine Gissingier. Très bien !

M. André Bord. Malheureusement, le récent débat que nous avons eu ici lors de l'examen du budget de la jeunesse et des sports a démontré qu'on ne s'orientait pas dans cette voie.

Vous me répondez que vous n'êtes pas ministre de la jeunesse et des sports. Certes ! Mais vous pourriez, je crois, utilement et efficacement, avec votre collègue, M. Jean-Pierre Soisson, chargé de ce département ministériel, porter ce problème de la prévention devant le conseil des ministres et obtenir que le Gouvernement dégage les crédits nécessaires ou, s'il ne le peut ou ne le veut point, qu'il autorise la recherche de moyens extra-budgétaires non pas dérisoires, comme c'est le cas à l'heure actuelle, mais considérables comme cela pourrait être le cas, vous le savez bien.

M. François Grussenmeyer. Très bien !

M. André Bord. La santé des Français, monsieur le ministre, passe aussi par l'activité physique et sportive, la santé de votre budget également. Permettez-moi d'espérer. (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. Berest.

M. Eugène Berest. Monsieur le ministre, j'avais l'intention, comme tous mes collègues, d'émailler mon intervention de revendications, de considérations sur la santé, de suggestions sur la sécurité sociale, de requêtes pour l'hôpital de Brest. Mais j'ai lu, ces jours derniers, un rapport adressé au Président de la République, intitulé « Sciences de la vie et société ». Les quelques réflexions que m'a inspirées cette lecture seront, me semble-t-il, plus intéressantes que toutes mes observations personnelles.

Ce rapport concerne non pas directement votre budget, mais la mission de votre département ministériel. L'analyse y est d'autant plus pertinente qu'elle est raisonnable : pas de science-fiction, pas de prévisions génétiques extravagantes pour l'an 2000.

Je me bornerai à en citer deux ou trois passages.

On peut lire, page 82 : « Le taux de la prématuration, 11 p. 100 des naissances en 1970, atteint maintenant 5 à 6 p. 100 en France et on peut espérer voir baisser ce chiffre. Ceci laisse entendre la chute du taux des handicaps moteurs, mentaux et respiratoires dus à la naissance prématurée. La solution partielle du problème des handicaps dont la prise en charge totale représenterait 2 p. 100 du P. I. B., plus que tout le financement de la recherche scientifique et technique en France, serait une application chargée d'une valeur ajoutée humaine extraordinaire. » L'expression « valeur ajoutée humaine » ne me plaît guère, mais le pourcentage cité est impressionnant.

S'agissant de la nutrition, je lis, à la page 128, cette recommandation : « ... dès l'enfance, éviter en partie en prévenant la malnutrition protéique les séquelles mentales et physiques qu'elle

peut laisser ; éviter en limitant l'apport en sodium, calories, graisses saturées et sucre, les risques lointains mais possibles d'hypertension artérielle, d'obésité, de diabète, d'arthérome. »

Passant de considérations dans le temps à des considérations dans l'espace, je rapprocherai deux chiffres toujours extraits de ce rapport, à la page 266 : « On estime à quelque quatre millions le nombre de petits enfants dans les crèches » — qui coûtent cher à l'Etat et aux municipalités — et deux pages plus loin : « Il y a aujourd'hui environ 400 millions d'enfants qui souffrent gravement de la faim. Le risque est grand de voir ce nombre doubler en vingt ans. »

Nous ne pouvons pas ne pas rapprocher ces deux chiffres. Quatre millions d'enfants dans les crèches en France, nous ne pouvons que nous en féliciter malgré les conséquences sur leur psychologie, que signale le rapport, quand on sait que 400 millions d'enfants souffrent de la faim dans le monde et qu'ils seront 800 millions dans dix ou quinze ans.

D'après les auteurs du rapport, « En l'an 2000, sur les 6,2 milliards d'êtres humains, 4,5 milliards vivront dans des pays en voie de développement. »

Lorsque ce rapport définit les grands axes de la recherche médicale, il distingue pays développés et pays en voie de développement. Si dans les premiers les recherches sont orientées vers la lutte contre les méfaits de la civilisation, dans les seconds, toujours selon le rapport, « il ne s'agit plus ici de performances techniques réservées à des minorités de malades. Il s'agit de protection et de prévention contre des maladies qui, pour beaucoup, n'existent que dans les pays tropicaux. Ce sont des centaines de millions d'êtres humains qui souffrent ainsi de maladies graves. Comme celles-ci ne touchent guère les pays à forte recherche biomédicale, elles n'ont pas constitué un objectif prioritaire de la recherche jusqu'à une date récente. Ces « maladies oubliées » sont principalement les affections à parasites qui foront, sans nul doute, l'objet d'une recherche intensive et d'applications pratiques importantes dans les vingt années à venir. »

Monsieur le ministre, ces différents passages du rapport me conduisent à emprunter une image à la biologie. Nous voyons se constituer dans ce pays diverses cellules dans le monde des malades, dans le corps médical, dans le monde hospitalier qui toutes ont tendance à vivre leur propre vie — indépendantes les unes des autres, elles se refusent à accepter la responsabilité du déficit de la sécurité sociale. Elles ont toutes, bien entendu, en partie raison.

Je prendrai deux exemples.

Quand je présidais le conseil d'administration d'un C. H. R. et que me étaient soumises les demandes de la commission médicale, consultative, il m'arrivait souvent d'hésiter devant telle ou telle dépense, compte tenu du budget dont je disposais. Je suppliais alors des chefs de service de les modérer. Mais lorsque, pendant quelques semaines, je me suis retrouvé de l'autre côté de la barricade, c'est-à-dire soigné dans le même C. H. R., et que j'ai entendu dire qu'un jour le cathéter que j'avais dû subir serait sans doute remplacé par les ultra-sons, eh bien, en tant que patient, j'ai eu une tout autre opinion des dépenses de santé qu'en tant que président du conseil d'administration.

Je pense aux jeunes médecins — il y en a dans ma famille — face au problème que pose leur installation. Je sais qu'ils s'estimeraient relativement heureux s'ils pouvaient gagner ce que gagne un cadre moyen, c'est-à-dire environ 5 000 francs par mois.

Quant aux autres médecins — et vous voudrez bien m'excuser d'emprunter encore à ce qui est peut-être, pour moi, devenu une sorte de bible — je lirai encore une phrase du rapport que j'ai déjà largement citée : « La responsabilité des médecins s'est ainsi trouvée accrue de devoirs nouveaux. L'obligation de donner des soins conformes aux données actuelles de la science impose une formation médicale prolongée durant toute la vie professionnelle. »

Monsieur le ministre, en cette intervention, je n'ai pas voulu présenter des revendications ; je n'ai pas donné de solutions aux problèmes qui se posent à vous.

Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, si n'intervient pas un sursaut général, provoqué par une information totale sur la véritable situation, nous n'arriverons certainement pas à résoudre les problèmes que posent la santé et la sécurité sociale.

Ce sursaut, c'est à nous tous de le provoquer.

On a l'habitude de demander au Gouvernement d'assumer ses responsabilités, et il arrive que celui-ci fasse la même demande aux parlementaires. Mais, à mon sens, les responsables des cellules dont j'ai parlé, de ces cellules qui vivent souvent une vie trop cloisonnée, doivent aussi prendre conscience de leurs responsabilités. Il appartient au Gouvernement, aux parlementaires de manifester une volonté politique sans laquelle tout débat sur la santé et la sécurité sociale, même renouvelé chaque année, ne servirait à rien.

Je n'ai pas proposé de plan magique, monsieur le ministre. J'ai seulement voulu vous livrer quelques-unes de mes réflexions. (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. Grussenmeyer.

M. François Grussenmeyer. Bien que les orientations du VIII^e Plan témoignent d'une volonté évidente en faveur de la promotion de la famille et de la consolidation de la protection sociale des Français, votre budget, monsieur le ministre, ne traduit que très peu les légitimes appréhensions de notre société en cette fin du XX^e siècle.

Nous entrevoyons, certes, un effort financier en faveur d'une nouvelle politique de la famille, seule capable de répondre au tragique fléchissement démographique. Nous n'y trouvons cependant qu'une faible esquisse du développement de la prévention et de l'action sociale indispensable pour lutter résolument contre les inadaptations sociales et favoriser la vie associative. L'humanisation des hôpitaux, enfin, n'arrive pas à l'optimum maintes fois souhaité, et c'est regrettable lorsque l'on connaît les indispensables besoins en la matière.

J'aborderai maintenant quelques problèmes et préoccupations particulières, dont le règlement nous paraît s'imposer, dans un proche avenir, pour satisfaire les intéressés et aller ainsi plus loin dans le progrès de la couverture sociale des assurés.

Qu'en est-il, monsieur le ministre, des retards anormaux qui affectent la parution de certains textes nécessaires à la mise en application intégrale des lois relevant de votre ministère ?

Je pense en particulier à la loi du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale, à celle du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à celle du 12 juillet 1978 portant diverses mesures en faveur de la maternité.

Il est ainsi paradoxal de constater que, malgré les allusions fréquentes du Président de la République et des membres du Gouvernement en faveur des handicapés, la loi d'orientation du 30 juin 1975 n'a toujours pas reçu d'application en ce qui concerne la possibilité, pour les établissements privés de handicapés, de passer avec l'Etat des contrats. Cela serait pourtant vital pour nombre d'entre eux dont les possibilités financières sont proches de l'asphyxie.

Autre préoccupation majeure de notre temps : la situation des veuves civiles. Il est impérieux d'en arriver rapidement, pour les intéressées, à un véritable droit personnel et propre. En effet, il paraît insuffisant d'aménager, comme cela avait été fait notamment par la loi du 3 janvier 1975, les cumuls possibles et les taux de réversion, alors que les veuves réclament autre chose qu'un statut de dépendance qui les conduit tout droit à une situation perpétuelle d'assistées.

Certains ont suggéré l'institution d'une allocation mais nous savons ce que cela représentera en fait.

Les veuves, dans leur grande majorité, n'ont pu se constituer que de faibles droits à pension ; la naissance et l'éducation de leurs enfants, les ont empêchées d'avoir une carrière professionnelle régulière ou même de travailler ; pour que ces femmes deviennent des citoyennes à part entière, et non tributaires d'aléas sociaux ou familiaux, je demande avec insistance au Gouvernement de déposer dans les meilleurs délais un projet de loi leur garantissant un droit personnel. Comme l'affirmait la présidente de l'association des veuves civiles : « Le veuvage doit être reconnu comme risque social ». Il est d'ailleurs intolérable que l'allocation complémentaire versée par les mutuelles et à laquelle peuvent prétendre les veuves ne soit que très rarement versée automatiquement.

Sans aller jusqu'à affirmer que la « vie commence à soixante ans », il faut prévoir également un nouveau départ, et une nouvelle réinsertion sociale des personnes âgées. Pouvons-nous

accepter avec décence que ces millions de femmes et d'hommes se sentent trop souvent rejetés du tissu social et des relations humaines ?

J'aborderai en conclusion les problèmes en suspens propres à l'Alsace.

Permettez-moi de solliciter une fois encore — je le fais depuis vingt ans que je suis député — la prorogation du régime local d'Alsace et de Moselle. Les assujettis en seront d'autant plus sensibles qu'ils espèrent fermement que seront étendues au régime local la réforme de l'inaptitude au travail et la retraite à cinquante-cinq ans pour les veuves.

M. Pierre Weisenhorn. Très bien !

M. François Grussenmeyer. Il ne s'agit là que d'une simple question d'équité à leur égard. M. Weisenhorn vous en parlera tout à l'heure en détail, monsieur le ministre.

Je me permets de rappeler aussi, à l'occasion de cette discussion, la situation sociale des 27 000 travailleurs frontaliers alsaciens.

En ce qui les concerne, il est désormais prévu, lorsque le couple assume la charge effective et permanente des enfants, que l'allocataire est celui des conjoints désigné d'un commun accord ; si ce droit d'option n'est pas exercé, c'est l'épouse qui est l'allocataire. Ces dispositions, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1979, ont pour conséquence, dans la majorité des foyers de frontaliers, de faire intervenir deux organismes et rendent nécessaire un échange permanent d'informations entre les organismes étrangers et les caisses françaises.

Il paraît opportun à ce sujet, monsieur le ministre, de revoir ces règlements communautaires en donnant, dans tous les cas, compétence exclusive au pays de résidence de la famille, en l'occurrence la France.

Monsieur le ministre, il n'y a aucune politique de la santé qui vaille si elle n'a pour finalité essentielle une solidarité sociale renforcée, en particulier pour les catégories défavorisées.

Conscient et fort d'une tradition gaulliste de justice sociale que la V^e République a édifiée, notre pays doit, demain plus qu'hier, assumer un effort social des plus difficiles dans une conjoncture de crise.

Si la famille reste bel et bien cette cellule de base indispensable à tout véritable consensus social, si nos exigences de progrès et de développement sont enfin prises en compte, alors, et alors seulement, monsieur le ministre, nous pourrions proposer un meilleur destin à la France et aux Français. (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. Vizet.

M. Robert Vizet. Monsieur le ministre, à en croire le Gouvernement, la santé des Français serait devenue un luxe, un superflu.

Ainsi votre politique d'austérité ne s'applique plus seulement au pouvoir d'achat des travailleurs, à leurs conditions de vie les plus indispensables. Aujourd'hui vous allez plus loin dans la dégradation de la vie des familles ; vous allez jusqu'à attaquer leur santé, comme si la protection sanitaire était source de dépenses exagérées et de gâchis.

Après la réforme hospitalière, les attaques contre la sécurité sociale, la réforme des études médicales, considérant sans doute que les effets négatifs de ces mesures ne sont pas suffisamment rapides, vous procédez par circulaires pour imposer, dès cette année, la réduction des dépenses hospitalières, à l'encontre des prérogatives des conseils d'administration des établissements.

Cette politique malthusienne et autoritaire doit se traduire, par exemple, dans le département de l'Essonne, par des licenciements prévus à Arpajon, à Corbeil et à Dourdan — pour ne citer que ceux-ci — si la décision est maintenue de ne pas accorder de crédits supplémentaires. Cela est d'autant plus aberrant, injustifié que, dans tous les établissements, on manque de personnel.

Par exemple, à Arpajon, pour assurer un bon fonctionnement de l'hôpital, la qualité des soins, la sécurité des malades, non seulement les 86 auxiliaires sont nécessaires, mais il est indispensable de créer, en plus, 30 postes dans le cadre du budget 1980, ce qui, avec l'intégration des 86 auxiliaires, reviendrait à créer 116 postes.

De cette situation, bien sûr, découlent d'autres conséquences d'une extrême gravité.

Ainsi, les samedi et dimanche 10 et 11 novembre derniers, au service de réanimation — service d'urgence — il n'y avait aucune infirmière. La direction de l'hôpital a envisagé de fermer le service, puis, en catastrophe, elle a dû faire appel à une entreprise d'intérim pour avoir une infirmière.

On manque de matériel pharmaceutique ; les commandes sont bloquées. On est obligé par exemple d'aller chercher à l'hôpital de Longjumeau une aiguille pour faire une ponction lombaire.

Dans la maison de retraite du même hôpital, certains jours, les personnes âgées n'ont qu'un repas par jour, parce que le personnel est en nombre insuffisant.

Au centre hospitalier de Longjumeau, si le budget supplémentaire n'est pas accepté, le personnel ne pourra être payé en fin d'année.

A l'hôpital psychiatrique Barthélemy-Durand, à Etampes, pour faire face aux dépenses d'entretien, on veut rogner sur les crédits affectés à l'école d'infirmières.

A Dourdan, la limitation du nombre d'auxiliaires à 10 p. 100 des effectifs globaux aboutirait au licenciement de soixante personnes.

A Perret-Vaucluse, au centre hospitalier, alors que l'établissement tourne à plein, que des malades couchent par terre à certains moments, un projet de l'administration vise à réduire de 1 500 à 1 000 lits la capacité de l'établissement.

A l'hôpital Dupuytren-Joffre de Draveil, pendant la période des congés, les personnes âgées ne pouvaient être douchées que très épisodiquement en raison d'un manque de personnel.

A Orsay, les instructions gouvernementales risquent de mettre en cause la modernisation de 40 lits ainsi que le laboratoire jugé pourtant absolument indispensable. C'est pourquoi, monsieur le ministre, je vous prie d'accorder sans retard la dérogation demandée.

Mais le personnel, avec l'aide des élus, des médecins et des malades commence à engager la lutte. C'est ainsi que des premiers succès ont été obtenus à Corbeil, où le projet de seize licenciements s'est transformé en intégration, tandis qu'à Arpajon, à la suite d'une grève d'une semaine, avec l'appui du parti communiste français et de ses élus, les licenciements ont été suspendus. C'est la preuve que votre politique peut et doit être mise en échec, afin que soient octroyés aux budgets des hôpitaux du département des moyens qui leur permettent d'assurer la stabilité du personnel et, par conséquent, la qualité des soins dispensés aux malades.

De plus, permettez-moi de vous rappeler, à la demande de mon ami Jack Ralite, député de la Seine-Saint-Denis, le dossier concernant le centre hospitalier universitaire qui est prévu depuis quinze ans et n'est toujours pas réalisé. L'Assistance publique possède pourtant les terrains et, par conséquent, rien ne s'oppose à la réalisation de ce projet absolument indispensable à ce secteur de la région parisienne. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

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

M. Sébastien Couepel. Monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, il naît en France un handicapé physique ou mental toutes les vingt minutes, et les accidents de la route en ajoutent 50 000 chaque année.

Deux millions de personnes environ souffrent actuellement d'un handicap léger ou profond. Or, que leur infortune soit due à une défaillance chromosomique, à un accident du travail, de la circulation ou à une déficience de leur quotient intellectuel, les handicapés veulent vivre comme les autres. Leur handicap est un état ; il ne doit pas devenir un échec.

Depuis 1978, 18 milliards de francs leur ont été consacrés, soit une augmentation de 80 p. 100, en francs courants, par rapport à 1975. Les mesures d'application de la loi d'orientation du 30 juillet 1975 sont désormais en vigueur grâce à la parution de 48 décrets et au renforcement des administrations départementales.

Les crédits finançant la garantie des ressources des travailleurs handicapés s'élèvent à près de 800 millions de francs pour 1980, soit une progression de plus de 60 p. 100 par rapport à l'an dernier.

Cependant, l'action entreprise ne doit pas s'arrêter là. Pour la grande masse des handicapés, si l'on met à part le secteur du travail protégé, insuffisamment développé, l'insertion ou la réinsertion professionnelle est très difficile à réaliser.

La loi du 30 juin 1975 a, certes, mis en branle une dynamique autour du droit reconnu au travail pour tous les handicapés ; mais le système économique ne suit pas. Il y a plusieurs raisons à ce divorce entre l'intention généreusement proclamée et l'insuffisance des résultats.

Composé, pour l'essentiel, de centres privés, le dispositif de formation professionnelle connaît une capacité d'accueil insuffisante — sur 9 000 handicapés candidats chaque année, seuls 5 000 environ entrent en formation — et une répartition géographique trop inégale.

Cette loi du 30 juin 1975, représentant un progrès décisif, doit assurer dès à présent aux handicapés l'exercice réel d'un droit à l'éducation, d'un droit au travail, d'un droit à l'autonomie financière.

En dépit de son coût, qui incombe pour les deux tiers à la sécurité sociale, et des mesures de plus grande vigilance, qui doivent concerner les dépenses, l'effort d'équipement entrepris doit être activement poursuivi.

S'agissant de l'orientation, monsieur le ministre, vous connaissez trop les difficultés de fonctionnement des Cotorep et des C. D. E. S. pour qu'il me soit nécessaire d'insister sur ce point.

Je veux maintenant revenir sur une situation plus locale et appeler votre attention sur les structures Impro pour déficients intellectuels moyens au niveau du département des Côtes-du-Nord.

A la rentrée de 1979, 25 enfants restent en liste d'attente et 25 enfants originaires de l'Ouest du département fréquentent des Impro dans le Finistère.

Les commissions travaillant tout au long de l'année scolaire, cette liste de 25 noms va prendre de l'importance. Un besoin de créations existe dans l'ouest du département.

Tant au niveau départemental qu'au niveau régional, les personnes responsables ont donné des avis favorables pour le financement de l'Impro prévu à Ploumagoar. Cependant la situation est bloquée car aucun crédit n'existe au niveau de la région pour des créations nouvelles.

Sur le plan de la gestion pure du nombre de lits en I. M. E., il est évident que ce genre de problème peut théoriquement être résolu, compte tenu des places vacantes dans les établissements recevant des déficients intellectuels semi-éducables.

Le transfert d'agrément de telle ou telle section de structure existante serait une opération simple à réaliser, mais ne correspondant absolument pas au problème éducatif posé, ni à la zone géographique à desservir.

Si l'Impro de Ploumagoar n'ouvre pas, il sera nécessaire de rechercher une autre structure pouvant accueillir des adolescents déficients intellectuels moyens dans la partie ouest du département. Il y a là une situation difficile pour la C. D. E. S. qui est obligée d'indiquer aux familles que les enfants sont inscrits sur une liste d'attente sans pouvoir leur apporter la garantie d'une inscription réelle dans un délai raisonnable.

Le problème de gestion globalisée des lits en I. M. E. ne peut donc avoir qu'une portée relative limitée à un même type de handicap.

Comme on le voit, les problèmes de l'inadaptation des handicapés sont loin d'être résolus dans une société qui a beaucoup plus tendance à faire de la ségrégation que des efforts en faveur de ceux qui n'ont pas la chance de naître ou de vivre tout à fait comme les autres.

Reconnaissons cependant le travail accompli par de nombreuses associations qui ont pris en charge des enfants, des adolescents, des adultes handicapés et qui, avec des moyens souvent insuffisants, ont cherché et cherchent encore à les guider vers l'autonomie individuelle, vers la réinsertion sociale et vers un épanouissement maximum en collectivité. Nous ne pouvons nier ce travail gigantesque et nous devons donner à ces organismes les moyens de continuer l'action qu'ils mènent avec beaucoup de désintéressement.

L'insertion professionnelle des handicapés est, avant tout, un état d'esprit où se rencontrent la volonté des handicapés de vivre comme les autres et celle de la société, qui doit

satisfaire ce désir absolument légitime. (*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. Royer.

M. Jean Royer. Monsieur le ministre, le problème de la gestion des hôpitaux publics domine tout le débat sur la santé publique depuis déjà plusieurs années.

D'entrée de jeu, j'observerai que la pratique du prix de journée et la limitation autoritaire des dépenses hospitalières, notamment des hôpitaux publics, ne me semblent nullement propres à améliorer la gestion de nos hôpitaux. Puisque je veux surtout être constructif, je me permettrai, en m'appuyant essentiellement sur les dispositions en vigueur et à la lumière de mon expérience personnelle de plus de vingt années passées à la tête d'un hôpital public de 4 000 lits, de vous indiquer comment vous pourriez procéder.

D'abord, j'appelle votre attention sur l'application de la loi du 31 décembre 1970, dont l'article 52, alinéa 2, demande l'analyse des coûts de gestion des hôpitaux publics pour chaque prestation. C'est un texte qui permet de mettre en évidence ces coûts et d'agir sur leurs éléments constitutifs.

Ainsi que vous l'avez fait pour plusieurs hôpitaux, notamment celui de Chartres, vous devriez pouvoir respecter partout cet article 52 en pratiquant, non le prix de journée actuel, mais le prix de journée éclaté, en quatre éléments : frais forfaitaires d'admission, pour la constitution du dossier de chaque malade ; le prix de journée d'hébergement, valable pour tous les services de l'hôpital concerné ; le prix de journée de soins, correspondant, pour chacun d'entre eux à la logistique des services, à la quantité de matériel, aux frais de fonctionnement du plateau technique, y compris les frais de personnel médical ; enfin, le prix des soins plus particulièrement spécialisés, c'est-à-dire des analyses de laboratoire, des examens radiologiques ou des opérations. Ces frais seraient en quelque sorte des frais personnalisés, s'ajoutant aux autres.

Ainsi, chaque malade pourrait recevoir une facture individualisée, afin qu'il se sente bien responsable de son séjour dans un établissement hospitalier, au lieu de se confondre dans l'anonymat que suppose l'application stricte d'un prix de journée uniforme.

En tout état de cause, pour ce qui est de l'application de la loi du 31 décembre 1970 vous avez engagé de bonnes expériences dans deux grands hôpitaux.

Ensuite, il conviendrait de respecter le décret du 24 mars 1978, qui est mon deuxième point d'appui législatif. A cet effet, il faudrait, certes, globaliser le budget de chaque hôpital, mais à partir, d'une part, d'une étude budgétaire par service ; d'autre part, par la mobilisation, dans chaque service, de la responsabilité financière du corps médical. Tant que les chefs de service de nos grands hôpitaux ne se sentent pas concernés par le coût même des services éminents qu'ils fournissent aux malades, nous n'aurons progressé en rien dans le domaine des structures, et dans la pratique. Enfin, l'autorité de tutelle, plutôt que de se livrer à un contrôle *a posteriori*, et de donner son accord sur un prix de journée global, devrait procéder à un contrôle *a priori*, par le biais d'une concertation adaptée, en particulier avec chaque service intéressé.

Puisque je ne dispose que de quelques minutes, je terminerai en vous rappelant que, pour couronner le tout, il conviendrait de substituer le contrat à la contrainte. Plutôt que de nous imposer autoritairement une limitation de nos disponibilités et de nos dépenses, il vaudrait mieux laisser le champ libre à la négociation, à la concertation. Mais entre qui et qui ? D'abord, entre la commission médicale consultative et le conseil d'administration, c'est-à-dire entre le corps médical et les administrateurs ; ensuite, entre le conseil d'administration, la sécurité sociale et l'Etat. Pour les 35 grands hôpitaux publics de France et même pour tous les hôpitaux privés, cette technique de la contractualisation permettrait de respecter les lois et de mobiliser toutes les responsabilités. En effet, pour rééquilibrer les dépenses de santé publique par rapport à nos ressources, pas plus que pour ralentir l'inflation et réduire le chômage nous ne saurions mieux faire que d'appeler à une véritable mobilisation des bonnes volontés et des efforts concertés des Français.

J'ai pensé de mon devoir de président de conseil d'administration d'un hôpital, dont le budget est le double de celui de la ville que j'administre, de vous apporter ces conseils.

Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, qu'un projet de loi ou une proposition de loi, qui irait dans le sens de mes observations et d'une politique contractuelle de la gestion hospitalière pourrait être discuté ici ? (*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. Weisenhorn.

M. Pierre Weisenhorn. Monsieur le ministre, je me bornerai à vous poser quelques questions relatives au régime local des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, s'agissant de l'avenir des charges sociales et des prestations du régime d'assurance vieillesse. En effet, ce régime local, auquel les Alsaciens et les Lorrains tiennent fort, semble devoir être remis en cause.

Votre prédécesseur, Mme Simone Veil a supprimé, vous n'êtes pas sans le savoir, le bénéfice de la majoration des deux années d'assurance supplémentaires par enfant élevé pendant au moins 9 ans avant son 16^e anniversaire, accordé aux assurées du régime général de la sécurité sociale pour la détermination de leurs droits à pension de vieillesse de ce régime, dans nos trois départements.

Dans sa réponse du 5 avril 1979 à ma question écrite du 3 février, Mme le ministre m'a opposé l'argument du rapprochement de tous les régimes de base existants. Une commission d'harmonisation entre le régime local alsacien-lorrain et le régime du restant de l'hexagone a d'ailleurs fonctionné, il y a quelques années, sous la présidence de M. Jean Foyer.

Dans le régime local, les assurés des trois départements paient une cotisation sociale supérieure de 1,5 p. 100 : la couverture sociale remonte à 1883, c'est-à-dire à une époque où les trois départements étaient rattachés à l'Allemagne. C'est alors qu'y furent créées les premières dispositions tendant à instituer une sécurité sociale.

Lorsqu'en 1930 les assurances sociales furent instituées en vieille France, le régime local s'avérait plus avantageux fut conservé. Il était appréciable notamment parce qu'il assurait la gratuité totale des actes médicaux. En outre, le malade était lié à un médecin.

Les assurés bénéficiant de la retraite du régime local voient actuellement leurs pensions calculées sur l'ensemble des années de travail, et non pas seulement sur les dix meilleures années de leur activité.

La prise de position brutale de Mme Simone Veil, indiquant que le régime local connaissait un déficit important, évalué par elle à 1 150 millions de francs pour 1978, entièrement couvert par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, est totalement inacceptable, à mon avis, et je vais vous dire pourquoi.

Premièrement, la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg servait, au 31 décembre 1978, 167 413 pensions du régime local, pour un montant de 2 594 117 327 francs. Les pensions réglées à ces assurés ne peuvent, à mon sens, être imputées au régime local que pour la différence avec le montant dû au titre du régime général et le montant servi au titre du régime local.

Deuxièmement, il convient de le souligner, le nombre des prestations servies en vertu des dispositions du régime local est en constante régression. La répartition des prestations contributives en cours de service s'établit, en effet, comme suit. En 1976 les pensions du régime local représentaient 62,4 p. 100 du total des pensions servies ; en 1978 elles n'en représentaient plus que 56,7 p. 100.

On constate donc une régression régulière du nombre des pensions du régime local au profit du régime général. Au titre de l'exercice 1978, seulement 25,25 p. 100 des prestations ont été liquidées au titre du régime local par la caisse de Strasbourg.

Au demeurant, et vous l'admettez, monsieur le ministre, les populations des trois départements ne bénéficient de la circonstance d'aucun passe-droit. Il s'agit de prestations sociales exemplaires, versées grâce à l'effort consenti par ces assurés sociaux, à cause non seulement de l'ancienneté du versement des cotisations par les salariés, mais encore du taux plus élevé de leurs cotisations.

Mais il y a plus. Il paraît indispensable de prendre en considération les incidences financières de l'allocation supplémentaire versée au titre du fonds national de solidarité. En

effet, les pensions du régime local, grâce aux cotisations versées, atteignent en moyenne des chiffres excluant le bénéfice de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité.

A cet égard, les chiffres sont particulièrement éloquentes. Les statistiques publiées pour l'exercice 1977 font ressortir que pour toute la France il y avait 716 204 pensionnés sur 4 561 378 qui bénéficiaient de l'allocation du fonds national de solidarité, soit 15,70 p. 100 du nombre des titulaires de pensions vieillesse. Pour la région Alsace-Moselle, ne bénéficient de l'allocation du fonds national que 16 007 personnes sur un total de 292 548 prestataires, soit 5,47 p. 100 de la masse régionale.

Du fait que les dépenses supportées en 1977 par la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg au titre du fonds national de solidarité étaient de 63 millions de francs, on peut valablement déduire que, si le pourcentage des bénéficiaires du fonds national de solidarité était, dans la région, égal au pourcentage national, le montant des dépenses serait à majorer par le coefficient 15,70 divisé par 5,47.

Notre région apporte donc une atténuation non négligeable de 119 millions de francs aux dépenses du restant de l'hexagone.

Dans le même ordre d'idées, si le montant des dépenses globales découlant de la mise en application du fonds national de solidarité est régulièrement publié, il n'en va pas de même pour les recettes collectées dans la région — à cet égard aucun chiffre n'est connu.

Il serait peut-être intéressant d'établir, sur le plan régional, la balance des recettes et des dépenses de fonctionnement du fonds national de solidarité.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Weisenhorn.

M. Pierre Weisenhorn. J'en ai terminé, monsieur le président.

Je serais heureux, monsieur le ministre, d'entendre vos réponses, car nos populations ont l'impression d'avoir été injustement traitées par votre prédécesseur au ministère de la santé et de la famille.

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

M. Charles Revet. Monsieur le ministre, dans le cadre de l'examen des crédits du ministère de la santé et de la sécurité sociale — un projet de budget important — j'aborderai quatre problèmes qui me paraissent préoccupants : les handicapés adultes, l'aide à domicile aux personnes âgées, la situation des médecins et la place des établissements hospitaliers de moyenne dimension.

Un grand effort, et qui mérite d'être souligné, a été fait pour venir en aide aux jeunes handicapés et à leurs familles. Mais celles-ci se trouvent confrontées à de graves difficultés dès que ces handicapés atteignent un certain âge, car il n'existe que très peu d'établissements pour les accueillir. Sans doute les familles sont-elles les mieux placées pour les recevoir. Mais ils ont besoin de soins particuliers à cause de leur handicap physique et, en dépit de toute leur bonne volonté, les parents sont souvent désemparés. Ces jeunes, qui avaient fait des progrès importants, grâce au travail sérieux et patient des éducateurs, perdent vite cet acquis ô combien précieux ! C'est un problème que nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'évoquer avec M. Hoeffel lors de sa visite à Saint-Martin-du-Bec.

Quelques mots sur un handicap d'un autre genre qui touche de nombreuses familles. Je veux parler du handicap consécutive à l'usage de la drogue, qui provoque le désarroi parmi les parents. Nous devons nous montrer attentifs à ce fléau qui tend à se répandre d'une manière inquiétante.

Pour l'aide à domicile des personnes âgées, nous risquons de rencontrer des difficultés. L'action se développe rapidement, et nous ne pouvons que nous en réjouir. Elle va dans le sens de la politique définie par le Président de la République pour l'amélioration des conditions de vie de ces personnes qui doivent être maintenues le plus longtemps possible dans leur domicile. C'est la nouvelle orientation : elle répond au vœu d'un très grand nombre de ces personnes, tout en coûtant moins cher à la collectivité car, il faut le reconnaître, dans les maisons de retraite, les prix de journée atteignent souvent des niveaux relativement élevés qui interdisent la généralisation de cette formule.

Serait-il impossible d'adopter un système intermédiaire, proche du foyer-logement ? Logées dans les appartements qui ne leur seraient pas spécialement réservés, les personnes âgées pourraient vivre au milieu des personnes d'autres générations, mais en bénéficiant d'un système d'assistance plus développé, une assistance assurée par des personnes vivant à proximité, et d'une sécurité plus grande. En outre, elles devraient recevoir une aide supérieure à celle qui est prévue dans le cadre de l'aide ménagère.

Pour l'aide ménagère normale, je l'ai dit, nous risquons de connaître des difficultés car les caisses doivent financer la dépense au titre des prestations supplémentaires qu'elles accordent à leurs assurés, alors qu'il paraîtrait logique, étant donné l'importance que revêtent ces aides et le service qu'elles rendent, que la dépense soit financée au titre des prestations normales, à l'instar de la prise en charge d'un prix de journée.

Quant aux médecins, ils manifestent une inquiétude compréhensible puisqu'ils sont directement concernés par la réforme de la sécurité sociale. A mon avis, le problème est aggravé par l'arrivée de très nombreux jeunes médecins. Monsieur le ministre, je me suis demandé, et vous pourriez considérer ma question comme une suggestion, si nous ne pourrions pas profiter de l'occasion pour renforcer certaines actions ou en entreprendre de nouvelles. Par exemple, en faveur de la médecine scolaire un effort considérable est à faire. En outre, nous aurons à réexaminer, dans quelques semaines, la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse. Quelle que soit la position de chacun à l'égard de cette loi, tout le monde, je pense, est d'accord pour souhaiter la prévention. Qui, mieux que des médecins pourrait fournir dans les familles, mais peut-être, et surtout, dans les lycées et les collèges, l'information indispensable sur les méthodes de prévention ? Peut-être pourrions-nous aider aussi les jeunes médecins qui le souhaiteraient à s'expatrier quelques années, notamment en Afrique. Nous accomplirions une action humanitaire qui correspondrait bien à la vocation de la France et nous servirions ainsi le rayonnement de notre pays à l'étranger.

Enfin, quelle sera la place future des établissements hospitaliers publics ou privés de moyenne dimension ? Certes, la réorganisation actuelle est sans doute nécessaire mais les responsables sont inquiets car ils craignent que, dans les choix qui devront être faits, la priorité ne soit donnée aux établissements importants. Je vous demande de les rassurer car les établissements de moyenne dimension rendent à nos populations, dans de bonnes conditions, un service apprécié.

Monsieur le ministre, la réforme difficile que vous entreprenez nécessite que chacun y apporte sa contribution. Pour notre part, nous y sommes prêts.

Il serait en effet inconcevable que, par refus de voir la réalité en face, nous risquions de remettre en cause cette institution de la sécurité sociale à laquelle nous sommes tous attachés. (*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. Geng.

M. Francis Geng. Monsieur le ministre, l'année qui s'achève aura été, au regard des problèmes financiers de la santé et de la sécurité sociale, celle du diagnostic et des traitements d'urgence : deux relevements des cotisations de sécurité sociale, un rapport d'une commission parlementaire d'enquête, un projet de loi actuellement déposé et une circulaire déjà appliquée sur les budgets des hôpitaux.

Néanmoins, le patient continue à subir des accès de fièvre, telle la grève récente des professions médicales, malgré la compétence et le dévouement de la nouvelle équipe de médecins appelés à son chevet, vous-mêmes, monsieur le ministre et messieurs les secrétaires d'Etat.

Je traiterai de trois points : l'orientation générale du budget, les problèmes financiers de l'assurance maladie et la gestion des hôpitaux.

L'orientation générale du budget. Avec presque 29 milliards de francs, les dotations en faveur de la santé augmenteront, en 1980, de 13,2 p. 100 par rapport à 1979, soit environ un point de moins que l'ensemble des charges de l'Etat pour l'année à venir.

L'effort pour maîtriser l'évolution des dépenses me semble un point positif, ou, à tout le moins, une tentative courageuse.

Mais, si l'on pousse un peu plus loin l'analyse, cette progression d'ensemble de 13,2 p. 100 se décompose en une augmentation de 14,9 p. 100 pour les dépenses de fonctionnement et une diminution de 8,2 p. 100 des dépenses d'investissements. Les subventions d'équipement pour les hôpitaux ne diminuent qu'assez faiblement, ce qui peut se justifier dans la mesure où, après les programmes ambitieux de ces dernières années, notre capacité hospitalière peut être tenue pour suffisante.

Plus étonnante me paraît la forte diminution des subventions d'investissement pour les équipements à caractère social : moins 9,2 p. 100 en autorisations de programme et moins 28,5 p. 100 en crédits de paiement. Or, nos installations pour les adultes handicapés et pour les personnes âgées sont loin d'être suffisantes, chacun le sait. Ainsi, l'effort de rigueur porte-t-il, comme trop souvent, sur l'équipement.

Si les crédits pour les services extérieurs, c'est-à-dire les directions des affaires sanitaires et sociales, et les crédits pour les études et la recherche médicale connaissent une progression qui sauvegarde l'essentiel de leurs missions, deux secteurs sont oubliés.

Le premier est l'action sanitaire, dont les dotations n'augmenteront que de 4,7 p. 100, soit, en francs constants, une diminution d'environ 5 p. 100. Cela signifie que les actions de lutte contre le cancer, la tuberculose, les épidémies, la toxicomanie, pour la protection maternelle et infantile, la contraception ou la médecine scolaire, ne percevront que des moyens financiers restreints, même si, çà et là, certaines priorités ont pu être marquées.

L'autre secteur est celui de la formation des personnels sanitaires et sociaux dont les dotations n'augmenteront que de 7 p. 100, alors que les besoins demeurent essentiels.

Faut-il rappeler cependant qu'on ne peut guère évaluer la politique de santé avec le seul budget du ministère ? En 1978, alors que les crédits de Mme Veil ne s'élevaient qu'à 21 milliards de francs, les dépenses médicales nationales de santé, financées à 68 p. 100 par la sécurité sociale, ont atteint 162 milliards de francs.

Deuxième point de mon intervention, les problèmes financiers de la sécurité sociale, qui doivent être abordés avec courage.

Il ne faut pas se dissimuler le caractère extrêmement préoccupant de l'évolution des dépenses de santé financées par l'assurance maladie.

La généralisation de la couverture sociale, les progrès enregistrés tant en matière de diagnostic que de thérapeutique, mais aussi l'élévation du niveau de vie et l'exigence grandissante de nos contemporains ont pesé sur l'accroissement des dépenses. Avec une progression de l'ordre de 19 à 20 p. 100 par an, elles représentent bientôt une charge insupportable pour la collectivité.

En effet, dans la même période, la production intérieure brute ne croît que de 12 à 13 p. 100. Quant aux recettes, fondées pour la plupart sur les salaires, leur augmentation d'environ 12 p. 100 reste soumise aux aléas de la conjoncture.

Il y a là un déséquilibre structurel entre les ressources et les dépenses.

La comparaison de ces éléments montre l'impossibilité où l'on se trouvera bientôt, quel que soit le mode de financement envisagé, de faire face aux dépenses qu'entraînera la demande de soins médicaux. La limite des facultés contributives de la collectivité est d'autant plus proche que l'ensemble des prélèvements obligatoires représente près de 40 p. 100 de la P. I. B., soit un pourcentage plus élevé que chez nos partenaires.

Il est cependant de première importance de permettre à tous les Français d'exercer leur droit à la santé, de bénéficier des soins que nécessite leur état et des progrès accomplis dans les diverses disciplines médicales.

Il est indispensable de maîtriser les dépenses de santé, mais il nous appartient de rendre cette nécessité compatible avec les impératifs tenant à l'intérêt du malade et d'éviter que ce souci ne mette en péril tout un pan de l'industrie et de la recherche française.

Deux soucis doivent nous guider dans la recherche du progrès social et économique : procéder par action concertée plutôt que par contrainte et éviter les effets pervers de certaines décisions spectaculaires qui risquent de compromettre gravement l'avenir.

L'action concertée exige des différents agents qu'ils soient informés des données du problème et mis en mesure d'avoir une attitude responsable.

Je pense là, bien sûr, aux membres des professions médicales et paramédicales qui ont déjà prouvé qu'ils étaient capables d'autodiscipline.

Une conférence annuelle de la santé rassemblant tous les partenaires sociaux, comme pour le monde rural, pourrait être cette instance de concertation. Il est souhaitable qu'elle se crée le plus rapidement possible.

En effet, des mesures coercitives nuisent au caractère libéral de la médecine. Elles ne peuvent, à terme, avoir qu'un effet néfaste sur la qualité des soins dispensés. Il importe de leur préférer le dialogue et l'information. Dans cette optique, renforcer la formation économique des membres des professions médicales paraît indispensable.

Les assurés sociaux aussi, les premiers intéressés dans le financement de l'assurance maladie, doivent être éclairés pour prendre leurs responsabilités. Dans cet esprit, il serait souhaitable de permettre à chacun de savoir ce que lui coûte la sécurité sociale en cotisations ouvrières et patronales.

Ainsi les conduites des divers agents individuels du système de santé pourraient être modifiées dans le sens d'une plus grande responsabilité.

Il faut aussi se garder de subordonner l'avenir d'un secteur non négligeable de notre économie à des préoccupations tenant à l'équilibre à courte vue de la sécurité sociale.

Il faut bien reconnaître que, jusqu'à présent, c'est surtout en fonction de la situation financière de l'assurance maladie que l'opinion s'est intéressée à l'industrie du médicament.

Bien sûr, l'industrie pharmaceutique n'est pas une industrie comme les autres et les pouvoirs publics ne peuvent se désintéresser de l'une des pièces maîtresses des dispositifs de protection sanitaire des Français.

Cependant, on ne peut, au nom de l'équilibre de la sécurité sociale, accepter de sacrifier une industrie en plein essor.

Une telle démarche serait d'ailleurs inefficace puisque la part des spécialités pharmaceutiques ne représentent que 13 p. 100 des dépenses de l'assurance maladie du régime général, et moins de 5 p. 100 du total des dépenses de la sécurité sociale.

Une telle démarche serait surtout dangereuse : par ses effectifs — près de 65 000 salariés — par le volume de ses investissements qui dépassent le milliard de francs, par son ouverture sur l'extérieur — avec 13 p. 100 des échanges mondiaux elle place la France au quatrième rang des pays exportateurs — l'industrie pharmaceutique représente l'un des atouts de notre expansion économique.

Ai-je besoin de rappeler son rôle moteur pour la recherche ? Selon les données les plus récentes dont on dispose et qui résultent d'une enquête effectuée en 1976 par la délégation générale à la recherche scientifique et technique, le pourcentage du budget de recherche de l'industrie pharmaceutique, par rapport à la valeur ajoutée de cette branche, atteignait 18,5 p. 100, non compris les efforts de recherche des sous-traitants, contre 2,3 p. 100 en moyenne pour l'ensemble des industries françaises.

Ce résultat classait l'industrie pharmaceutique française au second rang derrière l'industrie aéronautique.

Or la recherche pharmaceutique est financée à 93 p. 100 par les ressources propres des entreprises. Si l'on veut que l'industrie française du médicament se maintienne dans la compétition internationale et n'aboutisse pas un jour ou l'autre, et peut-être prochainement, dans les services de cette « infirmerie » des entreprises qu'est le C. I. A. S. I., il est urgent et indispensable que, loin d'alourdir ses contraintes, on desserre le carcan financier qui l'enserme.

Les prix français, qui sont parmi les plus bas du monde, ne permettent plus aux industries pharmaceutiques de couvrir leurs frais : 1,5 p. 100 d'augmentation en moyenne sur l'année pour 1979, alors que les charges augmentent de plus de 12 p. 100.

A une époque où la concurrence internationale se fait plus vive, une libération progressive des prix et un desserrement des contraintes administratives sont indispensables.

Malheureusement, les mesures contenues dans le projet de loi que nous aurons bientôt à débattre à propos du financement de la sécurité sociale et qui visent à imposer aux laboratoires des charges supplémentaires me paraissent refléter une tendance inverse qui crée un danger majeur pour l'économie nationale et, à terme, une lourde menace pour la maîtrise des dépenses de santé, dans la mesure où l'affaiblissement de notre industrie nationale nous ferait dépendre de l'innovation et des prix des laboratoires étrangers.

J'évoquerai, en dernier lieu, la circulaire ministérielle du 29 mars 1979 relative au contrôle de l'exécution des budgets et de l'activité des établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure.

Là comme ailleurs, la rigueur s'impose dans la gestion, mais des directives trop générales s'appliquant indistinctement aux hôpitaux importants, C.H.U. ou C.H.R., et aux hôpitaux locaux et ruraux engendrent des difficultés parfois insurmontables, et il m'apparaît nécessaire que ces mesures soient différenciées et appliquées avec souplesse.

Il en va ainsi de la règle du respect strict des budgets primitifs où des virements de compte à compte se révèlent possibles pour les grands établissements qui disposent de grandes masses budgétaires, mais impossibles pour les petits hôpitaux, compte tenu des limites étroites de leur budget et de leur gestion très serrée.

De la même façon, si les cellules de gestion bien étoffées et parfois informatisées des grands hôpitaux permettent à ces derniers de tenir la comptabilité des dépenses engagées, il n'en va pas de même pour les petits établissements. Il risque de s'ensuivre de nouvelles charges qui vont à l'encontre de l'objectif recherché : la limitation des dépenses hospitalières.

Là encore, il faut souplesse et adaptation.

Enfin, ne serait-il pas judicieux d'établir des sortes de « ratios de gestion » entre des hôpitaux comparables pour déceler des anomalies et des grandes disparités parfois incompréhensibles dans la facturation du prix de journée ?

Voilà, monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, les quelques réflexions dont je voulais vous faire part.

Votre tâche est rude ! Mais nous connaissons votre dynamisme, votre détermination d'aboutir, votre volonté de dialogue. Soyez assurés que dans votre mission indispensable pour l'avenir du pays, vous pouvez compter sur notre appui. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française.)

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

M. José Moustache. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous sommes obligés de souligner les progrès remarquables qui ont été accomplis dans nos départements d'outre-mer en ce qui concerne la santé.

Cependant, monsieur le ministre, il est inquiétant de constater que les crédits de votre budget ne progresseront que de moins de 10 p. 100, alors que le budget, dans son ensemble, aura une augmentation de quelque 13 p. 100. Et pourtant, de nombreux retards sont à signaler dans nos départements. Nous craignons un ralentissement des actions du Gouvernement en leur faveur et c'est pourquoi je souhaiterais appeler votre attention sur quelques points.

Le programme d'action prioritaire n° 15 avait trait aux personnes âgées. Appliqué chez nous avec près de trois ans de retard, il connaît des difficultés de mise en œuvre, notamment pour l'aide ménagère à domicile.

Le décret n° 62-44 du 4 avril 1962, dans son article 2, étendait à nos départements cette aide ménagère à domicile.

En vertu de ce texte, c'est un arrêté interministériel — malheureusement — qui devait fixer le taux horaire maximum pour la prise en charge des services ménagers par les collectivités publiques, compte tenu du coût des services proprement dits et d'une indemnité de secrétariat et de coordination.

Nous aimerions avoir des apaisements sur ce point, car cet arrêté interministériel n'est toujours pas intervenu dix-sept ans après et, par conséquent, le décret ne peut recevoir un commencement d'application. Ce retard pénalise lourdement les personnes âgées de l'outre-mer, et d'autant plus qu'il n'y a aucune comparaison possible entre le montant de ce qu'elles perçoivent et ce qui est alloué à nos compatriotes de l'hexagone.

Les handicapés chefs de famille n'ont pas droit aux prestations familiales, contrairement à ceux de la métropole.

Ces prestations constituent pourtant un droit et elles sont versées à ceux qui ont charge d'enfant. Ainsi, un père de famille handicapé de l'outre-mer perçoit la même somme qu'un célibataire sans enfant.

De même, il s'avère indispensable de reconsidérer la situation des travailleurs non salariés des départements d'outre-mer qui, comme nous l'avons fréquemment souligné dans diverses interventions, ne bénéficient pas non plus, et contrairement à leurs homologues métropolitains, d'un régime d'assurance maladie obligatoire. A cet égard, des dispositions particulières et urgentes s'imposent.

Nous aimerions avoir là aussi des apaisements.

J'en viens à une des causes du handicap subi par les enfants antillais dans leur scolarité : il s'agit de la drépanocytose, affection du sang qui frappe une partie importante de la population des départements d'outre-mer.

Les examens relatifs à son dépistage ne figurent pas sur la liste des examens prénataux obligatoires. Or cette maladie, qui est héréditaire, peut être contrôlée à condition d'établir un dépistage systématique par des examens obligatoires. Nous souhaiterions, en outre, qu'elle soit inscrite sur la liste des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. En l'état actuel de la législation, la prise en charge du traitement n'est assurée à 100 p. 100 que dans la mesure où l'état de santé du malade atteint un degré de gravité assimilable à une anémie grave.

Il conviendrait aussi d'envisager l'inscription de la bilharziose sur la liste des maladies professionnelles, ainsi que celle de certaines maladies dues à la manipulation de pesticides dont sont victimes les salariés agricoles dans l'exercice de leur profession.

Un effort de prévention tout particulier doit être fait car même la lutte biologique a des limites, sans parler du risque de création d'autres nuisances. Un effort substantiel a déjà été conduit, mais nous pensons qu'il faut aussi agir pour assainir les rivières, en suivant en cela les recommandations de l'organisation mondiale de la santé, pour qui les mesures de prévention concernant les cours d'eau sont essentielles.

Pour les enfants et les adolescents inadaptés, l'absence d'équipements se fait cruellement sentir. Là aussi un effort soutenu doit être entrepris. C'est ainsi que pour la Guadeloupe par exemple, il n'existe qu'un seul centre médico-pédagogique, sans IMPRO, avec une capacité de 100 places alors que, outre les quelque 100 dossiers en instance, plus de 300 mineurs handicapés sont placés dans les établissements spécialisés de la métropole avec tous les inconvénients que cela représente sur le plan humain ou sur le plan financier. Par exemple ont été dépensés en 1978 plus de 900 000 francs en frais de transport.

Voilà les quelques remarques que je tenais à formuler au nom de mes collègues des départements d'outre-mer, je reste persuadé, monsieur le ministre, que vous étudiez avec une attention toute particulière les problèmes que je viens de vous signaler. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République.)

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

M. Pascal Clément. Les mesures prises le 25 juillet ont suscité de grandes inquiétudes en particulier et même s'ils en ont compris le fondement, chez les responsables des hôpitaux ruraux, monsieur le ministre.

Je retiendrai de ces mesures le budget supplémentaire et la maîtrise des investissements.

Sur le second point, l'une des grandes difficultés de ces hôpitaux ruraux tient à la dualité de la gestion. Sans doute vous paraîtra-t-elle rétrograde mais, me semble-t-il, dans les rapports entre les directeurs d'hôpitaux et les médecins, les derniers ont en général une formation largement supérieure, et sont plus à même de juger du bien-fondé d'un investissement.

Je vais vous donner un exemple qui me touche. L'échographie, dans un certain nombre de cliniques et d'hôpitaux, c'est à la mode ; On comprend que les femmes enceintes veulent s'informer sur le déroulement probable de leur grossesse, mais

déterminer à l'aide de cette technique le sexe du futur enfant, c'est très aléatoire, et j'ai pu m'en rendre compte il y a quatre jours.

Comment un directeur pourrait-il se prononcer sur l'acquisition d'un échographe, appareil au demeurant fort coûteux ? Peut-être conviendrait-il de revenir à la situation antérieure en nommant des médecins à la direction des hôpitaux.

A propos du budget supplémentaire, je vous poserais, monsieur le ministre, une question : si les hospices civils de Lyon viennent vous dire qu'il leur faut absolument un budget supplémentaire, que leur répondrez-vous ? Oui, bien sûr.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. J'ai répondu non !

M. Pascal Clément. En revanche, l'hôpital rural de Feurs, situé dans la région voisine, qui n'a pas beaucoup de responsabilité dans le déficit de la sécurité sociale, n'aura aucune chance de se voir accepter un budget supplémentaire.

Alors, même si votre réponse est négative dans tous les cas, ne pourrait-on pas introduire dans les exigences d'économies que vous imposez aujourd'hui une modulation entre les grands et les petits hôpitaux ?

La première conséquence de vos mesures d'austérité a été l'annulation des contrats à durée déterminée, particulièrement grave pour des jeunes femmes, qui dans certaines régions rurales, n'ont aucune chance de trouver un autre emploi.

Vous me direz que c'est un autre problème, mais il est lié aux mesures d'économies prises dans le domaine de la santé.

Dans une ville moyenne, de 10 000 ou de 15 000 habitants, le plus important employeur est l'hôpital rural. C'est dire l'importance au niveau de l'économie et de l'aménagement du territoire des hôpitaux ruraux.

Du reste, qui est réellement responsable du déficit, lorsqu'une opération de l'appendicite est facturée 500 francs en province et 2 000 francs à Paris ? Si la réponse est celle à laquelle je pense, ne pourrait-on pas, compte tenu du rôle économique local des petits hôpitaux, moduler en leur faveur l'application des mesures que vous avez décidées ?

Nous vous aiderons à résorber le déficit de la sécurité sociale, dont nous sommes tous responsables, mais je vous en supplie, tenez compte de certains cas particuliers qui revêtent un caractère dramatique. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

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

— 5 —

ORDRE DU JOUR

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

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 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 (*suite*) :

I. — Section commune (*suite*) :

(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) ;

III. — Santé et sécurité sociale (*suite*) :

(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).

La séance est levée.

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

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

(Le compte rendu intégral de la 3^e séance de ce jour sera distribué ultérieurement.)